



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE HIDALGO.

RECOMENDACIÓN

NÚMERO: R-VGJ-0040-13
EXPEDIENTE: CDHEH- VGJ-0180-13
QUEJOSO: Q1

AUTORIDADES RESPONSABLES: PERSONAL MEDICO
ADSCRITO AL HOSPITAL
OBSTETRICO DE ESTA
CIUDAD, DRA. --- Y DR. ---,
AMBOS , ADSCRITOS AL
HOSPITAL GENERAL DE
PACHUCA DE SOTO,
HIDALGO.

PERSONAL MÉDICO
ADSCRITO AL HOSPITAL
OBSTETRICO Y HOSPITAL
GENERAL DE PACHUCA,
HIDALGO.

HECHOS VIOLATORIOS: 8. VIOLACIONES A LOS
DERECHOS SOCIALES DE
EJERCICIO INDIVIDUAL
8.2.3.1. NEGATIVA O
INADECUADA PRESTACIÓN
DE SERVICIO PÚBLICO
OFRECIDO POR
DEPENDENCIAS DEL SECTOR
SALUD.
8.2.4 NEGLIGENCIA MÉDICA.

Pachuca de Soto, Hidalgo, doce de septiembre de dos mil trece.

"Año Internacional de la Cooperación en la Esfera del Agua"

**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE
LOS SERVICIOS DE SALUD DEL 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 -- a favor de -- (finada), en contra de personal médico adscrito al Hospital Obstétrico y Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo; esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en uso de las facultades que me otorgan los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9 bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 33, fracción XI, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; así como el 127 de su Reglamento, se han examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1.- El dieciocho de enero de dos mil trece, compareció ante este Organismo ---, para manifestar lo siguiente:

Que el lunes diecisiete de diciembre de dos mil doce, me encontraba en mi casa [REDACTED] aproximadamente a las dieciocho horas con treinta minutos, junto con mi esposa de nombre ---, que se encontraba embarazada de ocho meses, cuando de pronto me dijo que se sentía mal ya que tenía un dolor en el pecho, en ese momento decidí llevarla de inmediato al Hospital Obstétrico de Pachuca, llegando en un tiempo aproximado de veinte minutos, recibíendola una policía que se encontraba en la puerta, la sentó en una silla de ruedas y la ingresó, yo esperé en la sala de espera, después de una hora y media de estar esperando, salió la trabajadora social para informarme que me llamaba la doctora que estaba atendiendo a mi esposa y de la cual desconozco su nombre, en ese momento me pidió que fuera a comprar un medicamento para que le calmara el dolor a mi esposa, salí a buscarlo a cuatro farmacias pero en ninguna lo tuvieron, posteriormente regresé al hospital y le comenté a la trabajadora social que no habían tenido el medicamento, me quedé esperando nuevamente en la sala de espera y como a las veintitrés horas con quince minutos, nuevamente la trabajadora social me indicó que entrara con la doctora para que le firmara unos papeles de traslado, en ese momento la doctora me hizo saber que a quien de los dos decidía salvar si a mi esposa o a mi bebé ya que uno de los dos tenía que salvarse, a lo que le respondí que a mi esposa, y en ese momento firmé un papel y salimos rumbo al hospital general acompañados de un médico del cual desconozco su nombre, al llegar al general nos recibió un médico y de inmediato pasaron a mi esposa al quirófano, solicitando la trabajadora social que fuera a comprar utensilios que iban a necesitar, los compré y regresé a entregarlos, y me dirigí a la sala de espera; el día siguiente aproximadamente a las siete horas con treinta minutos, la trabajadora social del Hospital General me informó que ya había nacido mi hijo pero se encontraba en la incubadora y mi esposa en recuperación, a los quince minutos nuevamente me informó que se había equivocado, que mi esposa estaba en terapia intensiva, nuevamente me solicitaron medicamentos, los cuales tuve que comprar para su atención, el día miércoles diecinueve de diciembre de dos mil doce, aproximadamente a las doce horas, el médico que en ese momento estaba de turno salió a avisarme que ya no había nada que hacer respecto a mi esposa ya que había sufrido un derrame cerebral y por consecuencia tuvo muerte cerebral, preguntándome que si mi decisión era desconectarla ya que más adelante aunque no se desconectara su corazón se iría deteriorando poco a poco hasta dejar de funcionar, decidí que así la dejara; el jueves veinte del mismo mes y año falleció mi esposa por lo que acudo a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, ya que considero que hubo negligencia médica con mi fallecida esposa por parte de quien en ese momento la atendió en el Hospital Obstétrico de Pachuca, ya que considero que desde el momento en que llegamos se tardaron en su traslado para el Hospital General y debido a eso empeoró en su salud, considerando que si hubiera sido de manera inmediata no hubiera fallecido.

2.- El veintidós de enero de dos mil trece mediante oficio 00385, se solicitó al director del Hospital Obstétrico de esta ciudad, doctor ---, indicara a dicho servidor público que participó en los hechos que debería rendir a esta Comisión dentro del plazo de cinco días naturales a partir del día siguiente de

la recepción del presente, un informe por duplicado respecto de los hechos que se le atribuyen; dando contestación el encargado de la dirección de dicho nosocomio, doctor ---, para manifestar lo siguiente:

17 de Diciembre 2012.

19:00 La Sra. --- ingresa por el área de consulta externa solicitando atención médica siendo acompañada por su esposo, por lo que es llevada por personal del área de seguridad en silla de ruedas al Servicio de Urgencias.

19:05 hs Llega al Servicio de Urgencias, no pasa al área de Triage, es atendida directamente en consulta de urgencias por la Dra. ---, cédula profesional 5871356, Ginecoobstetra del turno vespertino encontrando lo siguiente: Se revisa paciente Gesta IV Para III, desconoce fecha de última menstruación, sin control prenatal, no ultrasonidos previos, refiere haber iniciado hace una hora posterior a ingesta de colecistoquinéticos y picantes, presentando dolor súbito en epigastrio sin irradiaciones, niega datos de vasoespasmo (cefalea, acúfenos o fosfenos), movimientos fetales presentes, no perdidas transvaginales. Exploración física: Frecuencia cardíaca 60 x, temperatura 35°C Tensión arterial: 140/90. Consiente, Orientada con buena coloración de tegumentos, mucosa bien hidratada, cuello sin megalias, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen doloroso a la palpación profunda de epigastrio, Chausier negativo, con fondo uterino a 29 cm, situación longitudinal, cérvix posterior cerrado, miembros inferiores con edema dos cruces, no hiperreflexia. Diagnósticos: Multigesta, embarazo de 34 semanas por clínica, dolor en epigastrio, enfermedad hipertensiva a clasificar, descartar síndrome de HELLP, sin trabajo de parto, embarazo de alto riesgo. Manejo: Se solicita ultrasonido de hígado y vías biliares, por cifras tensionales perfil preecláptico, monitorización de signos vitales con énfasis en tensión arterial, se coloca sonda Foley para control de uresis, se inicia con soluciones paranterales, inhibidores de bomba de protones antihipertensivos.

Laboratorio: hemoglobina 13 hematocrito de 42.3 plaquetas 178000, TGO de 93, DHL 322, creatinina 0.9, ácido úrico 3.1, triglicéridos de 441, colesterol 295, no se recibe EGO para valorar proteinuria.

Ultrasonido: se descarta hematoma subcapsular, vesícula con datos de lodo biliar. Por lo anterior se solicita lipasa para descartar pancreatitis, nueva enzimas hepáticas y EGO.

22:20 hs Ingresa Turno Nocturno a cargo de la Dra. --- cédula profesional 7130448, quién encuentra a la Sra. --- con los siguientes datos:

Encuentra paciente femenino de 37 años con antecedentes mencionados en nota previa y en Historia Clínica, refiriendo dolor en epigastrio e hipocondrio derecho posterior a ingesta de colecistoquinéticos así como cefalea.

Exploración física: tensión arterial 150/90 frecuencia cardíaca: 80x, frecuencia respiratoria 20x, temperatura 36°C. A la exploración se aprecia con facies de dolor, abdomen globoso por útero gestante, feto único vivo, longitudinal, cefálico. Dorso derecha, fondo uterino a 23 cm, con frecuencia fetal 156 latidos por minutos, Chausier negativo, edema dos cruces no hiperreflexia. Manejo: se inicia manejo como preeclampsia severa por los datos clínicos. Se impregna con Sulfato de Magnesio y se agrega dosis de mantenimiento y se indica traslado a otro nivel de atención.

22:50hs Nota de evolución urgencias. Presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas manejándose en el área de choque con diacepan en bolo, sulfato de magnesio y manteniendo vía aérea permeable, a lo cual responde. Presente nuevamente crisis convulsivas en número de cuatro, agregándosele bolo de sulfato de magnesio en dosis de dos gramos, sin yugular crisis por lo que se pide asistencia al servicio de anestesiología, y se decide mantener vía aérea permeable con intubación. Presenta tensión arterial diastólica de 122 mmHg y se agrega bolo de

hidralacina de 10 mg intravenoso, se administra tiopental y DFH. Posterior a yugular crisis convulsivas se envía a Hospital General Pachuca.

Cabe hacer mención que durante el evento antes referido la Dra. --- Ginecóloga encargada de urgencias, entró a apoyar a la Dra. --- en un procedimiento quirúrgico (Cesárea de urgencia) de la paciente ---, de expediente 74876; así mismo tres médicos generales de guardia se encuentran en el área de Tococirugía atendiendo eventos obstétricos (partos) simultáneos de las siguientes pacientes: Sra. ---, --- y ---, por lo que tanto la Dra. --- como la Dra. ---, anestesióloga, salen del área de quirófano cuándo son avisadas del evento convulsivo de la Sra. ---.

Antes del envío, la Dra. --- otorga información al esposo de la paciente, de forma detallada de los diagnósticos, pronóstico de alto riesgo de complicaciones para el binomio. Entonces es trasladada al Hospital General Pachuca, con referencia, en ambulancia asistida por médico en el trayecto, con apoyo ventilatorio con ambú, soluciones parenterales y monitoreo del binomio.

3.- El doce de febrero de dos mil trece, se recibió ante esta Comisión por parte del doctor ---, encargado del Hospital Obstétrico de esta ciudad, copia del expediente clínico debidamente certificado de la paciente --- (finada).

4.- El dos de julio de dos mil trece, se solicitó mediante oficio 03069, la colaboración del doctor ---, titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, para emitir una opinión médica, respecto del caso planteado por ---.

5.- El dieciséis de julio de dos mil trece, mediante oficio CAMEH/140/2013, el licenciado ---, subcomisionado jurídico de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, solicitó a esta Comisión el expediente clínico de la paciente --- correspondiente a su atención en el Hospital General de Pachuca.

6.- El dieciocho de julio de dos mil trece, mediante oficio 03341, se solicitó al doctor ---, director del Hospital General de esta ciudad, copia legible debidamente certificada del expediente clínico de ---, respecto de la atención médica que le fue brindada en dicho nosocomio, mismo que fue recibido ante esta Comisión en fecha veintiséis de julio del año en curso.

7.- El treinta de julio de dos mil trece, mediante oficio 03450, se envió a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, copia debidamente

certificada del expediente clínico de la paciente ---, correspondiente a su atención médica en el Hospital General de esta ciudad.

8.- El veintitrés de agosto de dos mil trece, mediante oficio 03796, y toda vez que de las constancias que integran el expediente de queja al rubro citado, se desprende la intervención en los hechos que la motivaron de personal médico adscrito al Hospital General de esta ciudad, que se le solicitó al doctor ---, director del nosocomio de referencia, indicara a dichos servidores públicos que participaron, que deberán rendir a esta Comisión dentro del plazo de tres días naturales a partir del día siguiente de la recepción del presente, un informe por duplicado respecto de los hechos que se les atribuyen, dando contestación el mismo director del Hospital General, doctor ---, para manifestar lo siguiente:

- 1.- Quienes atendieron medicamente a la C. Q2 el día 17 de diciembre fue la Dra. --- Ginecóloga y ---, residente adscritos a Urgencia y el Dr. ---, Ginecólogo y residente --- adscritos a la Toco cirugía a las 19:00 horas.
- 2.- Femenino de 37 años de edad la cual ingresa al hospital Obstétrico el día 17 de diciembre a las 19:00 horas aproximadamente con antecedente de 3 partos, cursando con embarazo de 36 semanas de gestación, con antecedente de haber iniciado a las 18 horas del presente día con dolor en epigastrio, dificultad respiratoria y elevación de cifras tensionales elevadas (150/90) integrándose diagnóstico de probable Síndrome de Hellp Versus Hígado Graso del Embarazo, con elevación de enzimas hepáticas (TGO 93, TGP 93) Proteinuria de 100 mg.
- 3.- Presentado cuatro episodios de crisis convulsivas tónico clónicas iniciándose manejo con Sulfato de Magnesio y apoyo de la vía aérea, bajo sedación, sin especificar medicamento ni dosis.
- 4.- A las 22:00 horas del día 17 de diciembre de 2012 por enlace telefónico a través de Trabajo Social al servicio de urgencias de ginecología del Hospital General de Pachuca para informar sobre el traslado de la paciente.
- 5.- A las 23:55; ingresa la paciente al Hospital General Pachuca con tensión arterial de 160/100 mmHg, en mal estado general bajo ventilación mecánica asistida, con fondo uterino de 28 cm del borde superior de la sínfisis del pubis con producto único vivo en situación longitudinal, presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal de 120, 130 latidos por minuto, ingresando inmediatamente a quirófano para resolución de embarazo vía abdominal,, obteniéndose neonato de sexo femenino con un Apgar de 3-5 Capurro de 35 semanas de gestación, hora de nacimiento: 00:05 hrs con los siguientes Hallazgos Transquirurgicos: líquido de ascitis de 150 centímetros cúbicos Hígado congestivo, presentando Atonía Uterina realizándose Ligadura de B-Lynch y desarterización uterina con un sangrado total de 700 centímetros cúbicos.
- 6.- El día 18 de Diciembre de 2013 a las 00:45 a.m. horas Ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva; bajo apoyo ventilatorio y Síndrome Hemorragiparo.
- 7.- El día 18 de Diciembre de 2013 a las 23:00 horas es Valorada por el servicio de Neurocirugía diagnosticándose Isquemia Pontina Mesencefalica-tallo hasta región ventrodorsal, Hemorragia Parieto-temporal, Edema, Compresión del Sistema Ventricular. Datos compatibles con Daño Cerebral Irreversible, informándose a familiar.

8.- El día 19 de Diciembre de 2013 a las 08:00 horas presenta Mala Evolución por Evento Vascular Cerebral Hemorrágico, Daño Neuronal Irreversible.

9.- El día 20 de Diciembre de 2013 a las 12:00 horas se declara hora de defunción con los siguientes diagnósticos:

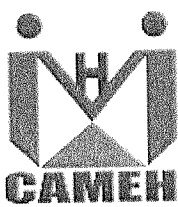
PUERPERIO QUIRURGICO PATOLOGICO

ECLAMPSIA

EVENTO CEREBRAL HEMORRAGICO

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA

9.- El veintisiete de agosto de dos mil trece, se recibió la opinión técnica, con respecto a la atención médica otorgada a la C. ---, dictamen médico elaborado por personal médico adscrito a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, mismo que por contener información relevante en su totalidad se agrega a la presente resolución:



Dependencia:	<u>Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo</u>
U. Administrativa:	<u>Gestión Pericial</u>
Área Generadora:	<u>Gestión Pericial.</u>
	<u>EXPEDIENTE: 160 /2013.</u>
No. de Oficio:	<u>CAMEH 180 /2013</u>

LIC. ALFONSO VERDUZCO HERNÁNDEZ
VISITADOR GENERAL JURÍDICO DE LA
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE HIDALGO
P R E S E N T E.

LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE HIDALGO, con fundamento en los artículos 1, 4, fracción VI; 25, 26 y 27 de su Decreto de Creación; 3, B, fracción IV, 11 fracción X, 21 fracción IV, de su Reglamento Interno; 96, 102 y 103 de su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, se emite la siguiente:

OPINIÓN MÉDICA

PROBLEMA PLANTEADO

Dictaminar y/o determinar si la causa del fallecimiento de la C. --- fue a consecuencia de una negligencia médica u omisión de atención oportuna, por parte del actuar del personal médico adscrito al Hospital Obstétrico de esta Ciudad

I.- ANTECEDENTES.

Femenino de 37 años de edad con embarazo de 36 semanas que acudió a recibir atención médica el 17/12/12 al Hospital Obstétrico Pachuca, Hidalgo, permaneciendo en dicho hospital 4.35 horas, complicándose durante su estancia con eclampsia, motivo por el cual es trasladada al Hospital General, en donde se le realizó cesárea con triple desarterialización y ligadura B Lynch por atonía uterina, obteniéndose producto único, vivo, femenino, calificado con Apgar 3-5. La paciente ingresó a Terapia Intensiva donde su evolución fue al deterioro orgánico progresivo, encontrándose complicaciones como hemorragia cerebral, trastorno hemorrágico, insuficiencia renal, hasta finalizar en su muerte el 20/12/12 a las 12:00 horas.

A).- QUEJA.

18/01/13. Queja del C. --- ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.
Síntesis. En contra del personal médico adscrito al Hospital Obstétrico de esta Ciudad, toda vez que considera que el 17/12/12 hubo negligencia médica, en contra de su esposa --- (finada), tardando su traslado al Hospital General de esta Ciudad.

El 17/12/12 aproximadamente a las 18:30 horas, junto con mi esposa que se encontraba embarazada de 8 meses, de pronto se empezó a sentir mal ya que tenía un dolor en el pecho, en ese momento decidieron irse al Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo, llegando en un tiempo aproximado de 20 minutos, donde la recibió una policía y la sentó en una silla de ruedas, ingresándola. Después de una hora y media de espera, salió la trabajadora social, informándole que le hablaba la doctora desconociendo el nombre de la doctora, pidiéndome que fuera a comprar un medicamento para el dolor de mi esposa, no encontró el medicamento, regresó y le comentó a la trabajadora social, y siguió en espera en la sala y aproximadamente a las 23:15 horas trasladaron a mi esposa al Hospital General de Pachuca. El 18/12/12 aproximadamente a las 07:00 horas me informaron que ya había nacido mi hijo y se encontraba en la incubadora. El día 19/12/12 aproximadamente 12:00 horas, me avisan de que le había dado un derrame cerebral a mi esposa, y por consecuencia tuvo muerte cerebral. El 20/12/12 muere mi esposa.

B).- ANTECEDENTES EN LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE HIDALGO.

No obran en los archivos de ésta Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo; en las Unidades de: Orientación y Quejas, Conciliación, Arbitraje, Gestión Pericial, antecedente alguno de la identidad, ni de otro hecho similar o diferente al actual, de la paciente ---.

C).- DECLARACIONES MINISTERIALES.

No existen dentro del caso.

D).- INFORMES INSTITUCIONALES

17/12/12. Informe médico. Director del Hospital Obstétrico de Pachuca S.S.A. Dr. ---. Síntesis.
 A las 19.00 horas la Sra. --- de 37 años, ingresa por el área de consulta externa solicitando atención médica, acompañada de su esposo, por lo que es llevada por el personal del área de seguridad en silla de ruedas al servicio de urgencias. A las 19:05 horas llega al servicio de urgencias, no pasa al área de triage, es atendida directamente en consulta de urgencias por ginecoobstetra de turno encontrando lo siguiente: Gesta IV, partos III, desconoce fecha de última menstruación, sin control prenatal, no ultrasonidos previos. Refiere haber iniciado hace una hora posterior a ingesta de colesistoquinéticos y picantes, presentando dolor súbito en epigastrio sin irradiaciones, niega datos de vasespasmos, movimientos fetales presentes, no pérdidas transvaginales. Frecuencia cardíaca 60 por minuto, temperatura 35 grados centígrados, tensión arterial 140/90 mm de Hg. Consciente, orientada, con buena coloración de tegumentos, bien hidratada, cuello sin megalias, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio, Chaussier negativo, con fondo uterino a 29 centímetros, situación longitudinal, cérvix posterior, cerrado, miembros inferiores con edema ++, no hiperrreflexia. Diagnósticos: multigesta, embarazo de 34 semanas por clínica, dolor en epigastrio, enfermedad hipertensiva a clasificar, descartar síndrome de Hellp, sin trabajo de parto. Embarazo de alto riesgo. Se solicita ultrasonido de hígado y vías biliares, perfil preclámptico, monitorización de signos vitales, se coloca sonda Foley para control de uresis, inhibidores de bomba de protones antihipertensivos.

Laboratorio: hemoglobina 13, hematocrito 42.3, plaquetas 178 000, TGO 93, DHL 322, creatinina 0.9, ácido úrico 3.1, triglicéridos de 441, colesterol 295, no se recibe EGO para valorar proteinuria. Ultrasonido. Se descarta hematoma subcapsular, vesícula con datos de lodo biliar. Por lo anterior se solicita lipasa para descartar pancreatitis, nuevas enzimas hepáticas y EGO.

A las 22: 20 horas: refiere dolor en epigastrio e hipocondrio derecho posterior a ingesta de colecistoquinéticos, así como cefalea. Tensión arterial 150/90 mm de Hg, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36 grados centígrados. Facies de dolor, abdomen globoso por útero gestante, feto único vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecha, fondo uterino a 23 centímetros, frecuencia cardíaca fetal 156 latidos por minuto, Chaussier negativo, edema ++ no hiperrreflexia. Se inicia manejo como preeclampsia severa. Se impregna con Sulfato de Magnesio, se agrega dosis de mantenimiento y se indica traslado a otro nivel de atención.

22:50 horas. Presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, se maneja con Diazepam, manteniendo vía aérea permeable. Presenta nuevamente crisis convulsivas en número de cuatro,

agregándosele bolo de Sulfato de Magnesio en dosis de dos gramos, sin yugular crisis, por lo que se pide la asistencia del servicio de anestesiología, se intuba. Presión arterial diastólica de 122 mm de Hg, se agrega Hidralazina 10 mg intravenosa, Tiopental y DFH. Posterior a yugular crisis se envía a Hospital General en ambulancia asistida por médico, apoyo ventilatorio con ambú, soluciones parenterales y monitoreo del binomio.

Sin fecha. Hospital General S.S.A. Resumen médico. Muerte materna. Dr. ---; Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Dra. ---; Médico residente. Síntesis. Acude al Hospital Obstétrico de Pachuca el 17/12/12 a las 19 horas por epigastralgia y cifras tensionales de 150/90 mm de Hg a su ingreso, se sospecha síndrome de hellp o hígado graso del embarazo. Con elevación de enzimas hepáticas: TGO 93 TGP 93, DHL 139, CR 0.9, ácido úrico de 3.1, plaquetas 178 000, EGO con proteinuria de 100 mg. Se informa al Hospital General a las 19:30 horas. Se impregnó a la paciente con sulfato de magnesio después de presentar cuatro episodios de crisis convulsivas tónico clónicas en el Hospital Obstétrico, se dio apoyo de vía aérea.

Se realizó enlace telefónico de traslado por la trabajadora social a las 22 horas al servicio de urgencias de ginecología. Llegó la paciente a las 23:55 horas con tensión arterial de 160/100 mm de Hg, sin catéter central, con vía infiltrada, con hematuria franca y mal estado general de la paciente, fondo uterino a 28 cm, frecuencia cardiaca fetal 120 por minuto. Ingresó a quirófano para resolución quirúrgica. Se realizó cesárea, obteniéndose producto femenino que nació a las 0:05 del 18/12/12, Capurro de 35 semanas de gestación, con Apgar de 3-5. Durante la cirugía se encontraron 150 ml de líquido de ascitis, hígado edematizado sin petequias, se realizó ligadura de B Lynch y desarterización uterina por atonía uterina. Ingresó a Terapia Intensiva con apoyo ventilatorio y síndrome hemorragíparo. Fue valorada 18/12/12 a las 23 horas por el servicio de neurocirugía con estudio tomográfico de cráneo encontrando isquemia pontina mesencefálica-tallo hasta región ventro-dorsal, hemorragia parietotemporal e importante edema, ausencia de surcos de la convexidad y compresión de sistema ventricular: datos compatibles con daño cerebral irreversible. El 20/12/12, se suspende sedación y se valoran reflejos de tallo y pruebas de apnea sin respuesta. Se solicita electroencefalograma para confirmar muerte cerebral, sin embargo se deteriora, con ausencia de cifras tensionales, presenta paro cardiaco, el cual se asiste. Se declara defunción a las 12:00 horas del 20/12/12.

E).- RESUMEN CLÍNICO.

Femenino 37 años. Peso 60 kg. Talla 1.50 metros.

Antecedentes heredofamiliares: madre con hipertensión arterial.

Personales no patológicos: originaria de Oaxaca, residente de San Agustín Tlaxiaca, casada, católica, escolaridad primaria completa, ocupación hogar, lugar de origen Oaxaca. Alcoholismo, tabaquismo, alérgicos, traumáticos negados. Transfusión hace 13 años por anemia.

Antecedentes obstétricos: menarca a los 13 años, ciclos 28 x 4, inicia vida sexual activa a los 18 años, una pareja sexual, método de planificación familiar con dispositivo intrauterino con un tiempo de uso de 3 años. Si se ha realizado papanicolao; 3ª clase N1, embarazos 4, partos 3, abortos 0, legrados 0, edad del primer embarazo a los 19 años. Desconoce fecha de última regla. Padecimiento actual: lo inicia con amenorrea secundaria a embarazo, control prenatal en 4 ocasiones en Centro de Salud tratada con ingesta de Ácido Fólico, Hierro, Calcio, amenaza de aborto al tercer mes. Ningún examen prenatal, ningún ultrasonido.

EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DESTACAN LAS SIGUIENTES NOTAS: (*paréntesis con letra cursiva corresponde a comentario propio, solo utilizado en caso necesario*)

17/12/12. 19:20 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Hoja de Triage obstétrico. Sin requisitar.

17/12/12. 19:30. Servicio de Ultrasonido. Hospital Obstétrico. Dr. ---. Médico ecografista.

Cédula profesional 4952469. Síntesis. Hígado ecográficamente normal, vesícula con datos ecográficos en relación a lodo biliar. La paciente no coopera por dolor intenso.

17/12/12. 19:30 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Ultrasonido. Dr. --- ecografista, cédula profesional 4952469. Síntesis. Motivo del estudio: epigastralgia. Estudio solicitado: Ultrasonido de hígado y vía biliar. "la paciente no coopera por dolor intenso". Hígado ecográficamente normal, vesícula con datos ecográficos en relación a lodo biliar.

17/12/12. 19:40 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Nota de valoración inmediata. Dra ---; médico ginecoobstetra. Cédula profesional 5871356. Síntesis. Tensión arterial 140/90 mm de Hg. frecuencia cardiaca 60 por minuto, Gesta IV, partos III, desconoce fecha de última regla, sin control prenatal ni ultrasonidos. Refiere haber iniciado hace una hora posterior a la ingesta de colecistoquinéticos (quesadilla, queso) y picantes, presenta dolor súbito en epigastrio sin

irradiaciones, niega datos de vasoespasmo (cefalea, acúfenos o fosfenos), movimientos fetales presentes, no pérdidas transvaginales. Consciente, orientada con buena coloración de tegumentos, mucosas hidratadas, abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio, Chausier negativo, fondo uterino a 29 centímetros, situación longitudinal, frecuencia cardíaca fetal 150 latidos por minuto, libre, cérvix posterior cerrado, miembros inferiores con edema ++ a+++ , no hiperrreflexia. Diagnósticos: Multigesta, embarazo de 34 semanas por clínica, dolor en epigastrio, enfermedad hipertensiva a clasificar sin trabajo de parto, embarazo de alto riesgo.

17/12/12. Sin hora (agregada o sumada y desfasada a la nota previa con correspondencia a la misma firma) Dra. ---; médico ginecoobstetra. Cédula profesional 5871356 "sic". Paciente por la ingesta colesistoquinéticos, multigesta, considero realizar ultrasonido de hígado y vías biliares, (*ultrasonido reportado a las 19:30, indicación desfasada*) por cifras tensionales perfil preclámptico, inicio soluciones, inhibidor de bomba de protones, monitorizar cifras tensionales, sonda Foley, inicio antihipertensivo, por cifras previas de 150/90 mm de Hg, a descartar síndrome de hellp.

Se reciben paraclínicos con Hb de 13, Ht de 42.3, plaquetas 178.000, con TGO de 93, TGP DE 93, DHL de 322, creatinina de 0.9, ácido urico de 3.1, triglicéridos de 441, colesterol de 295, no cuento con EGO para valorar proteinuria.

USG hígado y vías biliares que descarta hematoma subcapsular y vesícula con datos de lodo biliar (*en la misa nota solicita y emite resultado*) Por lo cual considero realizar amilasa, lipasa para descartar pancreatitis, nuevas enzimas hepáticas y EGO. Revalorar resultados.

17/12/12. Sin hora. Hospital Obstétrico Pachuca. Reporte de ultrasonido. Dra. ---; médico ultrasonografista; 3221346. Síntesis. Producto vivo, presentación cefálica, dorso a la derecha, longitudinal, frecuencia cardíaca fetal 128 /150 latidos por minuto. Edad gestacional 36.4 semanas con fecha probable de parto 10/01/13. Placenta corporal anterior, grado de madurez: Granum II/III, líquido amniótico con índice de Phelan de 4. Comentario: variaciones en la frecuencia cardíaca fetal.

17/12/12. Sin hora. Hospital Obstétrico Pachuca. Hoja de hospitalización. Diagnósticos: embarazo de 34 semanas de gestación, eclampsia, probable síndrome de hellp. (*realizada después de la complicación de la paciente*)

17/12/12. 20: 00 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Historia clínica. Dra. ---; médico general. (*Datos consignados en resumen clínico*).

17/12/12. 20:07. Urgencias.(horario desfasado en relación a nota y a horario de reporte de ultrasonido de hígado y vías biliares. Se sumaron las indicaciones de dos momentos clínicos) Hospital Obstétrico Pachuca. Ginecología. Indicaciones médicas. Dra. ---: ginecóloga. Síntesis. Ayuno, solución Hartmann, omeprazol vía oral, metoclopramida vía oral, alfametildopa 250 mg vía oral cada 8 horas, Metamizol 1 gramo, partograma estricto (*no se llevó a efecto*), sonda nasogástrica, oxígeno por puntas nasales, sonda foley a derivación, perfil preclámptico, amilasa, lipasa, calcio, valoración en Hospital General, (*no se llevó a efecto*)ultrasonido de hígado y vías biliares.

17/12/12. 22:20 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Urgencias. Dra. ---, ginecoobstetra. (médico especialista del turno nocturno) Cedula profesional: 7130448. Síntesis. (*Nota en su mayoría ilegible por copia de mala calidad*). Tensión arterial 150/90 mm de Hg, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36 gados centígrados. Ilegible...siguientes diagnósticos: síndrome de H..ilegible incompleto, preclamsia severa, multigesta añosa, embarazo de 36 semanas....ilegible.... datos de patología severa.....

17/12/12. 20:20 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Indicaciones médicas. Firma (corresponde a la Dra. ---) nombre del médico. Síntesis. EGO, Ranitidina intravenosa, Butilhioscina intravenosa, Ceftriaxona, Ketorolaco, Mascarilla de oxígeno 5 litros por minuto. Ultrasonido obstétrico.

17/12/12. 22:50 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Nota agregada. Dra. ---. (Médico especialista turno nocturno operando en quirófano, que realiza nota e indicaciones a las 20:20 y que atiende a la paciente en este momento) .Síntesis. Se me habla a quirófano (operando paciente con baja reserva fetal. personal médico se encuentra en tococirugía por 4 expulsivos) para informarme que la paciente presenta crisis convulsivas tónico/clónicas generalizadas, por lo que se envía de inmediato a sala de choque, se administra Diazepam, Sulfato de Magnesio. Presenta 4 crisis convulsivas, se administran 2 gramos de Sulfato de magnesio sin yugular las crisis, por lo que se pide asistencia al servicio de anestesiología, se intuba, se administra Hidralazina, DFH y Tiopental. Posterior a yugular crisis convulsivas, se envía a tercer nivel. Se explica la gravedad de la paciente y el riesgo de muerte del binomio al esposo. Paciente con datos de eclampsia, síndrome de Hellp. Al momento de intubación hay dificultad para manejo por no contar con aspirador en sala de urgencias y choque, sin funcionamiento de toma de oxígeno (fue necesario traer oxígeno de quirófano) además de no contar con monitor. Se avisa a la Dirección y administrativos del evento obstétrico ocurrido y se realiza hoja de referencia.

17/12/12. Hospital Obstétrico Pachuca. Hoja de enfermería. Registro de tensión arterial.

Tensión arterial en mm de Hg	Hora
150/90	19:00 horas. *
150/90	20:00 horas.
187/122	22:00 horas
150/110	23:00 horas.

*(aun no se había internado la paciente).

17/12/12. Hospital Obstétrico Pachuca. Registro de tensiones arteriales en notas médicas.

140/90	19:40 horas
150/90	22:20 horas
187/122 240/120 150/110	22:50 horas.
187/122	23:55 horas

17/12/12. (Hora inentendible por letra no clara, manuscrita que corresponde al momento de convulsiones)). Hospital Obstétrico Pachuca. Indicaciones médicas. Firma sin nombre de médico. **Síntesis.** Dexametasona 16 gramos intravenosa, canalizar otra vía 250 ml de glucosada al 5% más 4 gramos de sulfato de magnesio para 20 minutos, solución fisiológica 0.9% más ...ilegible., Diazepam 5 mg dosis única, bolo intravenoso, Hidralazina...ilegible..bolo, Sulfato de magnesio 2 gramos dosis única.

17/12/12. Hora ilegible. Hospital Obstétrico Pachuca. Indicaciones médicas. Anestesiología sin nombre ni firma. Síntesis. Difenilhidantoinato 250 mg intravenoso, Diazepam 5 mg intravenoso, Tiopental intravenoso.

17/12/12. 23:55 horas. Hospital Obstétrico Pachuca. Referencia. Dra. ---. Síntesis. Unidad a la que se refiere, Hospital General de Pachuca Hidalgo. Servicio al que se envía: unidad de tococirugía/urgencias. Tensión arterial 187/122 mm de Hg. Embarazo de 36 semanas ...ilegible...presenta crisis convulsivas tónico/clónicas en número de 4, se realiza impregnación de Sulfato de Magnesio, manejo de vía aérea....ilegible. Impresión diagnóstica: eclampsia, síndrome de hellp, preclamsia severa.

18/12/12. Hospital General S.S.A. Historia clínica gineco-obstétrica. Dra. ---; gineco- obstetra. Dr. ---; residente. MIP ---. Síntesis. Padecimiento actual: inicia el día de hoy por la mañana con cefalea, datos de vasoespasmio, motivo por el cual acude al Hospital Obstétrico donde se detectan cifras tensionales elevadas y es enviada a esta unidad.

18/12/12. Hospital General S.S.A. Consentimientos informados: cesárea, histerectomía, salpingoclasia. Firma de un testigo sin nombre.

18/10/12. 00:00 horas. Hospital General S.S.A. Nota de ingreso y pre-quirúrgica. Dr. ---; gineco-obstetra. Síntesis. Tensión arterial 190/100 mm de Hg, frecuencia cardíaca 88 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 36° C. Multigesta, embarazo de 36 semanas de gestación, eclampsia, síndrome de hellp, STDP, embarazo de alto riesgo, paciente intubada y sedada, pupilas normorreflecticas, mucosa oral subhidratada, campos pulmonares con apoyo ventilatorio mecánico, ruidos cardiacos de buena intensidad, útero grávido con fondo uterino a 29 cm, presentación cefálica, longitudinal con dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal 126 por minuto, sin actividad uterina, al tacto vaginal cérvix posterior..ilegible., sonda Foley a derivación con orina hematurica. Paciente grave con repercusiones en morbilidad perinatal, hipertensa. Se considera urgencia obstétrica por riesgo de nueva crisis convulsiva y daño fetal, se ingresa para resolución vía abdominal del embarazo. Riesgos: hemorragia, sepsis, daño a órganos vecinos, vasos, nervios, histerectomía, muerte....ilegible...

18/12/12. 00:00 horas. Hospital General S.S.A. Nota trans-post-anestésica. Anestesiólogo; ---. Síntesis. Ingres a quirófano proveniente del servicio de urgencias. Riesgo ASA UIBB, con antecedente de haber convulsionado en cinco ocasiones, intubada, inconsciente, sin respuesta a estímulos. Se inicia monitoreo tipo I. A su ingreso a sala: tensión arterial 190/100 mm de Hg, frecuencia cardíaca 100 por minuto, SPO2 97%. Se conecta a circuito de ventilación mecánica: volumen tidal 500 ml frecuencia respiratoria 12 por minuto, relación 1:2, mantenimiento: Isoflurane 1.5, previamente medicada con Fentanyl, Vecuronio. Trans- anestésico: tensión arterial entre 150/100 mm de Hg y 110/60 mm de Hg, frecuencia cardíaca 100 por minuto, SPO2 97%. Terapia hídrica: ingresos 1000 ml Hartmann, Egresos 1500 ml. Termina el acto quirúrgico, se mantiene a la paciente en sala en espera de valoración por terapia intensiva.

18/12/12. 00:30 horas. Hospital General S.S.A. Partograma (desfasado en tiempo, no congruente con el momento de atención médica ni con la clínica). Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca fetal 140 por minuto, tensión arterial 182/122, mm de Hg, pulso 100 por minuto, temperatura 36° C. 36 semanas de amenorrea, consciente, hay edema. Multigesta, eclampsia. Pasa a cesárea.

Indicación, Solicitud, egreso, indicación médica y registro de administración de hemoderivados.									
Hemoderivado	solicitud		Egreso	de	Indicadas	Horario de indicación	Transfundidas	Horario administración	Administración
PF ml/U	200	2	2		2 ahora	10:30 *	2	2 (16)	SI
CR ml/U	10	10	5		10	12:00	10	10 (15)	SI
CP ml/U	60	10	5		10 ahora	13:20		(4:30)	¿?

C.E	NO		1 ahora y 13:20	1	(18:30)	SI
Paquete			cruzar 2 +			
300 ml/P						

18/12/12. 12:30 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Tensión arterial 184/90 mm de Hg, frecuencia cardiaca 65 por minuto, temperatura 35° C. Eclampsia, coagulopatía, probable síndrome de hellp. Neurológicamente se encuentra con sedación a base de benzodiacepinas, pupilas de 2 mm hiporreflecticas, hay ictericia conjuntival, sin datos de focalización o extrapiramidalismo, a valorar por la sedación. Uresis de 4 horas 30 ml, SPO2 97%. Modo ventilatorio: VT 380, PEEP 5, FIO2 50%, frecuencia respiratoria 18 por minuto, sensibilidad 2.0, flujo 40. Movimientos respiratorios acoplados. Catéter subclavio izquierdo con sangrado persistente en el sitio de punción, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin exudativos, ni sibilancias. Herida quirúrgica con sangrado distal persistente cuantificado en 60 ml, sangrado transvaginal 50 ml. Sonda Foley a derivación uresis nula, miembros inferiores con petequias, sin edema, llenado capilar de 2". Presenta trastorno hemorrágico por síndrome de hellp, probablemente coagulopatía con IC de 1.7, trombocitopenia severa, síndrome icterico a determinar BI Y DHL. Anemia normocítica, normocrómica, sin criterio para transfusión de concentrado eritrocitario. *(a las 13:20 horas de indica un concentrado eritrocitario y tipar dos más)* Tendencia a la hipertensión con tensión arterial media de 121 mm de Hg, con alteración del diámetro pupilar a miosis por sedación. Se ha solicitado plasma fresco congelado, crioprecipitados y se inició esteroide, vitamina K. En falla renal aguda, ya manejo con cristaloides. Solicitamos rastreo abdominal para evaluar líquido libre y sangrado intra-abdominal. Vigilancia hemodinámica estrecha. Pronostico reservado.

18/12/12. 13:36 horas. Hospital General de Pachuca. Ultrasonido. ---; médico ultrasonografista, cédula profesional 2357910. Síntesis. Motivo de estudio: coagulopatía con sangrado por herida quirúrgica. Tipo de estudio: rastreo abdominal. Espacio de Morrison con colección líquida de aproximadamente 161 ml, espacio esplenorrectal con colección líquida de aproximadamente 194 ml, corredera parietocólica derecha con colección líquida de aproximadamente 297 ml. Diagnóstico ultrasonográfico: líquido libre en cavidad abdominal.

18/12/12. 14:30 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Tensión arterial 192/110 mm de Hg, frecuencia cardiaca 95 por minuto, temperatura 35° C. PVC de 12. Presenta dilatación pupilar, fondo de ojo con edema de papila importante y disminución de vasos pupilares superiores. Uresis de 6 horas 60 ml. Rastreo de ultrasonido: líquido libre en el espacio de Morrison de 161 ml, en espacio esplenorrectal 194 ml, corredera parietocólica de 223 ml. Se han solicitado derivados hemáticos, plasma fresco congelado, crioprecipitados. Solicitamos estudio tomográfico de cráneo para determinar hemorragia cerebral. Muy grave.

18/12/12. 19:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Estudio tomográfico de cráneo: hemorragia intraparenquimatosa derecha con desplazamiento de línea media y colapso ventricular del mismo lado. Área hipodensa alrededor de la hemorragia. Iniciamos medidas anti-edema, neuromoduladores y se solicita valoración por neurología. Toma de paraclínicos de control para evaluar coagulación intravascular diseminada. Muy grave. Pronostico reservado para la vida y la función.

18/12/12.

18/12/12. 22:10 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---. Síntesis. Tensión arterial 104/70 mm de Hg, frecuencia cardiaca 73 por minuto, temperatura 35° C. PVC de 15. Se mantiene con sedación. Pupilas midriáticas sin respuesta a la luz, sin respuesta al estímulo alérgico, uresis de 12 horas de 110 ml. SPO2 93%. Modo ventilatorio: VT 380, PEEP 8, FIO2 80%, Flujo 40, sensibilidad 2.0, frecuencia respiratoria 25 por minuto. Gasto de herida quirúrgica de 100 ml, sangrado transvaginal 150 ml, por sonda nasogástrica pozos de café de 310 ml. Se ha suspendido NTG y esquema antihipertensivo por hipotensión. Se inicia manitol y medidas anti-edema. Se evaluará uso de vasopresor de continuar hipotensión. Muy grave. Elevada mortalidad.

18/12/12. 23:00 horas. Hospital General S.S.A. Neurocirugía. Dr. ---; médico adscrito de neurocirugía sin firma. Dr. --- sin firma. Síntesis. Con sedación, pupilas fijas sin respuesta a la luz. Se evalúa estudio tomográfico de cráneo encontrando zona de isquemia pontinamesencefálica- tallo, que se extiende hasta la región ventro-dorsal, hemorragia parieto-temporal con importante edema cerebral manifestado por ausencia de surcos de la convexidad. Estos datos son compatibles con daño cerebral irreversible. Se deberá mantener soporte y solicitar EEG una vez suspendida sedación. Pronóstico malo para la vida.

19/12/12. 8:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---, sin firmas. Síntesis. Neurológicamente sin evidencia de actividad, se encuentra sin automatismo respiratorio, sin datos de irritación meníngea, ni datos de respuesta al medio, en soporte ventilatorio, sin datos de respuesta de prueba de apnea. Aminas suspendidas, abdomen sin irritación peritoneal, uresis conservada sin mejoría con débito urinario de 1 ml por hora, sin sris "sic". Paciente con criterio de

muerte cerebral, pendiente de electroencefalograma para determinar actividad cerebral. Se espera deceso en breve.

19/12/12. 8:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Indicaciones médicas. Dr. ---, Dra. ---. Dr. ---. Sin firmas. Síntesis. Soluciones salina, Hartmann, glucosada 5%, Norepinefrina, un concentrado eritrocitario para 3 horas, seis crioprecipitados cada 24 horas, Omeprazol, Tramadol, Ceftriaxona, DFH, Manitol, Dexametasona.

19/12/12. 21:27 horas. Hospital General S.S.A. Ginecología y Obstetricia. Dr... ilegible. Síntesis. Tensión arterial 101/52 mm de Hg, frecuencia cardiaca 89 por minuto, frecuencia respiratoria 25 por minuto, temperatura 35° C. Eclampsia, síndrome de hellp, coagulación intravascular diseminada, daño cerebral irreversible, sin respuesta a estímulos, se reporta sin mejoría, EEG pendiente.

19/12/12. 22:03 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---: médico residente de terapia intensiva. Síntesis. Tensión arterial 101/53 mm de Hg, temperatura 35° C. Eclampsia, EVC hemorrágico, daño cerebral irreversible. Neurológicamente se realiza pruebas farmacológicas para muerte cerebral: se encuentra respuesta con incremento de frecuencia cardiaca de 90 a 130 por minuto. Se incrementan parámetros ventilatorios, saturación de oxígeno al 88%. En anuria. Pronóstico malo y probablemente fatal.

20/12/12. 8:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Dr. ---. Dra. --- sin firmas. Síntesis. Tensión arterial 126/64 mm de Hg, frecuencia cardiaca 104 por minuto, temperatura 36.5° C. PVC de 10. Neurológicamente sin sedación, sin respuesta a estímulo algico, sin reflejos del tallo, pupilas midriáticas sin respuesta a la luz, ausencia de reflejo corneal, palpebral y tusígeno, no datos de focalización ni extrapiramidalismo. Cardiopulmonar con buena entrada y salida de aire. Herida quirúrgica afrontada sin sangrado, peristalsis ausente, miembros inferiores con edema, llenado capilar de 3". Paciente con deterioro orgánico progresivo. En espera de EEG. Pronóstico malo para la vida a corto plazo.

20/12/12. 8:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Indicaciones médicas. Dr. ---. Dra. ---. Dr. ---. Sin firmas. Síntesis. Soluciones salina, Hartmann, Omeprazol, Tramadol, Ceftriaxona, DFH, Dexametasona.

20/12/12. 12:00 horas. Hospital General S.S.A. Terapia Intensiva. Defunción. Dr. ---. Dra. ---. Dr. --- sin firmas. Síntesis. La paciente presenta deterioro, con ausencia de cifras tensionales y parada cardiaca, la cual se asiste. Se declara la defunción a las 12 horas.

20/12/12. Certificado de Defunción. Certificante; ---. Causas de la defunción:
a) hemorragia cerebral derecha, b) coagulación intravascular diseminada, c) síndrome de hellp.

Exámenes de laboratorio.							
QUÍMICA CLÍNICA	17-Dic-2012 19:19:21 19:43 (reimpreso o 23:28)	17-Dic-2012 21:06:50 21:57 (reimpreso 23:29)	18-Dic-2012 06:24:3 9 07:26	18-Dic-1212 12:05:1 6 13:03	19-Dic-2012 04:35:4 0 06:50	20-Dic-2012 06:04:1 1 06:47	Unidad
Glucosa	109	-	217	167	110	140	mg/dL
Urea	30	-	42.8	49.2	62.1	98.4	mg/dL
Nitrógeno	14	-	20	23	29	46	mg/dL
Ureico							
Creatinina	0.9	-	1.4	1.7	2.5	4.5	mg/dL
Ácido Úrico	3.1	-	--	--	--	--	mg/dL
Colesterol	295	-	--	--	--	--	mg/dL
Total							
Triglicéridos	441	-	--	--	--	--	mg/dL
Bilirrubina	0.2	0.2	--	2.5	No hay reactivo	--	mg/dL
Directa					Error		
Bilirrubina	0.1	0.2	--	3.4		--	mg/dL
Indirecta							
Bilirrubina	0.3	0.4	--	5.9	3.7	--	mg/dL
Total							
Transaminasa	93	980	--	2316	1126	--	U/L
Glutámica							
Oxalacética							
(TGO)							
Transaminasa	93	487	--	935	546	--	U/L
Glutámico							
Pirúvica							
(ALT)							

Fosfatasa	383	358	--	173	122.8	--	UI/L
Alcalina							
Deshidrogenas	322	1221	--	3566	3191	--	IU/L
a Láctica							
(DHL)							
Sodio en suero	139.9	-	126	133	131	128	mEq/L
Potasio en	3.29	-	4.3	4.9	4.7	7.6	mEq/L
suero							
Cloro en suero	109.0	-	98	107	104	103	mEq/L
Calcio en		8.6	--	5.9	6.2	--	mg/dL
suero							
Proteínas		100mg/d					
		L					

COAGULACIÓN	17-Dic-2012 19:19:21	18-Dic-2012 06:24:39	18-Dic-2012 12:05:16	19-Dic-2012 04:35:40	20-Dic-2012 06:47:16	Unidad
Tiempo de Protombina	9.5	24.9	28.5 Plasma Hemolizado	15.7	11.8	SEG
% de actividad	116.3	--	--	--	--	%
INR	0.86	2.11	2.17	1.27	0.92	-
Tiempo de Tromboplastina Parcial	23.2	52.4	45.0	31.1	25.7	SEG

HEMATOLOGÍA	17-Dic-2012 19:19:21	18-Dic-2012 06:24:39	20-Dic-2012 06:40:11	Unidad
Fórmula Roja				
Eritrocitos	4.71	3.18	2.66	10^6/uL
Hemoglobina	13.0	8.4	6.8	g/dL
Hematocrito	42.3	27.6	23.9	%
Volumen Globular Medio	89.9	87.1	89.9	fL
Concentración Media de Hb	27.6	30.4	28.4	pg
Conc. Media de HB	30.7	26.4	25.5	gr/dL
Corpuscular				
Indice de Dist. De Eritrocito (RDW-SD)	48.4	52.2	56.4	fL
Indice de Dist. De Eritrocito (RDW-CV)	15.6	17.7	17.9	10^3/m m3
Plaquetas	178	57	62	fL
Volumen Plaquetario Medio	8.4	7.8	8.5	fL
Formula Blanca				
Leucocitos Totales	8.14	7.9	14.1	10^3/μL
Linfocitos Linfocitos #	3.29	10.2	11.5	10^3/μL
Monocitos #	0.67	7.4	8.8	10^3/μL
Esosinófilos #	0.15			10^3/μL
Basófilos #	0.02			10^3/μL
Neutrófilos #	4.01	--	--	10^3/μL

UROANALISIS	17-Dic-2012 21:06:50	Unidad
Examen Físico		
Color	Amarillo	
Aspecto	Turbio	

Densidad	1.020	
pH	6.5	
Examen Químico		
Leucocitos	Negativo	
Glucosa	Negativo	mg/dL
Bilirrubinas	Negativo	mg/dL
Proteínas	100	mg/dL
Urobilinogeno	Normal	U.E/dL
Nitritos	Negativo	
Sedimento en orina		
Leucocitos	20-25	/C
Eritrocitos	0-1	
Cel. Epiteliales	Moderadas	
Bacterias	Abundantes	
Cristales	Uratos amorfos moderados	

GASOMETRÍA	18-Dic-2012 11:38:47	Unidad
	Medidos	
pH	7.41	
pCO2	19	mmHg
pO2	157	mmHg
Na+	130	mmol/L
K+	4.5	mmol/L
Ca++	0.94	mmol/L
Glu	160	mg/dL
Lac	4.7	mmol/L
Htc	<15	%
	Calculados	
Ca++(7.4)	0.94	mmol/L
HCO3-	12.0	mmol/L
HCO3std	16.9	mmol/L
TCO2	12.6	mmol/L
BEecf	-12.6	mmol/L
BE (BE)	-10.4	mmol/L
SO2c	99	%

II.ANALISIS DEL CASO (discusión)

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

- Si la atención médica otorgada a la paciente --- se ajustó a *lex artis*.
- Si el resultado por la atención médica brindada a la paciente --- se debió a *mal praxis*:

En la evaluación pericial del presente expediente se encuentra la siguiente secuencia de hechos relevantes:
Discusión.

- ✓ La atención médica inicial de la paciente se lleva a cabo en el Hospital Obstétrico de Pachuca, que constituye un hospital de segundo nivel especializado en paciente obstétrica, sin embargo no cuenta con la infraestructura para atención de la paciente obstétrica complicada, motivo por el cual se apoya en el Hospital General S.S.A Pachuca Hidalgo.(45)

- ✓ Respecto a control prenatal, no logramos identificar factores de riesgo a excepción de ser multigesta, con edad arriba de los 30 años. La historia clínica refiere cuatro consultas prenatales pero no hay evidencia de las mismas, (no existe seguimiento) por lo tanto sin posibilidad de hacer correcta estratificación de riesgo .(23) (31)(49)(50)
- ✓ Hubo falta de recurso humano, proveedor calificado (médico especialista en ginecología y obstetricia) al arribo de la paciente al Hospital Obstétrico Pachuca (TRIAGE a las 19:20 horas). La paciente establece por primera vez contacto con atención médica (gineco-obstetra) a las 19:40 horas.(expediente clínico) (59)(61)
- ✓ A las 19:40 horas no se detecta la entidad nosológica como una verdadera emergencia obstétrica con la necesidad de atención inmediata y referencia pronta, ya que a pesar de hacer diagnósticos de: multigesta con embarazo de 34 semanas por clínica, dolor en epigastrio, enfermedad hipertensiva a clasificar, embarazo de alto riesgo. Se indica como único antihipertensivo Alfametildopa que no se administra (no hay registro de administración en la hoja de enfermería (2)(3)(29)(34)(35)(36)(39)(63)(66)
- ✓ Hay error en diagnóstico en esta primera atención médica, ya que con el criterio de severidad de dolor abdominal “dolor epigástrico intenso” hipertensión arterial de 140/90 mm de Hg, en multigesta, en un embarazo en el último trimestre, y edad mayor a 30 años, sugería inminencia de preclampsia severa y obligaba a manejo inmediato, estableciendo medidas profilácticas para evitar eclampsia, así como la realización de referencia pronta de la paciente a unidad de apoyo.(2) (1)(3)(4)(5)(28)(29)(33)(39)(47)(48)(51)(52)(53)(54)
- ✓ A las 20:00 horas se realiza historia clínica elaborada por un médico general (personaje que no logramos entender que función y que ubicación tiene en el proceso de atención) y que no logra detectar la emergencia obstétrica como tal (expediente clínico)
- ✓ Se realizó diagnóstico tardío: a las 22: 20 horas (3 horas después de ingreso) se emite como preclampsia severa, con datos de patología severa y se indican: examen general de orina, antibióticos, ultrasonido obstétrico, analgésico. Sin embargo continúa con inoportunidad de la atención médica para el caso en concreto, ya que no se indica manejo de hipertensión arterial ni manejo profiláctico para eclampsia.(8) (53)
- ✓ Existió tratamiento inoportuno (tardío) a las 22:50 horas teniendo como plataforma la falta de recurso humano y material. Este momento corresponde al instante cuando la paciente se complica con eclampsia presentando crisis convulsivas sin haber recurso humano idóneo para su atención inmediata, ya que se tiene la necesidad de desplazar al gineco-obstetra de quirófano (que estaba operando) para atender la urgencia. Es hasta este momento cuando se inicia el manejo establecido para el caso (Hidralazina, Sulfato de Magnesio, Dexametasona, Diazepam, Tiopental,Difenilhidantoinato, apoyo de vía aérea) (11)(12)(14)(16)(17)(21)(24)(27)(41)8)(42)(64) consecuentemente sin respuesta satisfactoria por la inoportunidad y seguimiento incorrecto.
- ✓ Es evidente también la falta de recurso en el servicio de urgencias y “cubículo de choque” al momento de hacer maniobras para brindar apoyo de la vía aérea; ya que se careció de elementos forzados para este fin como son: aspirador y toma de oxígeno, (así también inexistencia de monitor).(57)(58)(59)(59)(60)(62)(65)

- ✓ Existe seguimiento incorrecto de las cifras de tensión arterial, ya que en cuatro horas treinta y cinco minutos solo se registraron cuatro tomas de ella que mostraban la gravedad del caso.
- ✓ La referencia a unidad de apoyo es inoportuna. Se realiza tardíamente tomando en cuenta desde el arribo de la paciente al Hospital Obstétrico (19:20 horas) hasta la hora de realización de esta (23:55 horas) y para entonces ya complicada: con los antecedentes de haber convulsionado en cuatro ocasiones, con tensión arterial de 187/122 mm de Hg, con impresión diagnóstica de eclampsia, con un síndrome de hellp incompleto tomando en cuenta resultados de laboratorio (alterados DHL y transaminasas), daño hepático reflejado en los resultados de laboratorio , y posibilidad de daño neurológico por hemorragia cerebral. (6) (18)(19)(37)(38) (43)
- ✓ Falla en el proceso de referencia: la paciente es enviada al Hospital General S.S.A con los datos de los primeros exámenes de laboratorio, los cuales son interpretados por los servicios de ginecología y obstetricia, anestesiología y terapia intensiva y así también consignados en el resumen médico emitido por dicho hospital. Sin embargo debieron anexarse forzosamente los segundos exámenes tomados y disponibles desde las 21:57 horas y que a pesar de ser reimpresos nuevamente después del momento crítico, no quedan al alcance del personal de salud de la unidad de apoyo y que reflejaban la evolución tan rápida a la gravedad de la paciente. (expediente clínico)
- ✓ La paciente se refiere del Hospital Obstétrico y se recibe en el Hospital General S.S.A sin estar estabilizada, y con complicaciones serias. Egreso del Hospital Obstétrico con tensión arterial de 187/122 mm de Hg, llega al Hospital General S.S.A con tensión arterial de 187/122 mm de Hg. Ingresa de inmediato a quirófano con tensión arterial de 190/100 mm de Hg. (16)(17) (27)(46)
- ✓ No contamos con referente documental de los datos de la paciente y equipamiento durante el traslado. (solo nota que dice ambú y médico)
- ✓ La interrupción del embarazo (cesárea) se realizó precipitadamente, (ingresó directo a quirófano) sin posibilidad de evaluación del impacto a órganos y sistemas, sin estabilización para limitar daños antes de someterla a la agresión anestésico-quirúrgica, lo que posiblemente hubiera mejorado el pronóstico. La nota médica refiere "hipertensa, se considera urgencia obstétrica por riesgo de nueva crisis convulsiva y daño fetal" (15) (26)(46)(51)(8)
- ✓ Se integra tardíamente la intervención del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos ya que interviene al finalizar el acto quirúrgico (a la 1:00 horas) haciendo su valoración de ingreso a ese servicio y tardando posteriormente tres horas en ingresar en físico al mismo (lo que se efectúa a las 4: horas) . Del inicio de la anestesia (23:55 las 3:45 horas existen anotaciones de signos vitales en la hoja de enfermería de quirófano) Se inician actividades en cuidados críticos a las 4:00 horas. Así también las indicaciones del servicio de Terapia Intensiva se dan a las 4:00 horas.
(expediente clínico)
- ✓ Se encontró infracción grave a la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico en ambos hospitales; determinadas como graves ya que afectaron a la paciente.
- ✓ Se encontró falla grave en todos los procesos de atención médica en ambos hospitales y falla grave de recurso humano y material en el Hospital Obstétrico;

determinados como graves en el sentido que afectaron a la paciente.⁽⁶⁷⁾ Por mencionar algunas desconexiones en los procesos:

En el Hospital Obstétrico Pachuca, Hidalgo

- ✓ a) Omisión de hora de registro y lugar de entrada de la paciente al sistema de atención médica.
- ✓ b) Sin proveedor habilitado (médico especialista) en TRIAGE.
- ✓ c) Dos ultrasonidos con omisión de nota, indicación, lugar y personaje que genera la indicación.
- ✓ c) Sin proveedor habilitado para la vigilancia de la paciente
- ✓ d) No hay proveedor habilitado en el momento crítico (convulsiones).
- ✓ e) Sin recurso material en urgencias y cubículo de choque.
- ✓ f) El primer contacto de la paciente con el médico es a las 19:40 y existen registros de administración de medicamentos a las 19 horas, cuando todavía no se ingresaba la paciente.
- ✓ g) Las indicaciones a las 20:07 horas no tienen correspondencia con nota médica. De relacionarse con la nota de 19:40 no existe congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica.
- ✓ h) La hoja de hospitalización se realiza después de la complicación (crisis convulsivas), ya que anotan como diagnósticos de ingreso: eclampsia, síndrome de hellp.
- ✓ i) La solicitud de referencia se realiza hasta las 23:55 "solicitan traslado por eclampsia a este servicio a las 23:55 horas" (anotación médica del Hospital General). Hospital General S.S.A
- ✓ j) A las mismas 23:55 horas, inicia anestesia en el Hospital General y se realiza referencia de la paciente del Hospital Obstétrico al Hospital General.
- ✓ k) Posterior al inicio de cesárea, a las 0:30 horas se realiza partograma haciendo anotaciones de signos vitales y frecuencia cardíaca fetal, considerando en dicho formato que la paciente está consciente, cuando estaba intubada e inconsciente.
- ✓ l) La cirugía termina a las 1:00 horas y la presencia de la paciente en la unidad de cuidados críticos se da hasta las 4:00 horas, habiéndose realizando la valoración por este último servicio a las 1:00 horas.
- ✓ En la Unidad de Cuidados Intensivos: no hay claridad entre las indicaciones médicas y la administración real de medicamentos administrados: por ejemplo en cuanto a hemoderivados, no concuerdan solicitud, indicación médica, administración y egresos del banco de sangre. (cuadros realizados en el resumen médico)
- ✓ Consecuentemente es claro la no supervisión y control de los procesos de atención médica.
- ✓ Si bien es cierto, que cuando se presentan los datos de una preeclampsia ya existe la invasión trofoblástica anormal y daño endotelial, que marcan el camino de la

evolución y resultado imposible de predecir, también es un hecho que en el presente caso no se realizaron las acciones de prevención de complicaciones, diagnósticas y terapéuticas de limitación del daño.^{(22)(23)(55) (20)(25)(32)(34)(41)(42)(44).}

- ✓ Concluyendo: la deficiente atención médica otorgada a la paciente en ambos hospitales es de causa multifactorial en la cual todos los componentes tienen semejante efecto en cuanto al resultado. Dichos factores son: no apego a lex artis, inexistencia de un servicio organizado y sistematizado, no hubo la presencia de equipo multidisciplinario, no hay coordinación como equipo hospitalario y entre ambos hospitales, ausencia de integración, participación activa y vigilancia del personal administrativo en los procesos de atención médica. Así también es relevante e igual de importante la falta de recurso humano y material en el Hospital Obstétrico de Pachuca Hidalgo. Todos estos factores llevaron a la inoportunidad y la mala calidad de la atención brindada a la paciente con las inherentes consecuencias.⁽⁹⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁶⁸⁾

III.- BIBLIOGRAFIA.

La información bibliográfica señala lo siguiente:

La preeclampsia es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal. Se presentan 50,000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México, América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte, siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas. [...]. Se asocia a daño endotelial y por lo tanto puede presentar manifestaciones prácticamente en todos los aparatos y sistemas, y el feto no es la excepción. Se caracteriza por hipoperfusión tisular generalizada relacionada con una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación. Es un síndrome con manifestaciones clínicas y de laboratorio. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia se pueden manifestar como síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin manifestaciones multisistémicas) y/o síndrome fetal consistente en oligohidramnios, restricción en el crecimiento intrauterino y alteraciones de la oxigenación. Además estas manifestaciones se pueden presentar antes de las 37 semanas de gestación, al término del embarazo, en el trabajo de parto o en el puerperio.[...] La preeclampsia-eclampsia es una causa principal de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial, constituyendo una de las primeras causas de muerte materna en nuestro país.⁽¹⁾

Se ha descrito que la estandarización en el manejo de los servicios de salud y la utilización de guías de práctica clínica se asocian a una reducción en el resultado materno perinatal adverso en todas las disciplinas y condiciones médicas y las pacientes con preeclampsia severa no son la excepción.[...]. La vigilancia y el manejo estandarizado de la preeclampsia se asocian con una disminución del riesgo materno. La razón de mortalidad materna RMM ha ido en aumento y del total de las muertes en el mundo, 40% ocurren en unidades hospitalarias, siendo la preeclampsia-eclampsia la segunda causa de muerte (16%), por lo que es fundamental desarrollar e implementar acciones con el propósito de disminuirla.⁽⁵⁷⁾

Preeclampsia: síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial, 140/90 mm de Hg, acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema y dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.

⁽²⁾⁽³⁾

La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo, caracterizado por hipertensión arterial (140/90 mm de Hg) [...] acompañado de proteinuria (mayor de 300 mg en 24 horas) en mujeres embarazadas de más de 20 semanas de gestación) ⁽⁴⁾

[...] La paciente con síndrome de preeclampsia leve se considera como severa si además de la existencia de la hipertensión arterial se detecta uno o más de los siguientes criterios de severidad: proteinuria de 2 gramos o más en orina de 24 horas, creatinina sérica mayor de 1.2 mg/dl, dolor epigástrico y hepatalgia, oliguria menor a 500 ml en 24 horas, disminución de la cuenta plaquetaria menor a igual a $100\,000/\text{mm}^3$, elevación de enzimas hepáticas, trastornos visuales o cefalea.⁽⁵⁾

Se puede desarrollar preeclampsia sobre agregada cuando existen los siguientes criterios: [...] incremento de la actividad sérica de las transaminasas hepáticas ⁽⁶⁾

La evaluación clínica se debe realizar mediante [...] seguimiento de cifras de tensión arterial, curva ponderal, exámenes bioquímicos, biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, examen neurológico, cardiopulmonar, fondo de ojo. ⁽⁷⁾

El tratamiento de la preeclampsia severa incluye los siguientes puntos: medidas generales, manejo de líquidos intravenosos, control de hipertensión arterial severa, prevención de las crisis convulsivas e interrupción oportuna del embarazo. ⁽⁸⁾

El manejo debe de ser multidisciplinario incluyendo al obstetra, perinatólogo, intensivista, el anestesiólogo, y el neonatólogo. [...] Se recomienda el manejo estandarizado de la preeclampsia con guías de práctica clínica.⁽⁹⁾

La presión arterial debe ser tomada cada 15 minutos, hasta que la mujer se estabilice y posteriormente cada 30 minutos. [...] ⁽¹⁰⁾

Existe un consenso general que la hipertensión arterial severa ($> 160/110$ mm de Hg) debe ser tratada para disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas. ⁽⁵⁵⁾

El objetivo del tratamiento es disminuir la presión sistólica < 160 mm de Hg, y la diastólica < 110 mm de Hg. La terapia inicial puede efectuarse con Labetalol, cápsulas de Nifedipina o Hidralazina. Se requiere monitorización cardíaca fetal hasta que la presión arterial se encuentre estable. El Sulfato de Magnesio no se recomienda como un agente antihipertensivo. ⁽¹¹⁾

La Nifedipina y el Sulfato de Magnesio pueden usarse simultáneamente. La Nifedipina administrada vía oral o la Hidralazina intravenosa o el Labetalol en forma intravenosa o vía oral pueden ser usados para el manejo agudo de la hipertensión arterial severa. [...] En la terapia antihipertensiva de mantenimiento puede utilizarse Alfametildopa, Hidralazina, Nifedipina o labetalol. El Sulfato de Magnesio se recomienda como terapia de primera línea en pacientes con preeclampsia severa para la prevención de la eclampsia. Se debe suspender a las 24 horas después del nacimiento y en los casos que requiere continuar debe justificarse. ⁽¹²⁾

El Sulfato de Magnesio es el fármaco de elección para prevenir la eclampsia en pacientes con preeclampsia severa, principalmente si tienen factores de riesgo para eclampsia. ⁽¹⁴⁾

La evaluación obstétrica de la vía de interrupción del embarazo es necesaria en las pacientes con preeclampsia severa. La interrupción del embarazo debe realizarse hasta que la paciente se encuentre hemodinámicamente estable. [...] La vía de resolución del embarazo dependerá de las indicaciones obstétricas no de la pre-eclampsia. ⁽¹⁵⁾

Prevención secundaria. Limitación del daño. Tratamiento de preeclampsia severa en la Unidad de Cuidados Intensivos. [...] La presión arterial debe disminuirse a < 160 mm de Hg la sistólica y < 110 mm de Hg la diastólica. El labetalol ha sido administrado por vía oral para las urgencias hipertensivas con buenos resultados. La Nifedipina en cápsulas y tabletas son adecuadas para el manejo de la hipertensión severa. La terapia antihipertensiva inicial deberá ser Nifedipina cápsulas o Hidralazina intravenosa. [...] No existe evidencia consistente que demuestre disminución o disminución pasajera de la presión arterial después de la administración de bolos de 2-5 gramos IV de MgSO_4 , con o sin infusión simultánea. El MgSO_4 no se recomienda como tratamiento antihipertensivo en la paciente con preeclampsia. [...]. El uso de Nifedipina y MgSO_4 puede hacerse en forma simultánea. [...] En pacientes con preeclampsia severa sin complicaciones la terapia antihipertensiva deberá mantener la presión arterial diastólica entre 105 y 80 mm de Hg. Evitar hipertensión diastólica severa, pero al mismo tiempo evitar cifras diastólicas menores de 80 mm de Hg para evitar comprometer la perfusión uteroplacentaria. En mujeres preclámpicas sin complicaciones la terapia antihipertensiva deberá usarse para mantener presiones sistólicas entre

144-130 y diastólicas entre 108-80 mm de Hg. en pacientes con preeclampsia severa con complicaciones agregadas, el tratamiento antihipertensivo deberá mantener la presión sistólica entre 139-130 mm de Hg y la diastólica entre 90 y 80 mm de Hg, con el fin de mejorar el pronóstico. En preeclámpticas con complicaciones agregadas la terapia antihipertensiva deberá mantener presiones sistólicas entre 155-130 y diastólicas entre 90 y 80 mm de Hg. (16)

La terapia antihipertensiva inicial puede hacerse con Alfametildopa e Hidralazina vía oral. (17)

Las complicaciones maternas de la preeclampsia, incluyen insuficiencia renal aguda, síndrome de hellp (hemólisis, plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas), eclampsia, afección placentaria y fetal. Las complicaciones maternas asociadas a la hipertensión incluyen hemorragia parenquimatosa cerebral, emergencia hipertensiva, edema agudo pulmonar e insuficiencia ventricular izquierda. (18)

Las pacientes con preeclampsia severa y/o manifestaciones multisistémicas deben ser enviadas a tercer nivel. La paciente con preeclampsia leve que presenta cifras de tensión arterial irregulares, con o sin proteinuria y con sintomatología (cefaleas, alteraciones visuales, epigastralgia, hiperrreflexia) alteraciones en las pruebas de laboratorio (aumento de proteinuria a 2 gr litro o más, plaquetopenia menor a 100 000, hemólisis, elevación de enzimas hepáticas) oliguria que nos indiquen progresión de la enfermedad se deberán enviar a tercer nivel de atención en ambulancia.

(19)

Es importante realizar un diagnóstico temprano y evitar la progresión hacia las complicaciones propias de enfermedad. Está bien establecido que mientras más tiempo transcurra entre el inicio de la enfermedad y la resolución del embarazo, mayor es la afección sistémica y con peores resultados perinatales. (20)

La presión arterial diastólica predice mejor los resultados adversos en el embarazo que la presión arterial sistólica.[...] Definir la hipertensión arterial sistólica > 160 mm de Hg, se debe a que incrementa el riesgo de enfermedad vascular cerebral durante el embarazo. (21)

La prevención secundaria, es posible cuando, además de conocer los mecanismos fisiopatológicos, existen medidas de intervención y corrección de estos cambios, y si se dispone de métodos de detección temprana. (22)

En la preeclampsia, los criterios diagnósticos aceptados son la proteinuria y la hipertensión arterial y se ha demostrado que aparecen "semanas o meses" después de la invasión trofoblástica anormal y daño endotelial, que por el momento, marcan el inicio del síndrome, por lo tanto el diagnóstico temprano de preeclampsia, todavía no es posible. (55)

Sin duda, un adecuado control prenatal, es lo más importante en la prevención terciaria. Se debe efectuar un esfuerzo para desarrollar sistemas de atención prenatal, que den un seguimiento más estrecho y ágil a las mujeres con alto riesgo de desarrollar este síndrome (23)

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de la preeclampsia son: gestación múltiple.[...] y edad materna arriba de los 30 años. (33)

La hipertensión peligrosa puede causar hemorragia cerebrovascular, encefalopatía hipertensora y desencadenar convulsiones eclámpticas en mujeres con preeclampsia. (24)

Tratamiento inmediato de las convulsiones. [...] después de una convulsión la paciente queda en estado post-ictal, pero algunas quedan en coma de duración variable. Cuando las convulsiones son infrecuentes la persona casi siempre recupera cierto grado de consciencia después de cada crisis. [...] En los casos graves el coma persiste entre una convulsión y otra y puede llegar a la muerte. En casos raros una sola crisis va seguida de coma y muerte. Sin embargo lo regular es que la muerte no ocurra sino hasta después de convulsiones frecuentes. (25).

A causa de la hipoxemia y la acidemia láctica materna causadas por las convulsiones no es inusual que haya bradicardia fetal después de una convulsión. Por lo general la bradicardia se recupera de 3 a 5 minutos. (26)

Los antihipertensivos más comunes son: Hidralazina, Labetalol y Nifedipina. La Hidralazina se administra por vía intravenosa con dosis inicial de 5 mg, seguida de dosis de 5-10 mg a intervalos

de 15 a 20 minutos hasta obtener una respuesta satisfactoria (American College Of Obstetrician y Ginecologists 2002). [...] La Hidralazina administrada de esta forma es muy efectiva para disminuir la hemorragia cerebral. (27)

Los datos de laboratorio anormales en pruebas de la función renal, hepáticas y hematológicas aumenta la certidumbre de preeclampsia, los síntomas prodrómicos persistentes de eclampsia como cefalea y dolor epigástrico también acentúan la certidumbre. Algunas mujeres tienen preeclampsia atípica con todos los aspectos del síndrome pero sin hipertensión, proteinuria o ambas (Sibai, Stella 200) [...] 10% de las crisis convulsivas de origen eclámpico aparece antes de manifestar una proteinuria manifiesta (28).

Indicadores de gravedad de la preeclampsia: cefalea, trastornos visuales como los escotomas pueden ser síntomas premonitores de eclampsia. El dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho acompaña con frecuencia a la necrosis hepatocelular, la isquemia y el edema que distienden la cápsula de Glisson. Este dolor característico suele acompañarse de concentraciones séricas elevadas de transaminasas hepáticas. La trombocitopenia es característica de la preeclampsia progresiva. (29)

Cuadro 34-2. Pag 708

[..] Incidencia de eclampsia dado que en cierta manera es prevenible con la atención prenatal adecuada. La incidencia de eclampsia ha disminuido con los años. (31)

El riesgo de eclampsia sin profilaxis con sulfato de magnesio era de 1 en 100 o menos entre las personas con preclampsia leve. [...] La profilaxis selectiva solo se administra a mujeres que cumplen los criterios de hipertensión gestacional grave, como se muestra en el cuadro.[...] 40 % con hipertensión no grave que no recibió tratamiento (profilaxis) 27 mujeres presentaron convulsiones (1 de cada 92). (32) cuadro 34.17 pag 744.

La enfermedad hipertensiva continúa siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Es importante detectar a tiempo el inicio de esta patología y tratar o referir oportunamente para poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociada a la misma. (ACOG 2002) (34)

Emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio: estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de que se trate. (35)

Entidades nosológicas que pueden generar emergencia obstetricia derivada de complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio: [...] 3. Preeclampsia severa complicada con: hemorragia cerebral, síndrome de hellp, hematoma o ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, eclampsia. [...] (36)

Preclampsia severa complicada con hemorragia cerebral. Diagnóstico clínico. Las hemorragias intracraneanas durante la gestación pueden presentarse como hemorragia intraparenquimatosa y/o subaracnoidea. Las causas más frecuentes de hemorragia incluyen, aneurismas, malformaciones arteriovenosas, hipertensión crónica, preclampsia-eclampsia, coagulopatías y neoplasias. La incidencia de hemorragia intracerebral, es de aproximadamente es de 1 caso en 10 000 embarazadas. La causa más frecuente de hematoma intrac erebral es la preeclampsia-eclampsia, mientras que la hemorragia subaracnoidea por lo general, es debida a ruptura aneurismática o por malformaciones arteriovenosas. [...] La eclampsia es causa de mortalidad materna, usualmente asociada a hemorragia cerebral. [...] La presencia de crisis convulsivas repetidas en una paciente con eclampsia, se puede relacionar con hemorragia cerebral. [...] La eclampsia se encuentra hasta en un 44% de las hemorragias intracerebrales y se vincula con mal pronóstico. En ocasiones la presunción de eclampsia retrasa el diagnóstico de hemorragia y en consecuencia se agrava el pronóstico. Ante la presencia de alteraciones neurológicas en una mujer embarazada se recomienda investigar datos clínicos de hemorragia cerebral. En toda paciente que cursa con eclampsia se recomienda descartar la presencia de hemorragia cerebral. Las convulsiones y manifestaciones clínicas [...] son datos de daño neurológico, en casos de preeclampsia severa y eclampsia (37)

El diagnóstico de síndrome de hellp se efectúa con los siguientes datos: bilirrubina total > 1.2 mg/dl, transaminasas séricas > 70 U/L, DHL >_ 600 U/L, plaquetas < 100,000 mm³. Cuando solo

dos de los criterios anteriores están presentes se considera síndrome de hellp incompleto. Ambas variantes del síndrome de hellp (completa e incompleta) se asocian a morbilidad materna elevado sobre todo cuando existe disfunción hepática. Las pacientes con síndrome de hellp que tienen más riesgo de morbilidad y mortalidad materna son las que presentan epigastralgia, hipertensión arterial grave, DPPNI, eclampsia, cuenta de plaquetas < a 50 000 mm³, TGO > 150 U/L y creatinina sérica > 1 mg. [...].(38)

En toda paciente que presenta epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho de abdomen se debe descartar hematoma hepático no roto (39)

El Sulfato de Magnesio tiene un doble efecto terapéutico en pacientes con preeclampsia severa: prevenir accidentes maternos graves al presentar niveles elevados de cifras tensionales. Prevenir la presencia o recurrencia de crisis convulsivas. (41)

Una vez hecho el diagnóstico de preeclampsia severa y eclampsia, se deberá iniciar el tratamiento, a fin de evitar la hemorragia cerebral. La hemorragia cerebral, se acompaña de estupor, déficit motor y del sensorio, con datos de focalización y lateralización, así como la presencia de estado de coma profundo con periodos de apnea. El paciente con hemorragia cerebral requiere apoyo vital avanzado, con tratamiento especializado de la vía aérea y estabilización hemodinámica.

Cuadro IX. Recomendaciones para el tratamiento de hipertensión en hemorragia intracerebral espontánea

Condición	Tratamiento
Presión arterial sistólica (TAS) > de 160 mmHg o presión arterial media (PAM) > de 130 mmHg	Reducción aguda con fármacos antihipertensivos cortos, con intervalos cada 5 minutos
TAS < 160 o PAM < 130 mmHg y ausencia o ausencia de elevación de la presión intracraneal (PIC)	Mantener PIC y reducir la presión sanguínea usando fármacos antihipertensivos cortos e intermitentes para mantener la presión arterial < 160 mmHg
TAS < 160 o PAM < 130 mmHg en evidencia de aumento de elevación de la PIC	Reducción inmediata de la presión sanguínea (a PAM de 130 mmHg o menos) para reducir el riesgo de aumento de la PIC

Fuente: WHO/ISHT Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults, 2007. Adapted: Stroke 2007; 18: 2001-2013. Consultado septiembre 2009. Disponible en: <http://www.strokepower.com/StrokePower/StrokePower.htm>

Cuadro X. Medicamentos anticonvulsivos que pueden ser considerados para el control de la hipertensión en pacientes con hemorragia intracerebral

Medicamento	Dosis (Dosis recomendada)	Dosis de infusión continua
Lorazepam	0.1-0.2 mg cada 15 minutos	2mg/10ml (dosis: 200 mg/20)
Levetiracetam	500-1000mg/12h IV	25-500 mg/100ml/12h minuto
Fenitoina	5-10 mg IV cada 30 min	1.5-5 mg/100ml/12h minuto
Valproato	10-20 mg	20-40 mg/100ml/12h minuto

Fuente: WHO/ISHT Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults, 2007. Adapted: Stroke 2007; 18: 2001-2013. Consultado septiembre 2009. Disponible en: <http://www.strokepower.com/StrokePower/StrokePower.htm>

(42)

En todas las unidades médicas, se deberá valorar si tienen los recursos y la infraestructura necesaria para atender las emergencias obstétricas, en caso contrario deberá referir a la paciente. [...] Con el propósito de garantizar la prestación de servicios médicos de urgencias, de acuerdo a la normatividad vigente, se promueven acciones para la atención de emergencias obstétricas mediante la prestación de servicios con calidad y seguridad del paciente. (Secretaría de Salud 2009) (43)

La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. La preclamsia grave exige tratamiento anticonvulsivo, antihipertensor seguido del parto. Los objetivos principales son detener las convulsiones, prevenir la hemorragia intracraneal y el daño grave a otros órganos vitales y lograr el nacimiento de un lactante sano (44)

El periodo de observación y estabilización. Es indispensable que todas las pacientes con preeclampsia grave o eclampsia sean hospitalizadas y sometidas a un periodo de observación y estabilización; antes de tomar las decisiones obstétricas o anestésicas seguras y oportunas para concluir el embarazo. El periodo de estabilización es el tiempo requerido para efectuar las

maniobras médicas necesarias para evaluar la severidad del impacto que ha tenido la preeclampsia en el binomio, lograr el control y estabilización fisiológica de la madre y del feto, mejorar su estado físico, y reducir al mínimo los posibles riesgos de complicaciones asociadas a la preeclampsia, eclampsia, a la cirugía y a la anestesia. La duración de este periodo es variable y depende de innumerables factores. En opinión nuestra y de la mayoría de los autores, el periodo de observación y estabilización debe prolongarse tanto como las condiciones del binomio lo permita, pero nunca ser menor a seis horas. Las acciones médicas del periodo de estabilización de una paciente con preeclampsia grave o eclampsia, deben iniciarse prácticamente desde su ingreso al hospital, idealmente en una unidad de cuidados intensivos [...]

Tabla Objetivos del periodo de estabilización:

1. Control efectivo de las crisis convulsivas: Sulfato de Magnesio. Dosis carga 4 gramos en 250 ml de salina en 20 minutos. Mantenimiento: 1 gramo/hora en infusión.
Estabilización cerebral: Fenitoína (DFH): 250 mg IV cada 8 horas.
Protección cerebral: Dexametasona: dosis inicial 16 mg intravenosa + 8 mg intravenosa cada 8 horas.
2. Control de la hipertensión: Hidralazina: 5-10 mg intravenosa cada 20 minutos hasta un total de 20 mg. Infusión 5-20 mg/hora. Labetalol: 10-20 mg intravenosa cada 10 minutos. Dosis máxima 300 mg
3. Reposición de volumen circulante: cristaloides: solución salina o Lactato de Ringer. Coloides. albúmina 5-25%. Hidroetilalmidón 6%.
4. Evaluación del impacto a órganos y sistemas: BH, TP, TTPa, plaquetas, bilirrubinas, proteínas plasmáticas, EGO, química sanguínea completa. PFH, electrolitos séricos, magnesio plasmático. Tensión arterial, ECG, SpO₂, ETCO₂, gasto urinario, PVC, PCAP si es necesario. Evaluación del estado físico fetal

Tabla Metas del periodo de estabilización

1. Ausencia de crisis convulsivas o coma: sin crisis convulsivas por un mínimo de 6 horas.
2. Control efectivo y consistente de la presión arterial: diastólica: igual o menor de 95 mm de Hg. Media igual o menor de 110 mm de Hg,
3. Presión venosa central. 5-6 cm de agua.
4. Gasto urinario. Mínimo 50 ml por hora, o 1ml/kg/hora.
5. Evaluación y corrección de fallas orgánicas: coagulación, hepática y renal.
6. Feto evaluado y reanimado si es necesario: perfil biofísico fetal mayor de 7/10
7. Acceso vascular garantizado: 2 venoclisis permeables con catéteres calibre 14 y 16
8. Duración mínima de 6 horas.

Hemos podido constatar que no es raro ignorar las características, metas y trascendencia del periodo de estabilización para el desenlace final de los binomios afectados por preeclampsia o eclampsia, y en no pocas ocasiones se toma de decisión precipitada de interrumpir el embarazo por vía abdominal sin esperar el periodo de estabilización, la idea errónea de que es esta forma y la vía más rápida y segura para resolver favorablemente el caso [...] A menos que exista alguna emergencia obstétrica real que ponga en riesgo la vida o la integridad de la madre o el feto (por ejemplo desprendimiento de placenta, placenta previa sangrante, procúbito de cordón...), no se

justifica, bajo ninguna circunstancia, el paso directo de una paciente con preeclampsia o eclampsia de la sala de admisión, la sala de labor, o incluso de la UCI al quirófano para la interrupción del embarazo, sin haberse obtenido las metas establecidas del periodo de estabilización. (46)

Las complicaciones de la preeclampsia pueden ocurrir en ausencia de proteinuria, por ejemplo de las mujeres que desarrollan eclampsia, 20% solo tienen hipertensión ocho días antes de las convulsiones, 10% solo proteinuria y 10% ninguna de las dos. Guía de detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. (47)

El dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náuseas y vómito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia. (48)

A nivel mundial su incidencia se estima en pacientes sin factores de riesgo del 3 al 8% y en pacientes con factores de riesgo del 15 al 20%. En México representa hasta el 34 % de las muertes maternas por lo que constituye la primera causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo. (49)

La mortalidad materna es mayor cuando mayores son la edad y la paridad [...] la tasa de mortalidad fluctúa entre el 1 y 5.5% en adolescentes en contraste con cifras entre el 9 y 20 % en mujeres mayores de 30 años. Estas tasas son de 2 a 3 veces mayores en multiparas que en primíparas. (50)

Se debe hacer hincapié en tratar estas complicaciones ya que la falta de apreciación correcta de la gravedad del cuadro clínico y la tardanza en la hospitalización son factores fundamentales que contribuyen en sus formas severas al aumento de la mortalidad materna. (51)

Los resultados adversos puede ser consecuencia de una atención prenatal inadecuada, de no actuar ante los primeros signos de la enfermedad, de errores en la previsión de la rapidez, de la evolución del padecimiento, de tratamiento incorrecto. (52)

El diagnóstico oportuno y el tratamiento activo de la preeclampsia permitirán evitar las convulsiones eclámpticas en la mayor parte de los casos. (53)

Profilaxis de la eclampsia. La prevención de la eclampsia se efectúa principalmente mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato de la preeclampsia (54)

Con base en que el diagnóstico temprano de preeclampsia es imposible, la importancia de identificar a las mujeres que con mayor probabilidad desarrollaran este síndrome, y las rutas críticas, así como guías de práctica clínica adquieren gran importancia. (56)

Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en: Hospital general; es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. (45)

En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse de acuerdo, a las normas técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo. (61)

Los servicios de urgencias de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo. (62)

Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector. Que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo. (63)

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares. (64) Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares. (64)

Las unidades o servicios de urgencias. Independientes o ligadas a un establecimiento de atención médica hospitalaria, para su funcionamiento deberán cumplir con la normatividad aplicable; en caso contrario, no podrán ostentarse como unidades o servicios de urgencias. (65)

El responsable del servicio de urgencias del establecimiento está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido. (66)

Para que la atención médica se proporcione con calidad, eficiencia y equidad, es necesario que las instituciones de salud de los sectores público y privado cumplan con los requisitos necesarios para el funcionamiento correcto de los servicios, así como se cumplan las características y los perfiles que cada puesto demanda, con énfasis en las capacidades técnicas y se cuente con el conocimiento de los procesos idóneos para otorgar la atención médica. (67)

Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicios de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera. (68)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Atención integral de La Preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención.
- 21,22, 23. 33. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.
- 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34. Williams, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
- 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Detección y Tratamiento Inicial de la Emergencia obstétrica.
- 24 Williams, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw Hill; 2011. p 706-757.
44. Williams, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
45. Artículo 70. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 14/05/1986. Última reforma 04/12/2009
46. Rafael Cruz Rodríguez. Rosalinda Díaz Ramírez. Preeclampsia-eclampsia y anestesia. En: Leonel Canto Sánchez. Anestesia Obstétrica. México. JGH Editores; 2001. p 391-415
47. CENETEC. Guía de Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.
48. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas.
50. Ricardo L. Schwarcz, Carlos A. Duverges. A. Gonzalo Díaz, Ricardo H Fescina. Obstetricia. Ed 5ª ed. México: El Ateneo.
51. ibidem
52. 53, 54. Beisher. Mackay. Colditz. Obstetricia y Neonatología. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000
55. Guía de Práctica Clínica. Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.
56. Ibidem
57. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Atención integral de la Preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención.
57. Artículo 87 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
58. 74 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
59. Artículo 74 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
60. NOM 206 Norma Oficial Mexicana NOM-206. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. D.O.F 15 de septiembre del 2004.
61. Artículo 21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
62. Artículo 87. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.

63. Artículo 74 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
64. Artículo 51. Ley General de Salud. . D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
65. 5.6 Norma Oficial Mexicana NOM-206. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. D.O.F 15 de septiembre del 2004.
66. Artículo 73. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F 07/02/1984. Última reforma 15/01/2013.
67. Norma Oficial Mexicana NOM-206. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. D.O.F 15 de septiembre del 2004.
68. 5.1 Norma Oficial Mexicana NOM-206. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. D.O.F 15 de septiembre del 2004.

Sustrato teórico.

Antes de proceder al abordaje del caso a estudio, esta Comisión estima pertinente hacer algunas precisiones de índole metodológica, para la cabal comprensión del asunto motivo del dictamen y así evitar falsas apreciaciones. El objeto del presente, es el de apreciar elementos periciales acerca del cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente y de ninguna suerte pronunciarse respecto de responsabilidad. (Esto último es atribución de las autoridades).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.- CONCLUSIONES.

- 1) La atención médica otorgada a la paciente [REDACTED] en el Hospital Obstétrico de Pachuca, no se ajustó a lex artis a partir de la falta de diagnóstico correcto y oportuno. Además se encuentran como factores coadyuvantes en esta mala atención: la falta de recurso humano, material y la falla en los procesos de atención médica que generaron en su conjunto inoportunidad con las consecuencias presentadas.
- 2) La atención médica otorgada a la paciente [REDACTED] en el Hospital General S.S.A de Pachuca, Hgo., no se ajustó a lex artis, debido a que no se realizó la limitación del daño de la patología a tratar, y como factor coadyuvante la falla en los procesos de atención.
- 3) Se determina mala praxis en la atención médica brindada a la paciente [REDACTED] en el Hospital Obstétrico Pachuca y en el Hospital General S.S.A por la inoportunidad y mala calidad del servicio médico.

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

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

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

Pachuca Hidalgo; a 23 de agosto 2013.

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE HIDALGO.

[REDACTED]

EVIDENCIAS

- A) Queja iniciada por --- en las oficinas de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (fojas 3-4);
- B) Solicitud de informe dirigida al Director del Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo (foja 7);
- C) Escrito remitido por el doctor --- a manera de informe rendido por duplicado, recepcionado en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (fojas 8-10);
- D) Copias certificadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención brindada en el Hospital Obstétrico, a ---;
- E) Oficio de solicitud de colaboración al titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, para la elaboración de una opinión médica en relación a la atención médica brindada a --- (finada), por personal médico del Hospital Obstétrico de Pachuca de Soto, Hidalgo, notificado en esa Comisión el cuatro de julio de dos mil trece mediante oficio 03069 (foja 47);
- F) Solicitud de copias certificadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención brindada en el Hospital General de Pachuca, a --- (foja 49);
- G) Copia certificada del expediente clínico 339778 respecto de la atención brindada a ---, con motivo de la atención médica recibida en el Hospital General de Pachuca (fojas 50 - 105);
- H) Opinión médica emitida por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo;

VALORACIÓN JURÍDICA

I. Competencia de la CDHEH.- En atención a lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9 bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; esta Comisión es competente para conocer de la queja interpuesta por ---, a favor de --- (finada), luego que de los hechos se advierten violaciones a derechos humanos por parte de personal médico adscrito al Hospital Obstétrico y Hospital General, ambos de esta ciudad; pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, a continuación se enumerarán los derechos violentados, así como los hechos violatorios que se actualizan en el presente caso:

- 1) **Derechos a la Protección a la Salud:** entendido como cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, por parte del personal encargado de brindarlo que afecte a los derechos de cualquier persona.

- 2) **Negligencia Médica:** vista como cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que presta sus servicios en una institución pública y sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico.
- 3) **Inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias del Sector Salud:** la cual no cumple con lo establecido en los Tratados Internacionales suscritos por nuestro país en la materia ni con las Normas Oficiales Mexicanas de Salud: NOM-007-SSA2-1993; NOM-016-SSA3-2012 y NOM-034SSA2-2002.

II.- Marco jurídico.- El derecho aplicable es el siguiente:

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículos 25.1 y 25.2

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

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

Observación General 14 de la Organización de las Naciones Unidas

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

[...]

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. [...] entre los derechos

figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

[...]

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

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing:

Se entiende por salud reproductiva el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales buscar en internet

Artículo 12

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

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

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*

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

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4º

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

El Poder Judicial de la Federación, a través del Juzgado Séptimo de Distrito del Estado de Guerrero, al resolver el Juicio de Amparo 1157/2007-II, sobre el primer caso en que se hizo justiciable en nuestro país el derecho a la salud, en relación con un Centro de Salud que no proporcionaba este servicio público en la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatonoc, Estado de Guerrero, señaló:

“La calidad en el servicio de salud, es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente (dado que no sirve de nada un sistema sanitario que opera en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud, sino a su empeoramiento), sino también de igualdad entre quienes acceden a los servicios de salud y de quienes lo hacen en servicios privados.”

Ley General de Salud

Artículo 2

“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*

- V. *El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*
- VI. *El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud,*
- VII. *El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.*

Artículo 51

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

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Artículo 51 Bis 1

Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Reglamento de la Ley General de Salud

Artículo 21

En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

Artículo 73

El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del

usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

Artículo 74

Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

Artículo 87

Los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.

La Organización Mundial de la Salud, señala que el goce del grado máximo de salud que se pueda otorgar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. También la Declaración Universal de Derechos Humanos hace referencia a la necesidad de cuidados y asistencia especiales durante la maternidad y la infancia.

Derivado del análisis de las disposiciones anteriores, puede advertirse que el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás Instrumentos Internacionales suscritos por nuestro país.

Por lo que es importante recordar que los derechos humanos tienen como límite el derecho del otro, esto significa reconocer que todos los seres humanos gozan igualmente de derechos y dignidad. El respeto a los derechos humanos es básico en la actuación de las y los servidores públicos, quienes deben cumplir adecuadamente con la función que les ha sido encomendada y deben abstenerse de cometer actos u omisiones que causen deficiencia en el servicio que prestan, el cual debe llevar implícitos principios éticos, como:

- ✓ El secreto profesional.
- ✓ El respeto por los derechos de los pacientes.
- ✓ El respeto por el equipo interdisciplinario de salud.
- ✓ Considerar a los familiares de las y los pacientes.

Principios que conjuntamente comprometen a los servidores públicos a brindar la atención y cuidados profesionales a las y los pacientes; estos principios

han sido señalados en diferentes códigos sobre la práctica médica ya que las acciones de atención a la salud que brinda el personal profesional y técnico deben ser sustentados en un marco jurídico científico y humanitario reconocido.

III. Con base en las evidencias recabadas por esta Comisión, se demostró que en el caso particular hubo deficiencia en la atención médica que se le brindó a Q2, tanto en el Hospital Obstétrico como en el Hospital General, ambos de esta ciudad, por personal médico adscrito a dichos nosocomios; existió deficiencia en el manejo oportuno para la valoración médica que debió de haber recibido en primer momento al llegar al Hospital Obstétrico de esta ciudad, de acuerdo a las constancias que obran en el expediente.

Aunado a lo anterior, es claro que respecto a la atención médica brindada en el Hospital Obstétrico a la paciente ---, hubo falta de recurso humano, proveedor calificado, esto quiere decir que no se encontraba médico especialista en ginecología y obstetricia, siendo que pasados cuarenta minutos de su llegada al nosocomio de referencia, la paciente tuvo por primera vez contacto con atención médica (gineco-obstetra), por lo que una vez valorada, no identificaron factores de riesgo a excepción de ser multigesta (varios embarazos), con lo que queda claro que no le dieron prioridad a dicha emergencia, ya que no se detectó la entidad nosológica como una verdadera emergencia.

Por otra parte, en la primera atención médica hubo error en el diagnóstico, ya que derivado de los síntomas que presentaba en ese momento la paciente y a razón de su presión arterial de 140/90mm de Hg, en multigesta, en la etapa de embarazo en la que se encontraba, sugería inminencia de preclamsia severa y obligaba a manejo de inmediato, estableciendo medidas profilácticas para evitar eclampsia, para realizar la referencia pronta de la paciente a unidad de apoyo.

Posteriormente, a las veinte horas, un médico general realiza historia clínica (médico que no tenía nada que ver en dicho proceso de atención), por lo que posteriormente a las veintidós horas con veinte minutos, tres horas después del ingreso de la paciente se emite la preclamsia severa, con datos de patología severa, indicándose estudios generales; sin embargo, continuó con inoportunidad de atención médica, lo que queda claro que en todo momento hubo una mala práctica por parte del personal médico de dicho nosocomio, existiendo tratamiento inoportuno.

Así mismo, cuando el estado de salud de la paciente se complica, con eclampsia presentando crisis convulsivas, es hasta ese momento cuando se inicia el manejo establecido para el caso, consecuentemente sin respuesta satisfactoria por la inoportunidad y seguimiento incorrecto, por lo que también resultó evidente la

falta de recurso en el servicio de urgencias y cubículo de choque al momento de hacer maniobras para brindar apoyo de la vía aérea, existiendo seguimiento incorrecto de las cifras de tensión arterial, ya que en cuatro horas treinta y cinco minutos solo se registraron cuatro tomas de ella que mostraban la gravedad del caso, por lo que resulta ser clara la atención inoportuna a la paciente desde su llegada (19:20 horas) hasta la hora de realización de la paciente (23:55 horas) para entonces ya encontrarse en estado complicado, con antecedentes de haberse convulsionando en cuatro ocasiones, con tensión arterial de 187/122 mm de Hg, con impresión diagnóstica de eclampsia, con síndrome de hellp incompleto tomando en cuenta resultados de laboratorio (alterados DHL y transaminasas), daño hepático reflejado en los resultados de laboratorio, y posibilidad de daño neurológico por hemorragia cerebral.

Por lo anterior, la paciente fue trasladada al Hospital General de esta ciudad, sin embargo, se envió con los primeros exámenes de laboratorio y no anexaron los segundos exámenes tomados y disponibles desde las veintiún horas con cincuenta y siete minutos, por lo que a pesar de ser reimpresos nuevamente después del momento crítico, no quedaron al alcance del personal de salud de la unidad de apoyo y que reflejaban la evolución tan rápida de gravedad de la paciente; fue recibida en dicho nosocomio sin haberla estabilizado y con complicaciones serias, egresada del Hospital Obstétrico con tensión arterial de 187/122 mm de hg, ingresando de manera inmediata a quirófano con tensión arterial de 190/100 mm de hg, realizando la interrupción del embarazo (cesárea) realizándose precipitadamente y sin haber realizado una evaluación del impacto de órganos y sistemas, sin estabilización para limitar daños antes de someterla a la agresión anestésico-quirúrgica, lo que posiblemente hubiera mejorado el pronóstico.

Aunado a lo anterior, queda claro que se integra tardíamente la intervención del servicio de la unidad de cuidados intensivos ya que la cirugía de la paciente termina a la 01:00 horas am y la presencia de la paciente en la unidad de cuidados críticos se da hasta las 04:00 horas, iniciándose las actividades en cuidados críticos, dándose de igual forma las indicaciones del servicio de Terapia Intensiva, encontrándose infracción grave a la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico en ambos hospitales, determinándose como graves ya que afectaron a la paciente.

Por tales motivos, se encontró infracción grave en todos los procesos de atención médica en ambos hospitales y falla grave de recurso humano y material en el Hospital Obstétrico de esta ciudad, determinándose como graves en el sentido que afectaron a la paciente, al grado de que falleció.

De todo lo anterior, en este caso se concluye la deficiente atención médica otorgada a Q2, por parte del Hospital Obstétrico y Hospital General, ambos de esta ciudad, ya que no se apegaron a lex artis, inexistencia de un

servicio organizado y sistematizado, sin haber equipo multidisciplinario, sin coordinación como equipo hospitalario y entre ambos hospitales ausencia de integración, participación activa y vigilancia del personal administrativo en los procesos de atención médica, haciendo hincapié en la falta de recurso humano y material en el Hospital Obstétrico de Pachuca, factores que llevaron a la inoportuna y mala calidad de atención médica brindada a la paciente, causándole la muerte.

Por lo anterior, la actuación de la involucrada no se apegó a la norma oficial mexicana 206 y a los procedimientos en la práctica de gineco-obstetricia". La norma oficial citada refiere:

NORMA OFICIAL MEXICANA 206

5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera.

5.6 Las unidades o servicios de urgencias, independientes o ligadas a un establecimiento de atención médica hospitalaria, para su funcionamiento deberán cumplir con la normatividad aplicable; en caso contrario, no podrán ostentarse como unidades o servicios de urgencias.

IV.- 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** (resaltado no parte de la original) las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley."*

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

*"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 la:

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

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

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

- a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones;
- b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad;
- c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima;
- d) una disculpa pública; y
- e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.

Garantías de no repetición: Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos

como los que originaron la reparación no se repitan. 1 cumplir con la reparación del daño ocasionado a las víctimas por violaciones a los derechos humanos cometidas por parte de sus servidores públicos.”

A lo anterior, se agrega que el **artículo 65 de la Ley General de Víctimas** faculta a este Organismo defensor de derechos humanos para resolver al 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.

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

RECOMIENDA

PRIMERO.- Iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de médicos adscritos al Hospital Obstétrico de esta ciudad que tuvieron participación en la atención brindada a --- (finada) y aplicar a la brevedad posible la sanción disciplinaria a que se hayan hecho acreedores.

SEGUNDO.- Iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de la doctora ---, ginecóloga, y doctor ---, ginecólogo, ambos adscritos al Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, que tuvieron participación en la atención brindada a --- y aplicar a la brevedad posible la sanción disciplinaria a que se hayan hecho acreedores.

TERCERO.- Brindar tratamiento psicológico con grupos de ayuda mutua o mediante psicoterapia orientada cognitiva-conductualmente a ---, hasta que se pueda garantizar su bienestar y se encuentre en óptimas condiciones psicológicas y emocionales.

CUARTO.- Garantizar a ---, la reparación del daño a que se ha hecho acreedor, tomando en cuenta todos y cada uno de los gastos que erogó; de conformidad con lo dispuesto por el artículo 65 de la Ley General de Víctimas, los ordenamientos legales correspondientes y los tratados internacionales en la materia.

QUINTO.- Cumplir en todos los Hospitales Regionales, Generales e Integrales, incluso en Centros de Salud dependientes de esa Secretaría de Salud y

Dirección General de los Servicios de Salud del Estado, lo que establecen las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA1-2012, NOM-206-SSA1-2002.

SEXTO.- Capacitar e instruir a todo el personal directivo, médico, de enfermería y administrativo del Hospital Obstétrico; así como del Hospital General ambos de esta ciudad, además de los Centros de Salud del estado dependientes de la Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado, para que conduzcan su actuar respetando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); la Ley General de Salud; y las Normas Oficiales Mexicanas en su totalidad, poniendo para ello a su disposición a la Secretaría Ejecutiva de esta Comisión.

SÉPTIMO.- Dése vista al agente del Ministerio Público a fin de que se inicie la averiguación previa correspondiente, por los hechos posiblemente constitutivos de delito en agravio de quien en vida llevó el nombre de ---.

Notifíquese al quejoso y a las autoridades, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitio web de la misma.

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

ATENTAMENTE

**RAÚL ARROYO
PRESIDENTE**

AVH