



Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo

RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	R-VG-007-15
QUEJOSA:	Q1, Q2
AGRAVIADA:	A1
EXPEDIENTE:	CDHEH-VG-1840-15
AUTORIDADES INVOLUCRADAS:	AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24
HECHOS VIOLATORIOS:	8. VIOLACIONES A LOS DERECHOS DE EJERCICIO INDIVIDUAL (8.2 VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD) (8.2.4 NEGLIGENCIA MÉDICA)

Pachuca de Soto, Hidalgo, treinta de noviembre de dos mil quince.

LIC. EDNA GERALDINA GARCÍA GORDILLO
SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA 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 este Organismo a petición de Q1 y Q2 en agravio de A1, y en contra de personal diverso del Hospital Obstétrico y Hospital General, ambos de Pachuca de Soto, Hidalgo; en uso de las facultades que me otorga el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; así como los artículos 33, fracción XI, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; y con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 72 párrafo primero y 95 de la Ley de Derechos Humanos; artículos 1º, 2º, 5º fracción VIII, inciso g, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11, 16, 27, 30, 36, 37, 40 fracción III, y 43 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental del Estado de Hidalgo, respectivamente, luego de haber examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:



H E C H O S

1. El siete de julio de dos mil quince, Q1 y Q2, presentaron queja por escrito que fue radicada en esta Comisión con el número de expediente citado al rubro en la que indicaron:

“Por medio del presente, le solicitamos a usted la revisión del expediente médico de quien en vida fuera A1, el cual obra en poder del sector salud de nuestra entidad; mujer joven, quien en edad de gestación y en vísperas de dar a luz se acercó al Hospital Obstétrico de esta ciudad capital con dicho fin, y al final por negligencia y omisión médica de este mismo y del Hospital General (ya que fue trasladada más tarde) y perdió la vida.

Si, así de breve y corto, mientras A1 iba por el regalo de tomar en sus brazos a su primer hijo, en manos de un equipo de médicos que operan en esta ciudad, le fue llevada a perder la vida. El certificado de defunción solo dice: Causa de la defunción “muerte natural” “coagulación intravascular diseminada 5 horas, choque hipovolémico 13 horas, hemorragia obstétrica 13 horas.

Mientras nosotros los familiares y el área médica que la ingresó sabe perfectamente que nuestro familiar entró caminando, que durante su embarazo no presentó ninguna complicación, lo cual es comprobable con su expediente clínico, y que tampoco fue una mujer con patología alguna durante su vida ordinaria.

Es cuestionable dicha causa de defunción, ya que la mujer consciente manifestó dolor intenso, específico y constante tres horas después que le realizaron la cesárea para poder extraer a A2, quien con alto grado de salud nació y vive. Asimismo cuestionamos la prontitud de su atención ya que desde que se le realizó la cesárea pasaron más de 20 horas con sangrado constante, y no obstante que ella misma y sus familiares lo reportaron (éstos dos síntomas) con los médicos en turno, la ignoraron, y fue hasta 21 horas después de la cesárea, que la volvieron a ingresar al quirófano con el argumento de que un vaso sanguíneo estaba causando sangrado, lugar donde perdió más sangre y también la conciencia.

Al salir de esta segunda intervención, en Hospital de la Mujer, inconsciente, y 2 horas y media después del inicio de la misma, fue trasladada al Hospital General de Pachuca en ambulancia, donde un familiar presenció las convulsiones de A1 durante su traslado, que evidentemente las cosas eran más que complicadas, (El traslado al General fue un día después de la extracción de A2), y al llegar al popular nosocomio, una vez más fue ingresada al quirófano, ya que según los médicos hasta el momento no habían localizado la causa del sangrado, 5 horas después de su ingreso al Hospital General, y con el diagnóstico mencionado, fue que a sus familiares de A1 le dieron la arrebatada noticia de la pérdida irreparable, (un día después del nacimiento de A2).

Ante tales hechos realizamos nuestra queja y denuncia pública del Hospital Obstétrico de Pachuca, y del Hospital General, para que esta Comisión intervenga y promueva la comparecencia de ambos directores, por un lado AR1 y de AR22.

Ya que ante tales hechos tenemos muchas preguntas sin respuestas:

- 1) Por qué se le tuvo que intervenir una vez más, a nuestra familiar en el Hospital General, si ya se le había intervenido en el Hospital Obstétrico por la misma razón unas cuantas horas antes, (¿intervenir dos veces a la misma persona por la misma razón en un día?)
- 2) Por qué no se le trasladó de manera oportuna, al Hospital General si el personal médico del Hospital Obstétrico sabía que no tenía los insumos y equipo necesario para atenderla ahí mismo.
- 3) Por qué tardaron tanto para meterla a la cirugía después de la cesárea, si nosotros como familiares y ella misma manifestó más de una vez el dolor específico y el sangrado.
- 4) Por qué se le tuvo que extirpar la matriz, cuál fue la razón médica, y por qué se realizó sin consentimiento de nosotros. Esto es más grave.

Estamos seguros que la causa de esta baja humana no fue la citada según el certificado de defunción, sino más bien, las causas citadas en el certificado fueron las consecuencias de una mala atención médica, por lo cual demandamos una explicación pormenorizada, con nombres de responsables del personal médico de los turnos en que se suscitó tan lamentable hecho, con el fin de que se repare el daño a nuestra familia incluyendo a A2.



Es importante mencionar que el día que ingresó nuestro familiar al Hospital Obstétrico fue el 30 de junio y el que día que falleció fue el día 1 de julio del presente año en el Hospital General de esta ciudad”.

2. El diez de julio de dos mil quince, Q1 y Q2, comparecieron en este Organismo y ratificaron la queja descrita en el número que antecede, además de que agregaron lo siguiente:

“El día en que A1 ingresó al Hospital Obstétrico la que quedó como responsable de A1 fue la de la voz Q2, debido a que Q3 era menor de edad -esposo de A1-, por lo que, es incongruente que el personal médico del Hospital Obstétrico haya recabado la firma de Q3 cuando era menor de edad, en todo caso se requería la firma de la suscrita como lo dije yo quedé como responsable de mi nuera, por lo que solicitamos que se investigue el actuar de los médicos de dicho nosocomio ya que también hubo una persona que se percató que durante la noche A1 se estuvo quejando porque tenía dolor; y no le hicieron caso, lo cual evidencia una omisión por parte de dicho personal, toda vez que la dilación en haberla trasladado al Hospital General pudo en su caso haber marcado la diferencia, es decir, si hubiera habido una atención inmediata quizás el resultado hubiera sido diferente, y A1 estuviera con vida, por lo que solicitamos la intervención de este Organismo”.

3. El diez de julio de dos mil quince, mediante los oficios 02774 y 02775 se requirió a AR1 y a AR22, para que el personal que intervino en la atención médica a A1, dentro del plazo de cinco días naturales rindieran por escrito y duplicado, un informe de los hechos que les atribuyeron.

4. El quince de julio de dos mil quince, AR1, presentó en esta Comisión su informe de autoridad en el que expresó lo siguiente:

“Como primer punto es importante precisa cuáles son los hechos que acontecieron desde el ingreso de la A1, al Hospital Obstétrico de Pachuca hasta el momento de su traslado al Hospital General de Pachuca, eventos de los cuales tengo conocimiento y son los siguientes:

23/06/15 Consulta externa 8:56: primer contacto con la A1, se elabora el historial clínico, no se consignan datos relevantes. Primigesta con última menstruación el 05 de octubre de 2014 y una fecha probable de parto el 12 de julio de 2015. Se considera embarazo normo evolutivo de 37.1 semanas considerándose normoevolutivo.

EF: TA de 100/70 frecuencia cardiaca de 75 mide 1.63 y pesa 62 kg se corrobora útero gestante con fondo uterino de 29 cm y frecuencia cardiaca fetal de 139 por minuto.

30/06/15 Consulta externa de odontología 10:42 hrs recibe también consulta dental.

30/06/15 Consulta externa 12:03: embarazo de 38 semanas TA de 100/60 frecuencia cardiaca de 86 detectando durante la exploración fetal una frecuencia de 170 latidos por minuto, por lo que decide llevarla a urgencias para complementación diagnóstica.

30/06/2015 Consulta en urgencias 13:30 embarazo de 38 semanas se solicita estudio ultrasonográfico que reporta persistencia de taquicardia fetal con revoluciones de 175 a 188 por minuto, con doble circular de cordón, con una placenta grado dos y líquido amniótico con oligohidramnios moderado con un Phelan de 6. En estas condiciones se le explica a la A1 y su esposo que se decide la vía abdominal para resolución de su embarazo por cesárea por considerarse mayor beneficio.



30/06/2015 Urgencias. Nota pre quirúrgica 14:20 hrs: Embarazo de 38 semanas, sin actividad uterina, sin pérdidas transvaginales. El producto persiste con taquicardia con monitorización continua de 170 por lo que se decide pasar a cesárea.

Nota post quirúrgica 15:45 hrs El Procedimiento se realiza sin accidentes y sin incidentes en base a la nota pos operatoria, donde se corrobora la presencia de circular de cordón a cuello en el producto, y muy escaso líquido. A1 sale en buenas condiciones generales a recuperación con sangrado de 500 cc en el trans operatorio.

01/07/2015 Visita médica en hospitalización 9:30: A1 se encuentra con dolor intenso abdominal, quejumbrosas, inquieta con palidez de tegumentos, hipotensa y con sangrado transvaginal abundante (se retira un pañal con 200 cc aproximadamente). En estas condiciones se considera con datos de abdomen agudo, que ameritaba una laparatomía por lo que se actualiza laboratorio urgente y pasa a ultrasonido, donde se corrobora la presencia de sangre en cavidad (hemoperitoneo).

01/07/2015 10:30 Se realiza nota preoperatoria y se consensa con ginecocoobstetras el caso, existiendo una alta probabilidad de cabo suelto sangrante y la posibilidad de perforación o ruptura vesical por tener una Foley y Bolsa recolectora con hematuria franca. Se piensa en traslado al Hospital General por probable lesión de vejiga, por requerir apoyo de cirujano general y/o urología.

10:45 horas Dadas sus condiciones clínicas al presentar datos de bajo gasto y sangrado, se decide intervención de urgencia por laparatomía exploradora por lo que no se considera prudente su traslado por las condiciones hemodinámicas. A1 presenta palidez tegumentaria e ictericia conjuntival, cianosis distal.

11:05 hrs Ingres a quirófano en estado de choque grado III, con muy escasa uresis coloración marmórea. En la intervención se observa sangre libre en cavidad aproximado de 800 cc (hemoperitoneo pero diluido), útero infiltrado, por lo que se decide la exéresis del mismo. La infiltración abarca hasta el anexo y ovario del lado derecho, por lo que se inicia proceso, sin incidentes aparentes, corroborándose la integridad de la vejiga con azul de metileno. El peso para considerar sangrado en el útero es de 600 cc por lo que hace un total de 1,600 considerando aproximadamente 200 cc en el transoperatorio. Se aplicaron cuatro concentrados eritrocitarios de O+ y un plasma fresco congelado de O+ (La paciente es b+).

En el post operatorio inmediato y preparando su traslado a unidad de terapia intensiva, presenta hipotensión severa, y crisis convulsivas.

A1 es trasladada en una unidad de Terapia Intensiva, con el apoyo de intensivistas y médicos, anestesiólogo y residente de cirugía del segundo año. A1 sale en estado crítico y muy grave, con pronóstico reservado”.

En este orden de ideas, AR1 afirmó que de lo narrado en párrafos anteriores y del contenido del expediente clínico que al efecto agregó en su informe, se desprendía que **no se encontraron notas relacionadas a la atención o vigilancia médica proporcionada a A1**, aclarando que esa responsabilidad recaía en el personal de turno y que se encontraba completo, aunque aclaró que AR13 se comunicó con el jefe de guardia para que se abstuvieran de trasladar a A1 con embarazo de pre-término al Hospital General.

Por otro lado, según el reporte AR13, durante el turno nocturno le correspondía a AR2 hacer el pase de visita y luego acudir a urgencias. De igual forma le correspondía a AR24, para evolucionar y vigilar exclusivamente a la totalidad de paciente de hospitalización.



En este orden de ideas, es que AR1 anexó todos y cada uno de los informes correspondientes, del personal médico que en sus diferentes turnos y especialidades otorgaron la atención médica a A1, los cuales se describirán a continuación.

AR3 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“Se comenta que el día treinta de junio al ingresar al Hospital Obstétrico en el turno vespertino (14 a 21:30 horas) se encontraba asignado, encontré A1 en el área de Urgencias de esta Unidad, internada para efectuar cesárea por los Dxs.

1. Embarazo de término
2. Taquicardia fetal
3. Doble circular de cordón umbilical
4. Restricción en el crecimiento intrauterino
5. Oligohidramnios leve
6. Primigesta Adolescente

Los diagnósticos mencionados están documentados en los estudios ecográficos realizados a A1 y el registro cardiotocográfico, efectuado con monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal.

Motivo por el cual se decide su intervención quirúrgica, siendo ingresada a la sala de quirófano, para efectuar la interrupción del embarazo por vía abdominal en beneficio del producto.

Una vez en la sala de quirófano, la anesthesióloga de turno, AR17 realiza el procedimiento anestésico con la aplicación del bloqueo regional de A1 y posteriormente se procede a efectuar la asepsia y antisepsia de la región abdominal con solución antiséptica, y colocando de sonda de Foley para drenaje vesical, una vez preparada A1 se procede a colocar campos estériles, y se inicia el procedimiento quirúrgico realizando una incisión media infraumbilical, se continua la disección por planos hasta llegar a cavidad peritoneal, y se procede a colocar valva suprapúbica, para efectuar histerotomía segmentaria arciforme, se extrae producto cefálico con maniobras habituales, liberando la cabeza fetal del doble circular del cordón, el cual se pinza y corta entregando producto a médico pediatra para atención del producto, posteriormente continuamos con el alumbramiento en forma dirigida extrayendo la placenta y membranas de manera completa, se procede a limpiar la cavidad uterina de manera manual con compresa estéril y se procede a realizar la histerorrafia por planos, colocando previamente dispositivo intrauterino.

I plano con CCI, surgete continuo anclado,

II plano con CCI; puntos invaginantes de Cushing, se verifica hemostasia de la histerorrafia y se peritoniza con CCO, surgete simple continuo. Se limpian ambas correderas parietocólicas, se realiza la cuenta de material y compresas siendo completa y se cierra la pared abdominal por planos, verificando nuevamente hemostasia de la histerorrafia.

Aponeurosis con Vicryl del I, surgete continuo anclado.

Tejido celular subcutáneo con Vicryl del 00, puntos simples separados, piel con Nylon 00, puntos subdérmicos.

Se asepa la región, realizamos maniobra de Crede y se da por terminado procedimiento quirúrgico sin incidentes transoperatorios con sangrado aproximado, de 500cc de acuerdo a la apreciación del médico anesthesiólogo.

Se coloca apósito estéril y vendaje compresivo abdominal, saliendo A1 de quirófano en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable y sin incidentes transoperatorios.

Durante su periodo de recuperación se mantiene con monitor electrónico con vigilancia continua de sus signos vitales reportándose estables, con sangrado transvaginal escaso y útero bien involucionado con sonda de Foley a derivación presentando volúmenes adecuados y orina de aspecto claro, todo lo anterior documentado por el servicio de Enfermería; posteriormente a su recuperación se pasa al área de hospitalización donde es recibida sin ningún incidente o cambios en las condiciones clínicas de A1”.

AR5 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto señaló:



“Se trata de A1 de diecisiete años quien se encuentra en el servicio de urgencias donde fue valorada, y se decide ingresar a quirófano con los siguientes diagnósticos: embarazo de 38.2 semanas de gestación / doble circular de cordón umbilical a cuello / restricción en el crecimiento intrauterino / oligohidramnios leve / taquicardia fetal. Durante el turno vespertino ingresamos a quirófano, **no me es posible precisar la hora**, para la intervención quirúrgica de A1, una vez ingresada procede a ayudar al anestesiólogo para la mejor posición y se disponga a aplicar su técnica anestésica, ya concluido el procedimiento, continuo por el lavado quirúrgico de manos y posterior colocación de bata quirúrgica y enguantado. A1 en decúbito dorsal y la zona quirúrgica lavada, además de la colocación de sonda uretral, se colocan los campos estériles con apoyo de AR3. Estando en lado derecho de A1 iniciamos el procedimiento quirúrgico, haciendo el rol de primer ayudante; comenzando la incisión por planos quirúrgicos hasta cavidad peritoneal, encontrando útero grávido, el ginecólogo continuó su técnica haciendo la incisión en el segmento uterino, obteniendo líquido amniótico, escaso y posteriormente obtuvo el producto, no habiendo ninguna dificultad técnica para lograrlo; posteriormente se obtuvo la placenta de manera manual y una vez hecha la revisión de la calidad uterina y observando una adecuada contracción del útero, se procedió a la histerorrafia por planos al mismo tiempo se colocó el Dispositivo Intrauterino, al concluir la histerorrafia se revisó la misma y los ángulos de incisión, sin encontrar datos de sangrado, también se revisaron las corredera parietocólicas derecha e izquierda, **sin encontrar algún hallazgo clínico de importancia**. Se solicitó la cuenta de textiles, resultando ésta completa. Por lo que se inicia el cierre de la cavidad por planos: peritoneo parietal, fascia aponeurótica, tejido celular subcutáneo y piel, quedando este último plano a mi cargo, por lo que apliqué puntos subdérmicos. Se realizó el lavado de la zona y posterior colocación de parche para cubrir la herida quirúrgica; al concluir, colocamos a la (sic) con las piernas en abducción para extraer restos de coágulos en vagina y corroborar también la adecuada involución uterina. Al salir del quirófano comencé con el protocolo de registro del procedimiento quirúrgico en los documentos que nos requieren dentro del quirófano: libreta de procedimientos quirúrgicos, hojas de ingreso hospitalario. **Acomodé el expediente en el orden que marca la NOM de expediente clínico** y continué con mi jornada de trabajo, durante la misma **no se nos reportó la presencia de algún dato clínico de alarma** por parte de A1 que ameritará su revaloración, por lo que sus cuidados siguieron el curso de protocolo habitual. A1 pasó a piso de hospitalización durante el mismo turno”.

AR4 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, informó:

“Por medio de la presente informé sobre mis actividades realizadas del día 30-06-2015, asignada a mi turno vespertino con horario de 13:30 a 21:30 del área de quirófano llegué al servicio a recibir A1 con diagnóstico de legrado, posteriormente realicé más actividades como medición de signos vitales con recuperación completa.

Aproximadamente ingresa A1 con diagnóstico embarazo de término, doble circular de cordón a cuello, taquicardia fetal, restricción en el crecimiento uterino más oligohidramnios leve.

Ingresa a sala quirúrgica para procedimiento quirúrgico cesárea, mi función que realicé abrir campos estériles del A2 para que el médico pediatra lo recibiera, se asistió a médico pediatra, elaborando yo papelería de enfermería anotaciones enfocado a los cuidados realizado por médico como son: Cuidados mediatos o inmediatos de A2 que nace a las 15:20” horas sexo masculino.

Posteriormente procedí a pasar al área de hospitalización a A1 de legrado recuperada, acudí a realizar el lavado del instrumental de dicho procedimiento quirúrgico de la cesárea que se le realizó a A1 durante estancia en sala de recuperación se vigila con monitoreo continuo signos vitales presentes **sin ninguna alteración** estables, presentando loquios hemáticos moderados, a la recuperación completa de la anestesia verificando mi compañera AR9 y yo, palpando útero involucionado por debajo de cicatriz umbilical presentando loquios hemáticos leves, herida quirúrgica limpia, A1 tranquila orientadas se pasa de la camilla deslizándose del transfer a la otra camilla sin ninguna molestia alguna al área de hospitalización, con el diagnóstico de cesárea más colocación de dispositivo intrauterino recibíndome la enfermera de piso y el señor camillero...”

AR6 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, dijo:



“...Llegando a mi servicio de hospitalización, recibiendo turno camas de 19 a 24 (cesáreas), entre ellas a la usuaria A1 de 17 años con diagnóstico de cesárea más dispositivo intrauterino, catéter vesical permeable, así como catéter periférico permeable presentándome con ella diciéndole que seré su enfermera del turno nocturno hasta las 08:00 de la siguiente mañana, comienzo por medirle signos vitales y detectó una tensión arterial de 80/45, de inmediato reviso pañal, midiendo fondo uterino y observo el pañal con loquios moderados y útero involucionando a escasos centímetros de cicatriz umbilical, así como contenido de uresis en bolsa colectora con 500 cc de orina ligeramente concentrada y permeable catéter vesical, en ese momento me traslado por un guante y una solución hatmann de 500cc, y observo que AR24 va pasando visita médica junto con mi supervisora.

Llegando ambas al mismo tiempo con A1 en estado de alerta, y le comunico de inmediato a AR24 la situación en la que la encuentro, ella se calza el guante realizando un tacto vaginal el cual valora con loquios moderados y útero involucionando A1 refiere poco dolor y me indica la AR24 pasar por vía periférica una carga de solución hartmann de 500cc, cambio de pañal, dejar sonda Foley a derivación y vigilar evolución de manera escrita, dirigiéndose a revisar el expediente.

En ese momento comienzo a llevar a cabo las indicaciones médicas, informándole a A1 que estaré vigilando constantemente sangrado y tensión arterial ya que la **encuentro baja en cifras normales**, se indica apego a A2 el cual lo lleva a cabo, proporcionándole seno materno, continúo revisando a A2 en lo que transcurre la carga de solución, haciendo tiempo y así le vuelvo a medir tensión arterial, comenzando ésta a ascender poco a poco a 90/60 hasta llegar a 100/60.

Le explico que a partir de las 23:30 horas ya podrá ingerir dieta líquida, la cual me dice que en turno anterior ingirió la gelatina como parte de la dieta le indico que hasta esa hora inicie vía oral. Ministro medicamentos indicados para el dolor (ketorolaco 30 mg cada 8 horas) tal como está indicado el cual refiere disminuir, sugiero que después de la dieta comience a deambular como parte de su recuperación sugiriendo haga ejercicios de respiración profunda e intentara incorporarse.

Posterior continúo con la siguiente usuaria en cama 22 la cual busco a la AR24 para comentarle la evolución de A1, así como otras indicaciones para las siguientes usuarias, encontrándose la AR24 en el servicio de pediatría a escasos metros de cama 19, estando presente AR2.

Continúa guardia sin incidentes ni accidentes, valorando a las usuarias a mi cargo constantemente siendo 00:00 ministro resto de medicamentos indicados, lentos y diluidos, tanto a A1, como al resto de las demás usuarias, AR24 va a revisar hoja de enfermería así como de manera verbal investigando su estado de salud y observando a A1.

Reviso nuevamente así como valorando el contenido del pañal de A1 sin ser abundante y ella en estado de alerta como eso de las 01:30 requiere querer sentarse para deambular, lo cual lo realiza alrededor de su cama, incluso A1 de cama 20 la observa deambulando, posterior le indico a A1 que cómo se sentía que un ligero mareo pero que ya mejor se sentaba un rato esto tolerando vía oral (ingesta de líquidos) menos el té de manzanilla refiriendo no lo apetecía.

Se acuesta por sí sola y le indica que le cambiaré pañal así como vaciar nuevamente de su bolsa colectora, obteniendo 300 ml, posterior transcurre la guardia refiere dolor no intenso y no insoportable, sin embargo ya casi siendo las 6:00 hrs, comienzo a ministrarle sus medicamentos como están indicados para el dolor, lentos y diluidos, incluso se queda aparentemente tranquila y concilia el sueño por un rato midiéndole signos vitales en cifras de T/A 100/60, le continúo revisando loquios los cuales están moderados y útero involucionando. Ya como 6:30 hrs le preguntó que cómo se sentía después de presentar sueño fisiológico, incluso, le vuelvo a cambiar el pañal, observando loquios moderados y lo llevo a pesar el total de éste al servicio de tococirugía, indicándome un total de 150 ml, lo cual AR14 me pregunta si había algún cambio enseñándole el pañal con loquios moderados, a su vez vuelvo a vaciar bolsa colectora de orina, ligeramente concentrada de aproximadamente 300 ml. Llega el turno siguiente y le entrego a AR19, usuaria por usuaria con hoja de enfermería e indicaciones médicas, **sin incidentes** ni accidentes.

La doctora AR24 pasa aproximadamente 7:40 a observar nuevamente a A1, en estado de alerta con loquios moderados y sin referir dolor intenso o sintomatología agregada, siendo ya las 8:00 hrs me despido de AR19 informándole que termine de algunos pendientes con otras usuarias, en la cual la encuentro iniciando acciones de enfermería en cama 21, ya que no presentaba **en esos momentos ningún dato de alarma**.

Al salir de la sala que comprende camas 19, 20 y 21 observo a A1 intentando incorporarse para ponerse de pie, en ese momento por sí sola en su cama, en estado de alerta, yo retirándome ya de mi servicio para dirigirme al checador...”

AR7 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, manifestó:



“En base a su solicitud de relatoría en relación al estudio ultrasonográfico realizado a A1, por AR7, informó:

A petición de la solicitud de estudio ultrasonográfico con fecha 1 de julio de 2015, procedente del área de hospitalización, solicitado por la AR21, para la A1, femenina de 17 años de edad, con número de expediente 90147, solicitando ultrasonido abdominal con los siguientes diagnósticos:

Px.Qx.+Sx. Doloroso abdominal (hematuria importante)

Por **indicación verbal** de AR13 se me informa de la posibilidad de encontrar un hematoma en pared abdominal, solicito que A1 tenga vejiga llena, lo cual no sucede, ya que por la premura pasa a A1.

Se procede a la realización del estudio el día 01 de julio de 2015 a las 10:00 hrs A.M. al recibir a A1 en el área de ultrasonido, en camilla, me percaté de que se encuentra con palidez +++, por lo que se inicia el rastreo ultrasonográfico de inmediato, y al revisar el abdomen, me encuentro útero con aumento de volumen y presencia de abundante líquido libre en cavidad abdominal, observándose lo siguiente:

- 1.- Espacio de morrison se observa con líquido libre.
- 2.- Correderas parietológicas se observan con líquida libre.
- 3.- No se cuantifica la cantidad de líquido, por la premura del estudio, por el estado crítico de la A1.
- 4.- En todo momento estuvo presente AR13, quien de inmediato toma la conducta de trasladar a A1 al área de quirófanos ante la evidencia ultrasonográfica de que el líquido libre en cavidad sea por un hemoperitoneo”.

AR8 en su tarjeta informativa de fecha al respecto aseveró:

“A1 de 17 años enviada del servicio de Hospital con carácter de urgencia, la cual entra a sala de quirófano directo con diagnóstico: Posoperada de cesárea con puerperio quirúrgico inmediato patológico hemorragia obstétrica secundaria probable lesión de útero y/o vesical.

Para realizar la laparotomía exploradora.

A1 estando en mesa quirúrgica, al interrogatorio muy difícil de contestar se refiere con dolor abdominal intenso, clínicamente consciente pero somnolienta, palidez de tegumentos XXX conjuntivas ictericas XXX con taquipnea y taquicardia de 26 por minuto y 130 por minuto, T/A 130/70, abdomen rebote positivo, distendido, útero por arriba de cicatriz umbilical, piel mormórea, cianosis distal, llenado capilar lento, A1 con datos de choque grado II-III pasa a cirugía urgente A1 con un estado crítico de salud muy grave.

Nota quirúrgica.

A1 con previa valoración por el servicio de anestesiología y en posición de decúbito dorsal, previa asepsia y antisepsia región abdominogenital, colocación de sonda Foley, colocación de campos estériles y con equipo médico quirúrgico de ginecoobstetras y de enfermería, bajo aplicación de anestesia general se procede a realizar laparotomía exploradora, con retiro de material de sutura de herida quirúrgica por plano, llegando a cavidad abdominal, presentando los siguientes hallazgos, útero sin tono, con infiltrado sanguíneo, en un 95% (y sin respuesta alguna a uterotónico aplicado, esto con la finalidad de preservar el futuro obstétrico de la A1) anexo derecho (ovario y salpínge) con infiltrado sanguíneo en un 100% necrótico, isquémico, anexo izquierdo (ovario y salpínge) con infiltrado sanguíneo en un 70% isquémico. Presencia de hematoma de ángulo de histerorrafia derecha, infiltrando hacia infundibulopélvico a cuerpo uterino cara posterior y anterior así como a corredera parte inferior y hacia vagina, ángulo izquierdo de histerorrafia también con hematoma limitado al inicio de infundibulopélvico.

De acuerdo a estos hallazgos se decide por el equipo médico de ginecoobstetras, dar tratamiento quirúrgico realizándose histerectomía extrafacial total más salpingooforectomía derecha (previa autorización a familiar de estos hallazgos y tratamiento quirúrgico a realizar, autorizando se realice la cirugía)

Peritoneo con edema y datos de trombosis en su porción distal, se realiza omentectomía parcial, vejiga aparentemente sin lesión realizándose prueba de azul de metileno siendo negativa, dicha prueba de azul de metileno siendo negativa, dicha prueba fue realizada por el servicio de cirugía que llegó como apoyo y que también ellos vieron que no había sangrado en cavidad posterior al retiro de pieza quirúrgica de útero y anexo derecho.

Cuenta de compresas y gasas completas.

Cierre de pared abdominal por planos hasta piel.

Diagnóstico posoperatorio: El mismo más por laparotomía exploradora e histerectomía, más salpingooforectomía derecha, atonía uterina secundario a infiltrado uterino por hematoma disecante de arteria uterina derecha, trombosis peritoneal.



Cirugía realizada: Laparotomía explorada más histerectomía extrafacial, más salpingooforectomía mas omentectomía parcial.

Complicaciones durante la cirugía -ninguna aparente-

Observaciones: Se termina cirugía a A1 a un bajo efectos residuales de anestesia, con signos vitales al término de la cirugía de tensión arterial 86/48 frecuencia cardíaca de 160 por minuto, saturación de oxígeno 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto sangrado aproximado total 1600 ml (hemoperitoneo 800, útero 600, quirúrgico 200)

Orina: Anuria (30 ml reportado durante la cirugía)

Sigue con piel mormórea, llenado capilar 3 segundos.

Estando en sala de quirófano pasa a camilla de ambulancia para ser trasladada directamente a Hospital de apoyo a cargo de médico anesthesiologo y médico residente 2 de cirugía general, riesgos PB Cuagulopatía intravascular diseminada, choque, muerte, lesión inadvertida a órgano y vecino como vejiga, uretero, intestinos, falla orgánica múltiple. Tratamiento transoperatorio y posoperatorio: Solución Hartmann 2000, NACL 500 concentrados eritrocitarios 900 ml (3 paquetes grupo O RH positivo sin reacción alguna, paciente con grupo sanguíneo y RH B positivo), poligelina 19000, plasma pendiente de pasar en cuanto se tenga, antibióticos triple esquema, control de líquidos vigilancia estrecha de signos vitales, control de exámenes de laboratorio potcirugía y envío por estado de salud crítico a terapia intensiva de adultos a Hospital General, realizándose enlace por directivos.

Se estuvo informando a familiar ampliamente, así como motivo de envío

Equipo quirúrgico:

Anestesia General AR11

Cirujanos Ginecoobstetras: AR8, AR13, AR20,

Instrumentista enfermera AR15, circulante enfermera AR14.

AR9 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto informó lo siguiente:

“...Recepción del servicio de recuperación 15:00 recepción de A1 para procedimiento quirúrgico, presentación de equipo quirúrgico asistencia al médico anesthesiologo, se realiza lavado mecánico y colocación de sonda Foley a derivación se amarra equipo quirúrgico completo, se cierra campo quirúrgico se inicia procedimiento obteniendo producto masculino 15:20 único vivo se entrega a pediatra se continúa procedimiento sin incidentes, se realiza conteo de material textil junto con enfermera instrumentista se concluye procedimiento sin incidentes se coloca vendaje abdominal compresivo, pasa al área de recuperación, se realiza nota posoperatoria, se vigila durante estancia de recuperación monitorización de signos vitales continuos loquios hemáticos moderados, continua estable se egresa del área de recuperación al área de hospitalización...”

AR10 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, se desprende lo siguiente:

“...Recepción del servicio (equipo y material)

Preparación de sala quirúrgica según procedimiento

Recepción de pacientes en transfer con presentación del equipo quirúrgico

Traslado en camilla a la paciente a la sala quirúrgica

Preparación de mesa quirúrgica (equipo y material)

Vestimenta del equipo quirúrgico

Conteo de textiles, equipo y material al inicio de procedimiento

Asistencia de la vestimenta quirúrgica de la usuaria

Cierre de campo operatorio

Durante el procedimiento quirúrgico del 30 de junio en donde A1 ingresa al servicio a las 15 horas, realizando las acciones ya mencionadas, se observó que en evento quirúrgico ocurrió sin incidentes y no accidentes, en el cual ginecoobstetra obtiene producto único vivo y se entrega a médico pediatra, continua procedimiento con monitoreo continuo se realiza conteo de textiles, equipo y material junto con la enfermera circulante, a la observación de revisión de cavidad no presenta problemas y médico ginecoobstetra procede al cierre de planos anatómicos se da por terminado procedimiento colocando parche quirúrgico, concluyo con el retiro de campo quirúrgico y material para proceso final (lavado del mismo)...”



AR11 en su tarjeta informativa de fecha al respecto catorce de julio de dos mil quince, al respecto dijo:

“...El día 1 del mes en curso siendo las 11:00 hrs estando dentro de mi área de trabajo, se me informa verbalmente por el jefe de Ginecoobstetricia que pasara con carácter de urgencia a A1 con los diagnósticos de **puerperio patológico quirúrgico hemorragia obstétrica** secundaria a probable lesión de útero y/o vesical. La cirugía propuesta Laparotomía exploradora, procedo atender a la A1 ya dentro del quirófano encontrándola consiente y refiriendo dolor abdominal intenso, con signos vitales: Tensión arterial 130/90, frecuencia cardiaca de 130 por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto y saturación de oxígeno de 89% Palidez y cianosis distal, conjuntivas ictéricas ++/+++, abdomen globoso con distensión abdominal, herida quirúrgica secreción hemática escasa, con limitación de movimientos de extremidades inferiores por dolor abdominal, bolsa colectora de uresis escasa.

Laboratorio: 1/07/15 Hemoglobina 11.3 hematocrito 33.6, plaquetas 97000, leucocitos 2670, linfocitos 10.8% volumen corpuscular medio 95.8 concentración media de hemoglobina 32.2 Química sanguínea glucosa 69 urea 32.1 nitrógeno ureico 15 creatinina 1.6. ácido úrico 5.4 colesterol total 83 triglicéridos 157

De acuerdo con las condiciones a su ingreso a quirófano se determina una ASA IV con un mallampati GIII. El plan es dar anestesia general balanceada, se procede a intubar a la A1 sin incidentes, los fármacos utilizados fentanilo 250 mcg, midazolam 1.5 mg, propofol 150 mg, succinilcolina 60 mg intravenosos. Mantenimiento con fentanilo 150 mcg, atracurio 25 mg en total, sevorane concentración anestésica de 2% a 1% oxígeno 3 litros por minuto, el sostén de ventilación es manual, durante transoperatorio requirió manejo con soluciones cristaloides 2000 ml, concentrados eritrocitarios 3 unidades y coloides 1000 ml, pérdidas observadas uresis 30 ml y sangrado 1600 ml, durante todo el transoperatorio se observó mediante oximetría una ventilación adecuada con una saturación constante por arriba del 92%

La cirugía realizada Histerectomía obstétrica y ooforectomía derecha, después de terminado el evento quirúrgico se inicia la emersión anestésico utilizando neostigmina 1 mg más atropina 1 mg y lidocaína 60 mg, se aspira secreciones posteriormente con reflejos activos de deglución y ventilación se retira tubo endotraqueal, con tensión arterial de 120/70 frecuencia cardiaca 130 se deja en sala quirúrgica para vigilancia postanestésica y monitoreo de signos vitales trazo electrocardiográfico y oximetría de pulso, se solicitan laboratorios urgentes se avisa a anesthesiólogo entrante para continuar vigilancia y espera de traslado a terapia intensiva”.

AR12 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, señaló:

“...a) Recepción de entrega de guardia y pendientes por médicos de turno matutino, con estado de salud y/o gravedad de las usuarias.

b) Pase de visita de todas las camas ocupadas por una usuaria, en compañía de un equipo multidisciplinario, se realiza interrogatorio y exploración física de A1, así mismo se revisan indicaciones médicas para valorar manejo médico preestablecido y posibles cambios en beneficio de nuestras usuarias, se valoran documentos de enfermería para monitoreo de signos vitales principalmente.

c) Al término del pase de visita se realizan actividades pendientes necesarias de todas y cada una de las pacientes según sea el caso, como lo son solicitud de muestras de laboratorio y/o ultrasonido, se realizan registros tococardiográficos de embarazadas, actualización cada 30 minutos de registros de frecuencia cardiaca fetal y/o actividad uterina en pacientes embarazadas, notas de evolución, hojas de referencia si son necesarias, notas de egreso de usuarias con evolución satisfactoria y que han cumplido la vigilancia en tiempo dentro de nuestra unidad y notas de ingreso de pacientes provenientes de urgencias, unidad de tococirugía o quirófano, casi al término de la jornada realizo un pase de visita para actualización del documento de entrega de guardia que nos ayuda como guía para informar al médico de la guardia nocturna.

El pasado 30 de junio 2015 realicé mis actividades como anteriormente se indicaron, por lo que cuando realicé mi pase de visita final aproximadamente a las 20 hrs, me percaté de la llegada de A1 en la cama 19, de quien no se me notificó previamente su ingreso a piso, sin embargo, durante mi visita no me refirió dato de alarma alguno, a la exploración se encontraba todo normal, sin datos de hemorragia obstétrica, sus signos vitales reportados en la bitácora de enfermería estaban dentro de parámetros normales, por lo que la agregué a mi



entrega de guardia para el seguimiento de todas las pacientes hospitalizadas por el turno nocturno entrante, **el expediente fue encontrado en mi escritorio aproximadamente a las 20:15 hrs no me fue entregado anteriormente** ya que es un documento que ocupamos todos los prestadores de salud que intervenimos en el manejo de nuestras pacientes, revisé las notas médicas de urgencias donde se explican la causa de su ingreso a nuestra unidad, la nota postquirúrgica donde se mencionó motivo de resolución del embarazo vía abdominal y no se mencionaba incidentes, **por lo que consideré dejar para el siguiente turno la nota evolución de una A1 hasta ese momento estable**, así como lo refiere la NOM-004-SSA#-2012 en su numeral 8.3 que nos refiere debe ser elaborada por el médico que otorga la atención al paciente cuando al menos una vez por día y será realizada conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la citada norma, se entregó de manera verbal a la AR24 y me retiré de mi unidad laboral...”

AR13 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto informó:

“...El 1 de julio del presente año, inicio mis labores en el Hospital Obstétrico de Pachuca a las 8:00 hrs, mis actividades operativas consisten en el pase de visita a las pacientes hospitalizadas cama por cama, donde se realiza la continuidad en su atención médica con notas de evolución, indicaciones y notas de alta en su caso. Asimismo tengo a mi cargo la Jefatura de Obstetricia del Hospital, por lo que antes de iniciar mis actividades debo realizar el recorrido por los servicios de urgencias, TRIAGE, el área de choque, observación, la unidad toco quirúrgica, quirófano y recuperación. Debo atender al personal de la guardia quienes me reportan lo relevante y/o problemática de la misma, así como verificar la llegada y/o suficiencia del personal a las áreas operativas del turno matutino. Este día atendí a los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia de la guardia, iniciando el pase de la visita médica aproximadamente a las 8:40 hrs llegamos a la cama 19 ya que la visita médica inicia desde la cama uno, debiendo resaltar que **no me fue informado la presencia de ninguna paciente delicada o con datos de alarma** en el piso.

En la cama 19 encuentro una paciente pos operada de cesárea del día anterior con dolor abdominal, **quejumbrosa**, inquieta con palidez de tegumentos, hipotensión arterial y presencia de sangrado transvaginal, (pero no activo y continuo) se le había retirado previamente un pañal con aproximadamente 200 cc de sangrado, me llama la atención la distensión abdominal y que el catéter urinario (sonda Floey) con bolsa recolectora se aprecia franca hematuria. En estas condiciones se considera que A1 representa evidentemente complicaciones inherentes a la cirugía (operación cesárea a la que fue sometida) complicaciones que debemos investigar, para la toma de decisiones y sobre todo con la finalidad de ser asertivos, toda vez que es primordial no hacer daño a A1, se sospecha en primera instancia un hematoma en el área de la histerorrafia y altamente factible una lesión vesical debiendo **solicitar apoyo por carecer en la unidad de personal cirujano general o urólogo**.

Se aplican medidas tendientes a revertir el estado de hipotensión y taquicardia de A1 aplicando soluciones que nosotros llamamos cristaloides para reponer volumen. Cabe resaltar que A1 no presentaba un sangrado transvaginal activo pero sí un abdomen doloroso con útero sub involucionado.

Procedemos concomitantemente a solicitar la realización de un ultrasonido abdominal que nos diera una imagen del estado que guarda el útero, al que nos solicitan llevar con vejiga llena para descartar la posibilidad de sangrado activo o en la cavidad. También solicitamos actualizar inmediatamente laboratorio.

De manera paralela debo explicar y atender a los familiares por mi función directiva, informando a Q2 las condiciones de A1, solicitándole que se presentara un familiar directo de A1 que en el caso fue Q1 de la misma, Q1, sobre todo por tratarse de A1 adolescente de 17 años, y que Q3 también es un menor de 16 años.

En esta situación se le explica a Q1 que existe la posibilidad de persistencia de un cabo sangrante (vaso sanguíneo sangrante) e incluso una lesión de vejiga, ya que presenta una hematuria franca y que requiere la participación de médicos cirujanos o urólogos para su atención, se explica la posibilidad de trasladarse al Hospital General de Pachuca, para la participación de los citados facultativos previa estabilización de A1 en el principio de buscar el máximo beneficio y sobre todo no hacer daño a A1.

Posterior a la explicación a los familiares **me dedico a dejar constancia en el expediente clínico de mis consideraciones clínicas** y a informar a la médico especialista encargada ese día de quirófano del estado que guarda A1, el análisis de



laboratorio y los resultados del ultrasonido encontrando la necesidad de realizara una laparotomía exploradora.

Debo resaltar que personalmente acompañe a A1 durante el estudio de ultrasonido donde observamos que existe presencia de sangre libre en la cavidad, de manera abundante y que llega al espacio de Morrison.

Recibo respuesta de mi Hospital de apoyo en poder trasladar a A1, ya que este tipo de pacientes tienen que estabilizarse requiriendo de medicina crítica en una unidad de cuidados intensivos y la participación de un médico intensivista.

Los resultados de laboratorio reportan hemólisis en las pruebas de coagulación. Esto aunado a una persistencia del cuadro clínico de A1 con dolor y distensión abdominal, coloración icterica de conjuntivas, y cambios en la coloración de mucosas y tegumentos, obliga a decidir ingresarla a quirófano y difiriendo el traslado, debido a las condiciones de la misma, nos presentamos la médico ginecoobstetra y un residente de segundo año de la especialidad de cirugía general que rota en el hospital. En primera instancia una laparotomía exploradora para normar conductas en base a los hallazgos de qué acciones tomar.

Vigilo y concerté con los familiares los consentimientos informados explicándoles ampliamente las posibilidades de realizar incluso una histerectomía o la posibilidad de una lesión a órgano vecino.

Se encuentran aproximadamente 800 cc de sangre diluida en cavidad, así como la presencia de un útero sub involucionado con infiltrado en el lado derecho, este infiltrado involucra el anexo ipsilateral hasta el ovario, llegando incluso al retro peritoneo (ver imágenes anexas)

Buscando el mejor beneficio para A1 aún se intentan maniobras mecánicas de masaje y farmacológicas para lograr una contracción uterina siempre bajo el principio de no hacer daño a A1 y para preservar el órgano. No logrando lo anterior se procede a la desarterización de la pieza (pinzamiento y ligadura de las arterias uterinas y ováricas) para iniciar la técnica quirúrgica de extracción del cuerpo uterino, trompa y ovario derecho que conocemos como histerectomía más salpingooforectomía derecha procedimiento extrafacial, se aseá y revisa que no existiera la presencia de lesión en la vejiga ya con la presencia de tres cirujanos que acuden del Hospital General como apoyo a nuestro desempeño, mismos que constatan que no hay lesiones a órganos vecinos como la vejiga o colon y no hay presencia de sangrado activo, tampoco en el infiltrado del retro peritoneo derecho.

Continúa el evento quirúrgico y salgo del quirófano a solicitud e insistencia de la familia para que explique la situación y/o motivos por el que A1 se encuentra en esas condiciones.

Reunidos en la Dirección del Hospital les explico a Q1, Q2 y a Q3, las condiciones que desencadenaron las complicaciones que sufre en ese momento, los motivos por los que se decide la extracción del útero y su anexo derecho incluyendo el ovario, así mismo del estado de gravedad de A1 y de la imperiosa necesidad de ser trasladada a una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en el Hospital General, del que recibimos el apoyo director y personalizado de AR22, quien acude con médicos intensivistas y una unidad de ambulancia de terapia intensiva que permite limitar daños.

Se muestra la pieza a Q1 y se elabora la solicitud de patología que nos permite aclarar las consideraciones diagnósticas...”

AR14 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, señaló:

“...El 01/07/15 se notifica al servicio de quirófano que va a ingresar A1 en estado de salud grave, se realizan funciones de enfermera circulante, se verifica que el equipo mobiliario y sistema de aspiración funciones adecuadamente, se verifica carro de medicamentos, soluciones, sondas que se utilizarán durante el procedimiento, se verifica la existencia de concentrados eritrocitarios disponibles en laboratorio; siendo las 11 horas ingresa al área de quirófano la A1 (extinta) en estado de salud delicado por lo cual no hubo enlace personal entre enfermeras por la necesidad de pasarla directamente a sala, se traslada A1 a sala quirúrgica, se coloca en mesa quirúrgica, se verifica venas periféricas permeables y soluciones parenterales, se solicita nombre y edad de A1 así como diagnóstico, se asiste a médico anesthesiologo, se fija cánula endotraqueal, se realiza asepsia y antisepsia abdominal, se coloca zona Foley, se realiza conteo de compresas y gasas con enfermera quirúrgica y se asiste a equipo médico quirúrgico durante el tansoperatorio en la administración y ministración de medicamentos, hemoderivados y soluciones parenterales se realiza conteo de compresas y gasas cuenta completa, se coloca apósito quirúrgico y vendaje abdominal, se mantiene en sala quirúrgica monitorizando signos vitales hasta su egreso para traslado...”



AR15 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“...Se me informa que ingresa A1 a sala de quirófano de urgencia, solicito equipo y material a servicio de ceye, se prepara área quirúrgica abriendo campos y se prepara mesa de mayo con tiempo quirúrgicos, suturas compresas y gasas, asisto a médicos quirúrgicos, se inicia procedimiento quirúrgico asistiendo como enfermera quirúrgica, termina procedimiento quirúrgico con compresas, gasas completas conteo con enfermera circulante...”

Del informe, de AR16 de catorce de julio de dos mil quince, se desprende lo siguiente:

“...asignada el día 1 de julio del 2015 en la supervisión de enfermería donde las funciones a realizar fueron, verificar rol de guardia, se cubrió con personal de enfermería los diferencia servicios, se surtió papelería a los diferentes servicios de acuerdo a sus necesidades. A las 8:15 inicia visita médica conjuntamente con equipo de salud al término de la visita, me dirijo hacia la jefatura de enfermería para realizar pase de visita, se me informa que la A1 pasa de urgencia al área de quirófano, posteriormente paso al servicio de quirófano como apoyo en el área quirúrgica debido a la urgencia del evento para realizar funciones de enfermera circulante verificando el paso de soluciones parenterales y hemoderivados así como la ministración de medicamentos, se realizó conteo de gasas y compresas conjuntamente con enfermera quirúrgica así como registros de enfermería en hojas correspondiente, se colocó apósito quirúrgico y vendaje abdominal, se mantiene en sala quirúrgica a la usuaria monitorizando signos vitales hasta su traslado...”

AR17 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“...Recibí a A1 a las 15 hrs para cesárea por doble circular y baja reserva fetal, A1 consciente tranquila, cooperadora, se evalúan sus antecedentes preanestésicos clínicos y de laboratorio estando todo dentro de límites normales, por lo que se procede a explicar procedimiento anestésico, el cual se realiza unos minutos después consistiendo en anestesia regional neuroaxial (bloque subaracnoideo) previo a esta tensión arterial 110/70 frecuencia cardiaca 75 oximetria 95% se realiza punción subaracnoidea con aguja tipo quincke no. 27 al primer intento sin incidentes, se obtiene líquido cefalorraquídeo y se coloca dosis anestésica consistente en supivacaina 8 mgs más fentanilo 20 mcg teniendo adecuado bloqueo sensitiva, motor y leve bloqueo simpático 100/60 frecuencia cardiaca 75 a 80, se colocan puntas nasales a 2 litros por minuto, teniendo una oximetría de 99% todo el tiempo quirúrgico se realiza procedimiento sin incidentes ni accidentes, se obtiene producto único vivo a las 15:20 del sexo masculino de 2770 kg apgar 8/9 expulsión de placenta manual, sangrado aproximado 500 cc se realiza mantenimiento anestésico con solución Hatman 2000 cc oxígeno en puntas nasales 2 litros por minutos medicación transoperatoria, ranitidina 50 mgs, metoclopramida 10 mgs, metamizol 2 gramos, oxitocina 20 UI. Monitoreo continuo tipo I. cardioscopio, pulsooxímetro, tensión arterial no invasiva se da por terminado procedimiento a las 16:00 hrs y se pasa a recuperación consciente, tranquila, con tensión arterial 110/60 frecuencia cardiaca 40 a 80 latidos por minuto y 95% de saturación con escala de aldrete de 9 bromage 3, ramsay 2...!

AR18 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, dijo:

“...Por medio de la presente hago de su conocimiento que el día 30 de junio del presente año ingresa al área de urgencias a A1 la cual se prepara para evento quirúrgico (cesárea) entre



consciente, orientada y con signos vitales dentro de parámetros normales. Posteriormente se acompaña a A1 a su traslado al área de quirófano...”

AR19 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“...El día 1 de julio del año en curso, me presento a trabajar ingresando al área de hospitalización donde fui asignada toda la semana para la entrega recepción de paciente por compañera del turno nocturno, recibiendo mis pacientes de la cama 19 A1 el turno anterior manifiesta la ausencia de ambulación ya que manifestaba dolor así como sangrado moderado, cambiando el pañal a las 7 de la mañana y ayudándole a sentar. **No se reporta como delicada**, A1 manifiesta dolor por lo que se vuelve a recostar, procedo a recibir libretas y censo de pacientes existentes en el área de hospitalización, posteriormente recibo pacientes de camas 1, 2, 6, 7, 11, 12 así como también de la cama 13 a la 18.

Preparo papelería, material y ropa que se ocupa durante el turno, inicio apertura y revisión de pacientes, iniciando desde la cama 21 al llegar a la cama 19 se encuentra a A1 consciente, orientada, diaforética, hipotérmica, sonda Foley a derivación con drenado hematórico, a la medición de constantes vitales su frecuencia cardiaca es de 122 por lo que busco un monitor para corroborar esta cifra, constantes vitales del monitor fueron de FC133, T/A 90/60, frecuencia respiratoria de 26 y temperatura 35, al terminar de medir constantes vitales llega visita médica, se informa de sus constantes por lo que el médico la revisa y solicita ultrasonido y laboratorio, se lleva solicitud de ultrasonido a médico responsable, regreso a tomar muestras de laboratorio y llamo a laboratorio para que recogieran las muestras.

Antes de pasar a ultrasonido cambio pañal con aproximadamente 200ml de sangrado, pasa a ultrasonido, al regreso de ultrasonido se coloca una segunda vía, así como oxígeno y medicamentos, continuaba con monitor; se prepara para traslado posteriormente se suspende traslado ya que A1 se encontraba inestable, desde el momento en que inicie la revisión hasta su regreso de mi servicio estuve al cuidado de la A1...”

AR20 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“...Siendo las 10:45 hrs del 1ro de julio de 2015 AR 8, encargada ese día de quirófano, me solicita apoyo como primer ayudante a un procedimiento quirúrgico de urgencia (laparotomía exploradora) de A1 paciente primigesta de 17 años que hasta ese momento yo no conocía, grave con hemorragia obstétrica por complicación de una cesárea efectuada previamente por otro médico.

Acudí con diligencia y oportunidad y ya en sala de quirófano se observa a A1 grave en anuria, realizándose laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: útero infiltrado en un 95% aproximadamente, por hematoma disecante e infiltrante de arteria uterina derecha que se extendía a ambos anexos mayormente en salpínge y ovario derecho, además de extenderse hacia cérvix, vagina y ligamento infundíbulo pélvico y correderas en forma bilateral de predominio derecho, apreciando datos isquémico-necróticos; el útero no responde a carbetocina indicada por la doctora decidiendo la realización de histerectomía total abdominal más salpínge oforectomía derecha y omentectomía parcial por infiltrado de este último, se calcula aproximadamente hemoperitoneo de 800 cc, pequeños coágulos a través de salpínge derecha y 600 cc en pieza quirúrgica infiltrada; 200 cc de sangrado quirúrgico, total de sangrado 1600 cc, sin apreciarse sangrado activo en ningún momento. Derivado a que A1 iba a ser trasladada al Hospital General Pachuca, realicé la nota de referencia para envío a este Hospital a la Unidad de Cuidados Intensivos, enlace realizado por directivo, encargado además de consentimiento informados e información al familiar.

Tengo conocimiento que durante el traslado de A1 se deterioró y que falleció después en ese hospital...”

AR21 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, informó:



“...Llego a mi área de trabajo a las 08:00 am en el área de Hospitalización donde las funciones que desempeño son las siguientes: Realizar el pase de visita, actualizar indicaciones de cada paciente, valorar su estado de salud, solicitud de estudios de laboratorio y ultrasonido si se requiere, realizar notas de evolución, recibir y valorar pacientes de nuevo ingreso en esta área, etc.

Cabe resaltar que al momento de la recepción de este servicio, no se me notifica de la estancia de alguna paciente delicada, complicada o con algún estudio pendiente por realizar. Se procede a iniciar el pase de visita con AR13 al llegar a la cama 19 que ocupaba A1 a la exploración y valoración clínica **se encuentra refiriendo dolor generalizado en abdomen**, herida quirúrgica con presencia de sangrado mínimo, sangrado transvaginal en pañal de aproximadamente 200 cc no activo, sonda Foley a derivación drenando sangre sin ser activo en ese momento, por lo que inmediatamente se procede a realizar análisis y protocolo de estudio del caso, se solicitan exámenes de laboratorio y ultrasonido ante la sospecha de una lesión o sangrado persistente a nivel de histerorrafia, y así determinar diagnóstico confirmatorio y determinar conducta a seguir.

Por otro lado se procede a realizar trámites para el traslado de A1 a Hospital de apoyo (Hospital General) como primera instancia, ante la sospecha inicial de una probable lesión a nivel de la vejiga o incluso en el sitio del cierre en útero. Se contempló la posibilidad de requerir el apoyo de médicos intensivistas **ya que el nivel de complejidad de nuestro Hospital no contempla un área de terapia intensiva** que en un momento dado llegara a requerir el tratamiento de la usuaria.

Asimismo se notifica a médicos ginecólogos responsables del área de quirófano la posibilidad de ingresar a A1 a esta área para su atención quirúrgica inmediata.

Nos mantenemos vigilantes del reporte de ultrasonido y se decide atender a A1 en la unidad dadas las condiciones de deterioro en que se encontraba...”

5. El dieciséis de julio de dos mil quince, AR22, rindió su informe de autoridad en los siguientes términos:

“...Con respecto a la queja que al rubro se cita, informo a usted que en efecto a lo que corresponde por el Hospital General abocado a contestar la pregunta número 1) donde a la letra señalan por qué se tuvo que intervenir una vez más a nuestro familiar en el Hospital General, si ya se había intervenido en el Hospital Obstétrico por la misma razón en un día.

En atención a lo anterior, comparto con usted el resumen médico del servicio a los que fue atendida A1 como paciente de este nosocomio, del servicio de Ginecología.

Debo hacer mención que parte importante en lo que corresponde como Institución de Salud se brindó toda la atención médico quirúrgica para salvaguardar la vida ya que A1 cursaba con los siguientes diagnósticos: PUERPERIO QUIRÚRGICO PATOLÓGICO POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA/FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE/COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA/FALLARENAL AGUDA/FALLA HEPÁTICA AGUDA/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA/CHOQUE HIPOVOLÉMICO/POS OPERADA DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA; y se realizó la intervención quirúrgica ya que al encontrarse en terapia intensiva dentro de sus indicaciones médicas se practica FAST (estudio ultrasonográfico que tiene como objetivo localizar sangre en cavidad abdominal) el cual se reportó positivo por lo que tanto por datos clínicos y ultrasonográficos A1 cursaba con sangrado activo intraabdominal motivo por el cual se le pasó a quirófano para la realización de laparotomía exploradora.

Ahora bien, es de observarse que la atención médica se realizó en una paciente grave con alto grado de fallecimiento, por lo que el tratamiento médico quirúrgico era lo indicado...”

Por su parte, AR23 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, informó:



“...Paciente de 17 años de edad de nombre A1 la cual fue enviada del Hospital Obstétrico con diagnóstico de POP Laparotomía exploradora por hematoma disecante de útero/hermorragia obstétrica/choque hipovolémico/probable coagulopatía por consumo, ingresa a esta unidad hospitalaria aproximadamente a las 15:48 hrs del día 01-07-15 a Unidad de Cuidados Intensivos donde se reporta en malas condiciones generales bajo ventilación asistida, con datos de falla orgánica múltiple con insuficiencia renal y hepática aguda y con coagulación intravascular diseminada, se ingresa en UTI para estabilización hemodinámica, donde ellos nos reportan a las 17:50 hrs que posterior a la reanimación hídrica con cristaloideos y coloides, manejo aminérgico y hemotransfusión así como transfusión de plaquetas, crioprecipitados, plasmas frescos congelados, presenta distensión abdominal progresiva, inestabilidad hemodinámica, un USG FAST lo reportan positivo por lo que A1 continuaba con sangrado activo motivo por el cual solicitan intervención del servicio de ginecología y obstetricia para realizar laparotomía exploradora, que con previo consentimiento firmado Q1se decide realizar Laparotomía Exploradora de Urgencia con Hallazgos de cirugía: sangrado activo/Hemopritonero de 500 cc proveniente de sangrado en cúpula vaginal/Hematoma retroperitoneal contenido de 400 cc el cual se drena abarcando hasta bifurcación de la aorta, uréteres bilaterales dilatados, ovario y salpinge izquierda necrosada, intestino delgado y parte del colon equimótico...”

6. El diecisiete de julio AR1 exhibió los informes de autoridad de AR2 y AR24, y del rendido por el primero de los profesionistas antes mencionados se desprende lo siguiente:

“...El 30 de junio próximo pasado, llegué a laborar después de 21:30 hrs con autorización de retardo mayor por causas de fuerza mayor, a mi llegada me entrevisté con el subdirector médico, para tratar el asunto de otra paciente, que había ingresado con fecha 30 de junio del presente a sala de admisión de urgencias con embarazo de término y óbito fetal, por lo que atendimos la situación administrativa con el familiar, aproximadamente a las 22:00 hrs la médico general encargada de piso AR24, me comentó en mi carácter de Coordinador de la guardia, que **no había pacientes delicadas en hospital**, y que se encontraba una paciente que hoy ubico A1, en postopertorio de cesárea, quien había presentado hipotensión transitoria a la movilización, sin evidencia de sangrado ni por herida o vía vaginal, eventualidades consideradas dentro de lo esperado por cursar primeras horas de puerperio quirúrgico y que le había indicado solución cristaloiide con la cual mejoró sin referir otras eventualidades y que estaba a cargo de los médicos de guardia. Continuando la guardia en el servicio de urgencias apoyando a los médicos generales asignados a esa área así como entrevistándome con familiares de paciente en trabajo de parto que piden informes sobre estados de salud, lo cual es mi labor como coordinador del mismo. Al término de la jornada, no se me reportaron eventualidades en ninguna de las áreas para entregar la guardia al siguiente turno. Hago mención que no tengo precisión de horarios o datos exactos ya que nunca tuve contacto con A1 en cuestión y no tengo acceso a expediente clínico...”

AR24 en su tarjeta informativa de fecha catorce de julio de dos mil quince, al respecto aseveró:

“...El pasado día 30 de junio del año en curso en mi calidad de médico general atendí a A1 en el área de hospitalización donde me encontraba en el pase de visita del turno nocturno en compañía de AR6, la supervisora de enfermería del turno nocturno, personal de farmacia y trabajo social, atendí a A1 aproximadamente a las 21 horas del día que se cita, cabe mencionar que la A1 se encontraba en el área de hospitalización desde el turno vespertino en la cama número 19; durante el pase de visita se comenta que A1 contaba con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato, AR6 detecta que A1 se encuentra con cifras tensionales bajas (no recuerdo con precisión la cifra); de forma inmediata procedo a revisar a A1, se observan coloración de tegumentos y conjuntivas las cuales se encontraban con adecuada coloración, revisión de mucosas para observar hidratación, se palpa pulso en muñeca derecha de A1 encontrando pulso normal, se descubre el vendaje abdominal, se revisa herida quirúrgica la cual se encuentra íntegra, se realiza palpación abdominal encontrando útero adecuadamente involucionado, con dolor solo a la palpación profunda considerándolo normal debido al procedimiento quirúrgico, se descubre pañal clínico el cual tenía sangrado moderado, se realiza tacto vaginal encontrando sangrado escaso sin coágulos, se realiza exploración de miembros inferiores encontrándolos sin



edema con llenado capital distal adecuado, se verifica sonda Foley la cual se encuentra drenado adecuadamente orina turbia sin datos de hematuria; procedo a indicar a AR6 coloque a A1 una solución intravenosa Hartmann de 500 mililitros en carga rápida, posteriormente solución de base, cambio de pañal con vigilancia del sangrado vaginal; se anotan indicaciones en hoja de indicaciones médicas (encontrándose estas de forma precisa en el expediente clínico de A1), cabe mencionar que incluso el Subdirector del Hospital realizó recorrido por las camas de hospitalización sin encontrar incidencias y observando nuestro trabajo.

Se termina pase de visita de aproximadamente 4 pacientes más; acudo a revisión del expediente clínico de A1 encontrando en los laboratorios clínicos reporte de última hemoglobina tomada de 9 g/dL, realizo nota en expediente clínico anotando los datos encontrados con a A1, al terminar de realizar la nota médica acudo al área de pediatría donde se encontraba AR2 responsable de la guardia B y encargado del área de hospitalización ese día para comentarle a la paciente y las soluciones intravenosas administradas a la misma, en ese momento llega AR16 a comentarme que ya se había terminado de pasar la carga de solución Hartmann a A1. Durante la jornada continuamos realizando las labores propias de nuestras respectivas áreas mi compañera de enfermería y yo; durante este tiempo se observó que A1 estuvo con signos vitales estables, caminó alrededor de su cama, estuvo con alojamiento conjunto. Antes de la entrega de turno aproximadamente a las 7:40 hrs se vuelve a verificar que A1 se encuentre bien, se dejan unas órdenes de laboratorio requeridas en el área de hospitalización y finalizo mi jornada laboral a las 8 am del día 01 de julio del presente año.

Nota: las horas no son indicadas con precisión debido a que nunca más se nos mostró el expediente clínico, no se realizó revisión del caso con el mismo y no se me ha explicado de forma detallada los hechos ocurridos con A1. ..”

7. El veintidós de julio de dos mil quince, mediante el oficio 2891, el Visitador General de esta Comisión solicitó al Comisionado Estatal de la Comisión de Arbitraje en Hidalgo; designara peritos a su cargo para que emitieran una opinión a la luz de la *lex artis* médica respecto de la actuación del personal médico adscrito a los Hospitales Obstétrico y General, respectivamente, ambos de esta ciudad capital, en relación a la atención médica brindada a A1.

Para los anteriores efectos el treinta de julio de dos mil quince se le enviaron al titular de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico copias certificadas del expediente clínico que al efecto se había formado (fojas 173 y 217).

8. El veintitrés de julio de dos mil quince, AR22 remitió a esta Institución copias certificadas del expediente clínico de la atención que le brindó personal a su cargo a A1 (foja 174 a 215).

9. El veintinueve de julio de dos mil catorce, el Subcomisionado Jurídico de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Hidalgo, mediante el oficio de estilo respectivo solicitó copias certificadas de diversas documentales para estar en la posibilidad de que aquella Institución emitiera el dictamen u opinión médica solicitado, por lo que mediante los oficios de estilo se requirieron dichas documentales a AR1 y AR22 (fojas 220 a 223).



10. El seis y siete de agosto, ambos de dos mil quince, AR1 y AR22, remitieron a este Organismo las copias certificadas de las documentales referidas en el punto anterior (fojas 224 a 279).

11. El diez de agosto de dos mil quince, mediante el oficio 03142, el Visitador General de esta Comisión remitió a la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, copias certificadas de las documentales solicitadas, entre ellas, el estudio anatomopatológico del útero de A1, así como la plantilla laboral de todo el personal que estuvo a cargo de la atención médica de la agraviada durante los días treinta de junio y uno de julio último (foja 280).

12. El veintiséis de agosto de dos mil quince, el Subcomisionado Jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Hidalgo, remitió a esta Institución la Opinión Técnica Médica respecto a la atención otorgada a A1, y en la que se emitieron las siguientes:

“...IV CONCLUSIONES.

“...1.- En la atención médica otorgada a A1 en el Hospital Obstétrico SSA de Pachuca Hidalgo, **no se encuentra apego a lex artis ad hoc**, debido a omisión de deber de cuidado, en el periodo postoperatorio de la cesárea, en un lapso promedio de 20 horas; estando involucrados el personal de salud: gineco-obstetras, médicos generales, personal enfermería (en todas sus categorías) y personal directivo; adscritos a los servicios de recuperación, hospital y cuerpo de gobierno del día 30/06/2015 del turno vespertino y del área de hospital, del 30/06/2015 al 01/07/2015 del turno nocturno, **siendo el mayor grado de exigibilidad al personal de enfermería** por las particularidades del caso...”

“...2. En la complicación presentada en la atención médica otorgada a A1, consistente en hemorragia obstétrica, **se encuentra mala práctica** por inoportunidad en su diagnóstico, siendo esto; resultado del punto anterior, sumándose el rescate tardío (histerectomía) en donde se encuentra involucrado el personal de salud; gineco-obstetras, médicos generales, personal de enfermería (todas las categorías), personal directivo del área de hospital del turno matutino del 01/07/2015...”

“...3. **En la consecuencia de la atención médica otorgada a la A1 en el Hospital Obstétrica SSA de Pachuca Hidalgo consistente en la muerte de la paciente se encuentra nexo causal con la mala praxis...**”

“...4. En el servicio de atención médica otorgada A1 en el Hospital Obstétrico SSA de Pachuca Hidalgo **se encuentra mala calidad del servicio** por carecer de infraestructura, recurso y procesos; siendo éstos, **elementos competencia del cuerpo directivo y situación que fue determinante en el resultado...**” (fojas 281 a 327).



13. El ocho de octubre de dos mil quince, Q2 y Q1, (quejosa ésta última) en su carácter de víctimas indirectas por la muerte de A1 presentaron un escrito en este Organismo, en el que adujeron que ampliaban la queja interpuesta en contra del personal médico, de enfermería y directivo de los Hospitales Obstétrico y General, respectivamente, en Pachuca de Soto, además de que agregaron una opinión médica emitida por el Médico Cirujano especialista en Ginecología y Obstetricia, en la que concluyó que no existían elementos en el expediente clínico de A1 que justificaran la urgencia de practicar a ésta una cesárea, por lo que durante la misma no se realizaron las técnicas hemostáticas que procedían, ocasionando como resultado que A1 “sangrara” de forma interna en el postoperatorio, encontrando descuido del personal médico en el seguimiento de la evolución postquirúrgica, y es que no encontró ningún registro de vigilancia del puerperio inmediato desde las 15:45 horas a las 09:50 horas del día siguiente; en tanto, que en la segunda intervención concluyó que no se realizó una adecuada hemostasia, ya que la A1 siguió sangrando de forma interna hasta su traslado al Hospital General de esta ciudad, lo que ocurrió porque el Hospital Obstétrico no contaba con el personal médico adecuado y la infraestructura necesaria para “eventos de alto riesgo” como el del presente asunto. Por último asevero que la atención médica brindada a A1 por el Hospital General de esta ciudad fue adecuada pero infructuosa, dadas las condiciones clínicas en que se realizó el traslado a dicho Centro Hospitalario. Finalmente en el rubro de pretensiones presentaron su propuesta respecto de la cuantificación de la reparación integral del daño por violaciones a derechos humanos (fojas 328 a 418).

EVIDENCIAS

- A).** *Queja por escrito de Q1 y Q2, interpuesta a favor de A1.*
- B).** *Informes de las autoridades involucradas.*
- C).** *Escrito de solicitud al Comisionado Estatal de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, para emitir una opinión a la luz de la lex artis médica, respecto de la atención médica proporcionada a A1 por el personal que atendió a ésta en el Hospital Obstétrico y en Hospital General, ambos de esta ciudad capital.*
- D).** *Copia Certificada del expediente clínico de A1 que remitió AR22.*



E). Escrito de solicitud del Subcomisionado Jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, donde requiere diversa información del personal médico y de enfermería que atendió a A1.

F). Escrito de solicitud de la Comisión AR1 y AR22, para requerir la información que solicitó el Subcomisionado Jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico en Hidalgo.

G). Oficio dirigido al Subcomisionado Jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico en Hidalgo, entregando la información y documentación solicitada.

H). Opinión Técnica Médica emitida por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado.

I). Escrito de ampliación de queja de Q2 y Q1 a favor de A1.

J). Escrito con la opinión médica realizada respecto de la atención que recibió A1 en el Hospital Obstétrico y General de esta ciudad capital.

VALORACIÓN JURÍDICA

I. El derecho a la protección a la salud se encuentra previsto en el artículo 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra establece:

Artículo 4.

[...] 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...”

No sólo en la legislación interna se reconoce este derecho, también se encuentra previsto en los siguientes instrumentos internacionales: Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, y firmada por México el 10 de diciembre de 1948; y que establece:

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 derechos a los seguros en



caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Obligación que igualmente se deduce del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que a la letra dispone:

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.

Y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12.1, a la letra se lee:

Artículo 12. **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”

Por último, la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Hidalgo en su artículo 47 fracción I dispone:

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 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;

Análisis jurídico a fin de establecer si se acredita la violación al derecho social de ejercicio individual, en su modalidad de negativa o inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del Sector Salud.

Derivado de un análisis armónico de todo el material probatorio descrito en el apartado respectivo, atendiendo a los principios jurídicos y valorando tanto los informes de las autoridades como las documentales agregadas al presente expediente, es que se llegó a la firme convicción de que se encontró responsabilidad de todos los servidores públicos involucrados, del Hospital Obstétrico de esta ciudad capital, quienes de una forma u otra **prestaron -indebida, inadecuada e ineficiente-atención médica a A1**, desde el personal de enfermería, pasando por el área de apoyo, especialidades y hasta llegar al personal directivo, dejando muy en claro, **que quienes tuvieron mayor responsabilidad en esta inadecuada prestación del servicio en materia de salud, fue el personal de enfermería.**



AR1 en su informe de autoridad aseveró que del expediente clínico que se integró con motivo de la atención médica a A1 se desprendía que **no encontró notas relacionadas** a la atención y **vigilancia médica** y cuya responsabilidad era del personal adscrito al mismo, aclarando que en esa guardia -treinta de junio y uno de julio de dos mil quince- tenía personal completo, por lo que desde que se inició con la integración del presente expediente de queja se advirtió que existió inadecuada prestación del servicio médico a que tenía derecho A1.

Por ello es que se analizó lo manifestado por las autoridades involucradas y con lo asentado en todas y cada una de las notas que se plasmaron en el expediente clínico, lo que permitió concluir que hubo omisiones que desencadenaron en la muerte de A1 determinación a la que de forma irrefutable la Comisión de Arbitraje Médico en la Entidad se pronunció.

A este respecto, cabe resaltar que la opinión médica de aquélla fue resultado de un criterio institucional en uso de la autonomía técnica que tiene la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado de Hidalgo, y no de un mero punto de vista del Comisionado, ya que si bien es cierto, la medicina no es una ciencia exacta a título de finalidad de un tratamiento y un resultado satisfactorio para el paciente, también lo es, que sí es una ciencia rigurosa, que exige que un hecho con circunstancias de modo, tiempo y lugar precisos, deben utilizarse los medios exigibles en términos de la literatura médica, o sea, que el personal de enfermería debió haber vigilado en todo momento a A1 y registrar los cambios y/o alteraciones en su salud, tales como el aumento de la presión, su temperatura, sangrado, aumento de dolor, entre otros, en tanto que el personal médico debió actuar con la mayor pericia y diligencia posible, lo que no ocurrió en la especie, porque se omitió realizar la entrega/recepción de A1 por parte del equipo quirúrgico constituido por el gineco-obstetra y el anestesiólogo con la enfermera del área de recuperación, y es que en ésta área no había anestesiólogo, lo que tradujo el **incumplimiento a la norma oficial mexicana NOM 006 para la práctica de la anestesiología**. El resultado de esa omisión, implicó que A1 no estuvo vigilada y no tenía la seguridad de que el especialista -anestesiólogo- interactuara de forma continua con el personal de enfermería.

En este orden de ideas, **también existió incumplimiento a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico**, ya que el personal de enfermería demostró deficiencia en la monitorización, porque no fue continua, es decir, que no documentó la gráfica respectiva de sus signos vitales, pues inclusive en un lapso de dos horas y cuarenta y cinco minutos solo registró seis lecturas, y no advirtió el



curso progresivo a la hipertensión arterial taquicardia, pues si esto se hubiera realizado oportunamente, hubiera generado alarma en el personal médico respectivo, y se hubiera iniciado el manejo de contención que si bien no hubiera asegurado un resultado distinto como el que ocurrió, porque la medicina no es una ciencia exacta, no habría razones médicas ni administrativas que sugirieran una mala práctica médica. En suma, el cuidado del personal de enfermería no se apegó a lo irreductible de un puerperio normal, como la periodicidad de toma de signos vitales, tono y tamaño del útero, principalmente.

Y es que consecuencia de lo anterior, se omitió un diagnóstico precoz, consistente en hemorragia obstétrica primaria en el posparto inmediato, por atonía uterina, derivado de cambios hemodinámicos, además de sangrado -situación que se documentó pero no oportunamente y no en su real dimensión-, todo ello durante su estancia en el área de recuperación de aproximadamente dos horas cuarenta y cinco minutos, tiempo en el que **se perdió la primera oportunidad de “rescatar” A1.**

En esas condiciones, es que tampoco hubo comunicación, registro ni interacción alguna entre el área de recuperación a enfermería del área del mismo Hospital.

El treinta de junio de dos mil quince cuando A1 debió ser atendida en el turno vespertino, no se acreditó -en el expediente clínico, aunque las enfermeras lo refirieron en sus informes- atención médica en ese turno, primero, porque no había notas y registro de la paciente para la entrega-recepción, luego por omisión de nota de ingreso a piso e indicaciones médicas, lo que impidió saber en tiempo real el estado de la paciente, **aunado a que no hubo vigilancia, supervisión, control y apoyo por el Coordinador, Supervisor, Encargado o Subdirector del Hospital Obstétrico.**

En el turno nocturno, tampoco se acreditó que A1 recibiera atención médica, **descubriendo nuevamente que no hubo enlace médico,** tampoco nota de ingreso ni de evolución, o algún otro registro similar que obligara al personal médico saber el estado de salud en ese preciso momento, para en su momento actuar en consecuencia, a excepción de las indicaciones de las veinte horas cincuenta minutos cuando se suministró 500 ml de solución Hartmann, lo que por cierto, agravó el escenario porque no justificó esa acción, no hubo seguimiento al mismo y lo que si denotó es que intentaba regularizar la situación hemodinámica de la paciente, con lo que **se presentó una segunda oportunidad de “rescatar” a A1** pero no fue así. Nuevamente el personal de enfermería omitió hacer su trabajo, pues solo realizó tres



anotaciones -22:00 hrs, 02:00 hrs y 06:00 hrs-, cifras que no tenía ninguna congruencia con la evolución clínica de A1 y como dato adicional de las 06:00 a las 08:00 del uno de julio de dos mil quince, no hubo ninguna asistencia por personal de salud.

Durante la mañana del primero de julio de dos mil quince, una vez más hubo **omisión el enlace médico**, lo que ocasionó que no se detectara al inicio del turno la gravedad del estado de salud de A1 y en consecuencia **no se activó el código rojo**, ya que el contenido de la nota obligaba a ponerlo “en marcha”, luego entonces, hubo una **atención médica tardía** entre las nueve horas cincuenta minutos y las diez horas treinta minutos de aquél día, porque había evidentes choques hipovolémicos por hemorragia obstétrica masiva con **necesidad inmediata** de reintervención quirúrgica, presentándose en consecuencia, **ineficiente y tardío manejo médico de la pérdida masiva de sangre**.

Es oportuno también reconocer que el diagnóstico de histerectomía abdominal fue el criterio quirúrgico correcto, sin embargo, **el momento de diagnosticarla y realizarla fue sumamente tardío**, debido a que el inicio de labores de ese turno fue a las ocho horas, pero fue intervenida hasta tres horas después, perdiéndose la **tercer oportunidad de rescatar a A1**.

Finalmente la paciente fue referida al Hospital General de Pachuca, diagnosticándole en ese momento falla orgánica múltiple, **y aunque el personal de dicho nosocomio realizó las maniobras que considero necesarias, incluyendo otra intervención quirúrgica, falleció siete horas después de su ingreso**.

En esta línea de argumentación **se concluye que la causa del evento adverso fue la falla en el deber de cuidado de todo el personal médico de especialidad, de medicina general, de enfermería y directivo que estuvo involucrado**, pues las omisiones del personal de enfermería, la poca o nula vigilancia del personal médico general y ausencia de acciones en el personal de especialidades, así como la carencia de infraestructura resultado fatal de la muerte de A1.

No obstante de que existió inoportunidad de manejo en todos los momentos, hubo una atención tardía, lo que ocasiono un reconocimiento y diagnóstico rápido, por lo que el resultado de sus acciones y omisiones del personal involucrado fue de mala calidad de atención en el servicio.



Debe dejarse muy en claro que un Hospital Obstétrico como el de esta ciudad capital, debería contar en términos de la Ley General de Salud con un segundo nivel de atención, más aún cuando se trata de un **hospital especializado** en la atención obstétrica, y por el contrario, **no se cuenta con una unidad de cuidados intensivos, banco de sangre, anesthesiólogo en área de recuperación, especialistas en las áreas de cirugía general, urología, hematología, intensivistas, entre otros.**

Por el contrario, y aunque había personal disponible en el turno vespertino, es decir, que según las documentales que obra en el expediente había tres enfermeras y un médico general, se desaprovechó ese recurso humano, o pero aún, aunque estuvo ahí, no realizó su trabajo como estaba obligado a hacerlo.

Así pues y tomando en cuenta la opinión a la **lex artis** médica de la Comisión de Arbitraje Médico que estableció de manera precisa que la atención prestada por el personal involucrado del Hospital Obstétrico de esta ciudad, no se encontraba apegado a *lex artis ad hoc* debido a su omisión de deber de cuidado en el periodo post operatorio de la cesárea en un lapso promedio de veinte horas, es que **se determina que hubo negligencia en todo el personal**, aunque el mayor grado de omisión a ese deber de cuidado recayó en el personal de enfermería por las particularidades del caso.

Además dicha Comisión de Arbitraje Médico estableció que hubo mala práctica médica por la inoportunidad en el diagnóstico de la paciente que sumado al “rescate” tardío llevaron como consecuencia a la muerte de la paciente, presentándose así el **nexo causal con la mala praxis.**

No menos importante es tomar en cuenta que el Médico Cirujano especialista en Ginecología y Obstetricia –opinión médica presentada por la parte quejosa- emitió un dictamen en el que concluyó que existían elementos en el expediente clínico que justificaran la urgencia de practicar una cesárea a A1; sin embargo, esa situación queda fuera de estudio, ya que no fue el motivo de la queja, ni menos aún ese hecho fue determinante para que concluyera con el deceso de A1 -en la queja- y aunque concluyó que en la operación -cesárea- no se realizaron las técnicas hemostáticas que procedían, dando como resultado que la paciente siguiera sangrando en forma interna en el periodo post operatorio, no hubo prueba adicional que corroborara ese hecho.



Coincide dicho especialista con la Comisión de Arbitraje Médico, que hubo descuido del personal médico en el seguimiento de la evolución post quirúrgica de la operación -cesárea- y que el Hospital Obstétrico carecía de la infraestructura necesaria para eventos de esta naturaleza.

Es oportuno mencionar que esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, ha iniciado diversas quejas en contra del personal que labora en el Hospital Obstétrico de esta ciudad capital, y de acuerdo a la información oficial con la que se cuenta en esta Institución, **en el expediente número CDHEH-I-1-0671-10 se emitió la Recomendación 15-10 en contra de personal de enfermería y anestesiólogo porque le habían “dejado” a la paciente una compresa al interior** cuando fue intervenida quirúrgicamente, lo que provocó una alteración en su salud de consideración.

En el expediente de queja número **CDHEH-VGJ-1694-12 se emitió la Recomendación R-VGJ-0013-13 en contra de un ginecólogo porque omitió practicarle una intervención quirúrgica -cesárea- a la paciente lo que provocó la muerte del producto -bebé-**.

En tanto, que en el expediente número **CDHEH-VGJ-0180-13 se emitió la Recomendación R-VGJ-0040-13 en contra de médicos del mismo nosocomio, por la omisión de atención pronta y oportuna de una paciente, quien fue trasladada tardíamente al Hospital General en donde falleció.**

II. Estudio de la reparación del daño a las víctimas de la violación de derechos humanos

El artículo 1º Constitucional establece en su párrafo tercero:

(...) 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** 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, al señalar:

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.

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.

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, de acuerdo al artículo 27 de la **Ley General de Víctimas**, las siguientes:

Rehabilitación: busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos;

Compensación: ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de



derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos;

Satisfacción: busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;

Medidas de no repetición: buscan que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir;

De tal manera, que en términos de lo dispuesto por el artículo 65, de dicho ordenamiento este Organismo defensor de derechos humanos se pronuncia respecto de la reparación del daño, como parte de las consecuencias jurídicas aplicables al acreditarse la existencia de las violaciones a derechos humanos, mismas que ya han sido enumeradas en este documento, las cuales consisten en violaciones al Derecho a la Protección de la Salud y Negligencia Médica, **por lo que las autoridades señaladas como involucradas deberán realizar la reparación integral del daño a favor de las víctimas indirectas por la muerte de A1.** Asimismo, deberá darse en correcto **cause a la carpeta de investigación 12-2015 05575 radicada en la Unidad de Investigación sin Detenido de la Coordinación de Atención a Víctimas del Delito de ésta Ciudad,** iniciada por los mismos hechos motivo de la queja, a efecto de que se garantice el derecho a la justicia de dichas víctimas.

Por las situaciones antes descritas en el cuerpo de la presente Recomendación habiéndose acreditado plenamente la violación a los Derechos Humanos de A1 de conformidad con lo analizado en la presente resolución, a Usted Secretaria de Salud y Directora de los Servicios de Salud en el estado de Hidalgo, se:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Iniciar el o los procedimientos legales que correspondan con los argumentos y pruebas que sirvieron a esta Comisión como medios de convicción para la emisión de la presente Recomendación, a fin de que se inicien el o los procedimientos respectivos contra de todos los y las servidores públicos responsables, por la violación a los derechos humanos de negativa o inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del Sector Salud en agravio de A1, y en su caso, se les impongan las sanciones correspondientes.



SEGUNDO: Se verifique que el personal médico, de enfermería, de especialidades, de apoyo y medicina general respectivamente, adscrito al Hospital Obstétrico de esta Ciudad, en el desempeño de sus funciones dé cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas a fin de reducir al mínimo hechos como el acontecido y que fue motivo de la presente queja.

TERCERO: Se realicen los trámites administrativos y legales correspondientes, para que se contemple en el Hospital Obstétrico de esta ciudad capital, la construcción, ampliación, remodelación y/o en su caso, todo lo necesario para que a la mayor brevedad posible, dicho Hospital cuente con área de segundo nivel de atención, unidad de cuidados intensivos, banco de sangre y personal médico suficiente, con la finalidad de que las personas que acudan a dicho nosocomio esté garantizado su derecho a la salud.

CUARTO: Continuar las capacitaciones que en forma general debe recibir el personal del Hospital Obstétrico de Pachuca de Soto, en específico al área de enfermería, anestesiólogo, ginecólogo y médicos en general, en el tema de derechos humanos, para lo cual quedan a sus órdenes los servicios de la Secretaría Ejecutiva de esta Comisión.

QUINTO. Se establezcan mecanismos para el seguimiento y la evaluación de las actividades de capacitación y sensibilización en materia de derechos humanos, dirigidas a los servidores públicos de ese Hospital Obstétrico que realizan tareas relacionadas con la atención médica de las personas que transitoriamente se encuentren en dicho nosocomio.

SEXTO. Reparar el daño de manera integral por la violación señalada en la presente Recomendación a favor de quien o quienes legalmente tengan derecho, con base y de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales aplicables, considerando las constancias que conforman el expediente al rubro citado.

SÉPTIMO. 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



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VG-1840-15

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, deberá 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.

**LIC. JOSÉ ALFREDO SEPÚLVEDA FAYAD
PRESIDENTE**

HBVA/LCG/DKZL