

SÍNTESIS DE RECOMENDACIÓN 07/2016

Recomendación N°	07/2016
Autoridades Responsables	Personal médico y de enfermería del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí
Expediente	2VQU-0051/2014
Fecha de emisión/	14 de abril de 2016
HECHOS	
Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, en relación a la atención médica que derivó en su fallecimiento. El 5 de marzo de 2014 a las 06:00 horas, V1 acudió al Hospital General de Ciudad Valles al presentar dolores inherentes de trabajo de parto, y a las 09:25 horas obtuvo recién nacida sin ninguna complicación, y previa autorización, a las 15:00 horas se le practicó una cirugía como método de anticoncepción. No obstante el 6 de marzo de 2014 V1 fue intervenida de urgencia al presentar complicaciones y el 8 de marzo de ese año se declara su fallecimiento a causa de choque hipovolémico e insuficiencia renal aguda. Q2, madre de V1, manifestó que por estos hechos, presentó denuncia penal en la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, adscrito a la Subprocuraduría Regional de Justicia para Huasteca Norte, sede en Ciudad Valles, San Luis Potosí.	
Derechos Vulnerados	✓ A la protección de la salud y a la vida
OBSERVACIONES	
Con relación a los hechos de queja, Q1 manifestó que el 5 de marzo de 2014, V1, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, donde dio a luz, como método de planificación permanente autorizó la realización de una cirugía denominada salpingoclasia, y al día siguiente, 6 de marzo, se le informó que la víctima fue intervenida de urgencia al presentar estado de choque hipovolémico. Del informe que rindió la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, señaló que V1 fue atendida en ese nosocomio del 5 al 8 de marzo de 2014, que ingresó con motivo de su embarazo absteniéndose producto vivo sin complicaciones, que posteriormente se le realizó la salpingoclasia sin registro de eventualidades y se canalizó a sala de bajo riesgo; sin embargo, el 6 de marzo de 2014, la ginecóloga del turno matutino realizó de urgencia una laparotomía, salpingectomía bilateral que consistió en una extracción o extirpación completa de ambas trompas o salpinges, lavado de cavidad y drenaje de hematoma, quien asentó en nota médica que no encontró registro de la atención recibida	

durante el turno nocturno del 5 de marzo de 2014.

Ahora bien, de las constancias que integraron el expediente clínico de V1, se documentó que en la hoja de registro clínico e intervenciones de enfermería de 5 de marzo de 2014, AR2, enfermera, registró que a las 12:05, 18:00 y 24:00 horas, respectivamente, suministró analgésico a V1, quien a las 21:20 horas inició con sangrado de herida quirúrgica por lo que pasó a sala de labor del Módulo Mater para reparación de herida.

En este orden de ideas, es importante señalar que dos médicos que atendieron a V1 el 6 de marzo de 2014 reportaron que no encontraron registro de notas médicas del turno nocturno anterior, y fue hasta después del registro del deceso de V1, que se agregó al expediente clínico la nota médica de AR1, ginecóloga, en la que señaló que a las 23:35 horas del 5 de marzo, V1 pasó a la sala de expulsión donde realizó reparación de herida quirúrgica ya que encontró sangrado moderado y activo, reportando dehiscencia que abarcó tejido celular sin llegar a cavidad abdominal, que al localizar vaso sangrante realizó hemostasia y concluyó sin complicaciones, por lo que indicó vigilar sangrado y reportar eventualidades, lo que en el caso no ocurrió.

Llaman la atención los informes médicos rendidos por AR2 y AR3 quienes señalaron que a las 22:00 horas del 5 de marzo de 2014, dieron aviso a AR1 que V1 presentaba sangrado en la herida quirúrgica, y después de una hora les indicó pasarla al Módulo Mater para su atención. AR3 señaló que realizó su último recorrido de supervisión a las 04:00 horas y observó que la víctima se encontraba dormida junto a su bebé, sin realizar acciones para documentar si persistió sangrado o que hayan realizado la toma de signos vitales o entrevistado a la víctima.

De la evidencia se advierte que a las 06:10 horas del 6 de marzo de 2014, que V1 se encontró diaforética y se le realizó un ultrasonido; a las 08:20 horas fue valorada por ginecóloga-obstetra quien reportó que la paciente ya se encontraba en choque hipovolémico, y del ultrasonido abdominal se observó líquido abundante en los espacios intrabdominales, por lo que fue intervenida de urgencia, en la que constató hemoperitoneo de aproximadamente 1,200 mililitros y desgarró de salpínge en forma bilateral pequeños, en sitio de sutura, por lo que solicitó el estudio patológico de las salpinges.

De los elementos recabados, se obtuvo que al término de la cirugía, V1 fue reportada en estado grave, con apoyo ventilatorio, ingresó a terapia intensiva con diagnóstico de choque hipovolémico grado IV, hemoperitoneo, coagulación extravascular diseminada (CID) y acidosis metabólica severa secundaria a DX3, realizándole transfusiones sanguíneas, y el 7 de marzo de 2014, presentó sangrado por cavidad oral y en ese momento no se dispuso de plaquetas; al día siguiente presentó síndrome de insuficiencia respiratoria, registrándose su deceso a las 15:08 horas del 8 de marzo de

2014, a causa de coagulación intramuscular diseminada, hígado graso del embarazo u puerperio fisiológico.

De acuerdo con los resultados de la necropsia que se practicó al cuerpo de V1, se observó que la causa del fallecimiento fue choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico; y del estudio histopatológico se obtuvo atonía uterina ovarios y salpinges sin alteraciones, como consta en las diligencias que integran la Causa Penal 1.

Ahora bien, de la opinión médica que sobre el caso emitió un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que la práctica médica aplicada a V1, no fue adecuada, oportuna, completa ni eficaz ya que se realizó un diagnóstico tardío, que si bien la hemorragia posterior a una intervención quirúrgica es una complicación que se puede presentar esporádicamente, se debe tener la capacidad de resolverla en forma oportuna y eficaz para poder revertir las complicaciones, en el caso se detectó estado de choque hasta la mañana del 6 de marzo de 2015, por lo que faltó vigilancia de parte de personal. Que las omisiones, diagnóstico oportuno y manejo eficaz eran previsibles al tener personal capacitado y suficiente.

La opinión médica también señala que después de la Oclusión Tubaria Bilateral que se realizó a V1, no hubo nota de evolución del turno nocturno solamente nota de post-revisión en sala de expulsión con aplicación de puntos hemostáticos. Que las notas de servicio de enfermería no consignan la hora, y hasta el turno matutino se encontró a V1 en estado de choque, sin detectar en el momento indicado. Que cuando es enviada a servicio de terapia intensiva las notas y valoraciones fueron realizadas por médicos internistas y no por médicos intensivistas.

Además de lo anterior, en el dictamen médico de 30 de mayo de 2014, emitido por perito de la Procuraduría General de Justicia del Estado, se concluyó que la causa básica del fallecimiento de V1 fue el desgarro bilateral de la salpinges causado por una deficiente técnica quirúrgica supuesta por carecer de la descripción que la llevó a presentar hemoperitoneo que fue causa del choque hipovolémico grado IV, que dio lugar a la coagulación intravascular diseminada que originó una falla multiorgánica que culminó en la defunción.

En el citado dictamen se señala que V1 fue atendida de parto normal, se le realizó salpingoclasia bilateral, existió ocurrencia de desgarros bilaterales de salpinges, desarrollo de hemoperitoneo, que es la acumulación de sangre por los desgarros dentro de la cavidad abdominal, que hubo una valoración deficiente por AR1, quien la somete a reparación de sangrado en el sitio de herida quirúrgica, además de la desatención del personal que no detectó la aparición paulatina del choque hipovolémico grado IV, que se instaló a lo largo de la noche, pese a que V1 presentaba evolución

tórpida, no se le ofreció la atención quirúrgica adecuada inmediata que era necesaria.

Que existió dilación en la decisión de reintervenirla quirúrgicamente en forma adecuada, ya que era evidente que tenía datos de hipovolemia que no cedió ante el manejo quirúrgico realizado que consistió en la ligadura de un vaso sangrante en el sitio de la herida quirúrgica, presentando además distensión abdominal y deterioro en su estado de salud, se presentaron datos francos de choque hipovolémico que indicaba la urgente necesidad de manejo quirúrgico y el cual evolucionó en forma esperada a una coagulopatía por consumo y finalmente al síndrome de coagulación intravascular diseminada mortal.

En informes posteriores, de 26 de septiembre y 4 de octubre de 2014, que se integraron a la Averiguación Previa 1, personal de servicios periciales realizó precisiones en cuanto al dictamen emitido, en los cuales señaló que de los resultados obtenidos del estudio histopatológico se desprende que el fallecimiento de V1, fue a causa de Atonía Uterina con ectasia venosa, que significa dilatación de conductos venosos, que el útero no involucionó a estado normal y tuvo como consecuencia el sangrado; que era previsible su fallecimiento, ya que las técnicas que debieron aplicar previo al momento en que se detectó que estaba sangrando de la herida quirúrgica fue una laparotomía exploratoria urgente, y al no realizarse trajo como consecuencia el shock hipovolémico grado IV y la muerte de V1.

En otro aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, ya que después de la nota médica realizada a las 18:00 horas del 5 de marzo de 2014, se asentó diversa nota hasta las 08:20 horas del 6 de marzo, y hasta la parte final del expediente clínico obra las notas medicas realizadas el 5 de marzo durante el turno nocturno.

Respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4,5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cal deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció.

RECOMENDACIONES
PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado en favor de los familiares de V1, o de quien acredite tener derecho, la cual incluya el tratamiento psicológico, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento. SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas, y para efecto de que, previos los trámites que establece la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí y su Reglamento, los familiares de V1, que acrediten tener derecho, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y proporcione la información que le solicite la Comisión Ejecutiva de Víctimas y tenga a su alcance. TERCERA. Colabore ampliamente con la Contraloría Interna de Servicios de Salud, a efecto que substancie y concluya Procedimiento Administrativo de responsabilidad con motivo de la vista que realice este Organismo en contra de los servidores públicos que participaron en los hechos, en razón de las consideraciones vertidas en la presente Recomendación, proporcionando para tal efecto las constancias que le sean requeridas. CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, capacitación en materia de Derechos Humanos y protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, sobre el expediente clínico, de los servicios de planificación familiar 30/05/1994 Métodos anticonceptivos, Oclusión Tubaria Bilateral, así como de la Guía de Práctica Clínica 2014. Hemorragia obstétrica en primer, segundo y tercer nivel de atención, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.