



Salud
Secretaría de Salud



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

TEMAS SELECTOS 2025



Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Temas Selectos 2025

Opiniones técnico-médicas sobre muerte materna en el Estado de Hidalgo

Impartido por:
**La Comisión de Arbitraje Médico
del Estado de Hidalgo**

Viernes 17 de enero
de 10:00 a 12:00 horas
(Hora CDMX)

El acceso será en la siguiente liga:
<https://videoconferencia.telmx.com/j/1246622369>
ID de la reunión: 124 662 2369

CAMEH

Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y operativa para emitir recomendaciones, opiniones, acuerdos y laudos.

Antecedentes

La Comisión de Arbitraje Médico es una institución cuyo objetivo es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los prestadores de servicios médicos y los usuarios de éstos, así como la promoción de una buena práctica de la medicina como medio para elevar la calidad de los servicios de atención médica.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo

XXI. Opinión Técnica (O.T.).- Análisis emitido por la CAMEH, a través del cual establecerá apreciaciones y recomendaciones necesarias para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, especialmente en asuntos de interés general. Las opiniones técnicas podrán estar dirigidas a las autoridades, corporaciones médicas, o prestadores del servicio médico y no serán emitidas a petición de parte, ni para resolver cuestiones litigiosas.



**Análisis retrospectivo sobre 36 O.T.
elaboradas de casos
de Muerte Materna (M.M.)
ocurridos en el Estado de Hidalgo**

Muerte Materna

El evento de muerte materna es el resultado final de una serie de factores determinantes que influyen en la mujer durante su etapa reproductiva, está relacionada con:

- ✓ El contexto social.
- ✓ Estado de salud.
- ✓ El acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna.
- ✓ 9 de cada 10 muertes maternas son evitables, aplicando medidas y recomendaciones que han demostrado ser efectivas. OPS

Comorbilidades, factores asociados y omisiones en la atención recurrentes

Antecedentes patológicos



■ Ant. preclampsia severa

■ Hipertensión

■ Epilepsia

■ Cardiopatía

■ Cáncer

■ Esclerodermia

■ Diabetes

■ Sin antecedentes ?

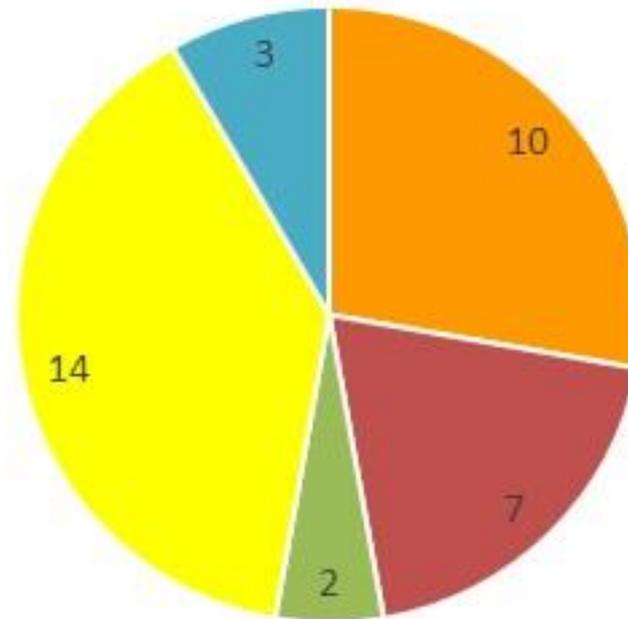
■ IVU

■ Anemia

■ Colecistitis

Nota: Hay pacientes que presentan 2 comorbilidades.

I.M.C.



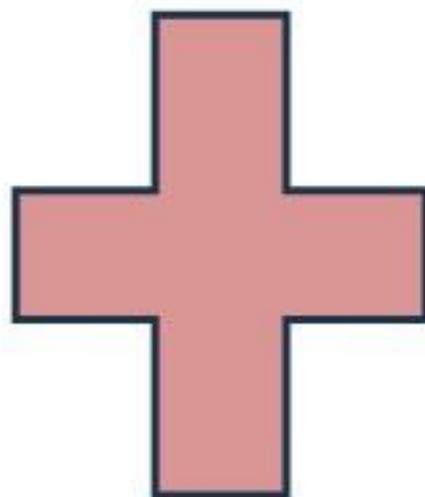
■ Peso normal ■ Sin registro ■ Sobrepeso ■ Obesidad ■ Obesidad morbida



- Colecistitis previa al embarazo: **3**
 - 2** ya con colecistectomía previa
 - 1** fallece por hemorragia obstétrica
 - 1** por HELLP
 - 1** sin tratamiento fallece por HELLP

- Colecistitis desarrollada en el embarazo: **4**
 - solo **1** diagnosticada y operada de colecistectomía durante el embarazo y fallece por falla hepática
 - 3** pacientes desarrollaron pancreatitis en el puerperio
(19%)

12 asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo, de éstas **1** igualmente asociada a SARSCoV2 **(33%)**



9 por choque hemorrágico asociado a hemorragia obstétrica **(25%)**

Factores asociados encontrados:

En relación a las usuarias:

- ✓ Escaso recurso económico.
- ✓ Situación geográfica de su vivienda con difícil acceso a los Servicios de Salud.
- ✓ Renuencia de la usuaria para acudir a recibir atención.
- ✓ Falta de diagnóstico, tratamiento o apego al mismo, de patologías previas.
- ✓ Talla baja y peso alto.
- ✓ Creencias culturales o sociales que les induce a esconder su gestación.

De los prestadores de servicio:

- ✓ Toma de decisiones incorrectas.
- ✓ Abandono de las guardias.
- ✓ No referencia oportuna de pacientes.
- ✓ Copiar y pegar notas como es el caso del control prenatal y no tener cuidado de cambiar fechas, signos vitales o nuevos signos encontrados.
- ✓ Falta de apego o desconocimiento de la normativa (NOM's, GPC, Acuerdos Normativos y Lineamientos Técnicos).
- ✓ Errores al llenado de los certificados de defunción.

De los responsables de los establecimientos

- ✓ Falta de gestión de subrogación de servicios como laboratorio, ambulancia, ultrasonido, etc.
- ✓ Falta de coordinación con otras unidades de mayor resolución para envío de pacientes de manera inmediata.
- ✓ Falta de supervisión de procesos de atención.
- ✓ Inadecuado seguimiento de pacientes críticas.
- ✓ No gestión de recursos humanos idóneos (especialistas) faltantes o suplencias, esto es más evidente en guardias de días festivos.
- ✓ Gestión de referencia a segundo y tercer nivel, oportuna.

Recomendaciones que se han emitido al Comité de Muerte Materna y Contralorías para su replica al personal de los establecimientos involucrados:

- Solicitar el expediente clínico de todos los establecimientos intervinientes en el caso, para poder realizar el análisis con datos objetivos y reales, con la posibilidad de encontrar áreas de oportunidad.
- Poner mayor énfasis en la causalidad y previsibilidad al realizar el dictamen de muerte materna, optimizar la herramienta eslabones cotejando que la atención otorgada sea apegada a normativa, con calidad, seguridad y oportunidad.

- Las herramientas utilizadas en el análisis de la muerte materna: autopsia verbal, dictamen de muerte materna y eslabones críticos debe ser congruentes entre sí, contando con los datos relevantes del caso al elaborar estas herramientas como equipo multidisciplinario.
- Realización de talleres prácticos con presentación de casos clínicos, descenso y supervisión de su aplicación de la NOM Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, por parte de médicos generales y especialistas, enfermeras y pasantes del servicio social.

- Contar con personal e infraestructura aplicable a cada uno de los establecimientos que brindan atención, por ejemplo en un segundo nivel: odontología, terapia intensiva, laboratorios, gasometría, médicos especialistas en todos los turnos anestesiólogos, ginecólogos, medicina interna, cirugía, enfermería.
- Contactar con Dirección del Primer Nivel de atención para solicitar reforzamiento de la búsqueda intencionada de embarazadas en la población cautiva por Unidad de Salud correspondiente, para su adecuado seguimiento y/o referencia oportuna.

- Realizar talleres prácticos, presentación de casos clínicos al respecto del embarazo de alto riesgo para elevar su detección oportuna, mejorar su seguimiento, tratamiento y oportuna referencia.
- Concientizar sobre la importancia de la atención conjunta del paciente al momento de la activación del código y durante toda la atención brindada.
- Resaltar al personal la importancia del formato de solicitud de interconsulta y la responsabilidad ante la negativa de los especialistas solicitados de no acudir a prestar la atención.
- Dar cumplimiento a la elaboración de cartilla prenatal insistiendo a que la paciente la traiga consigo.

- Realizar seguimiento a más de un año de la muerte de estas pacientes; analizar la documental generada en cuanto a propuesta de mejora, acreditar principalmente indicadores de desempeño llevados a efecto y qué impacto han tenido las medidas de mejora (todas estas acciones deben estar documentadas en tiempo y forma).
- Supervisión y control de red de apoyo entre hospitales, realizar cartera de servicio de cada unidad de atención médica y comunicarla a fin de saber de antemano que unidades no pueden brindar atención obstétrica.
- Revisar bibliografía aplicable en casos de puerperio patológico.



Adecuado control de peso, seguimiento por equipo multidisciplinario.



Seguimiento con tiras de uroanálisis y demás pruebas de laboratorio



Correcta aplicación de acciones y simulacros frecuentes por el equipo de respuesta inmediata.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica ERIO

**Triage
Obstétrico**



**Código
Mater**

**Equipo de
Respuesta
Inmediata
Obstétrica**

Seguimiento de la paciente durante los traslados, evitar desconexión del proceso de atención





Procuración de órganos y tejidos

Dx. Muerte encefálica



Conclusiones

- Solo el **19%** de la atención brindada en estos casos estuvo apegada a la lex artis
- **81 %** no hay apego = mal praxis
- Y en el **53 %** de los casos hay responsabilidad o falla institucional

Opinión técnica V.G.C.

- **PROBLEMA PLANTEADO**

Emitir Opinión Técnico Médica Institucional respecto al servicio de atención médica otorgada a la paciente **V.G.C.**

- **Antecedentes del caso:**

Femenino de 30 años de edad, gesta 5 (P3,A1); se realiza cesárea en Clínica Privada (**C.P.**) por cirujano general, procedimiento que se complica con hemorragia obstétrica realizando histerectomía, ligadura de vasos hipogástricos y empaquetamiento, la someten a reintervención para desempaquetamiento 3 días después, presentando paro cardiorrespiratorio durante la cirugía en la misma C.P., es trasladada a Hospital de Segundo Nivel (**H.S.N**) a su ingreso en paro cardiorrespiratorio nuevamente que se revierte, con mala evolución por acidosis metabólica, ligadura de arteria iliaca externa derecha, insuficiencia renal, encefalopatía anoxo isquémica y falla orgánica múltiple, falleciendo a 33 hrs. de su ingreso a este H.S.N.

INTRODUCCIÓN AL CASO

La hemorragia obstétrica es una condición prevenible, representa una de las principales causas de muerte en el mundo; la OMS revela que entre el 25-30% de M.M. se deben a hemorragia obstétrica, tales muertes inician usualmente al relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica múltiple; anualmente ocurren aproximadamente 125.000 M.M. secundarias a hemorragia obstétrica, estas muertes están relacionadas a falta de acceso rápido a la atención hospitalaria, bancos de sangre, antibióticos y al personal médico capacitado.

Es más frecuente que se presente atonía uterina después de una cesárea, por lo que es el tipo de parto que más se asocia a la hemorragia e indicación de histerectomía obstétrica y ligadura de las arterias hipogástricas.

(1)(2)(6)

ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes prenatales no encontramos ninguno de importancia para la patología presentada.

La literatura menciona que es más frecuente que se presente **atonía uterina** después de una cesárea, por lo que es el tipo de parto que más se asocia a la hemorragia e indicación de histerectomía obstétrica y ligadura de las arterias hipogástricas.

(128)

CONTROL PRENATAL

Se desconoce el manejo y el control que se le brindó durante el control prenatal ya que en la documental solo se refiere que fueron 10 consultas en C. S. de otro estado y no contamos con este expediente a la vista.

Es importante mencionar que en la C.P., donde se dio el manejo de la resolución del embarazo se tuvo contacto y atención previa con la paciente ya que se encuentran en la documental dos ultrasonidos con fechas anteriores ambos dirigidos a una médico general que presta servicio en la C.P., con los siguientes datos relevantes:

(4)(5)(20)(21)(22)

1) **20 de mayo:** 33.6 SDG, mencionando producto único vivo, sin evidencia de circular en cuello, placenta de implantación corporal anterior grado II, cistitis moderada, referencia de la paciente con datos de cervicovaginitis, resto normal, “con anotaciones a mano traspolando la edad gestacional y marcando 05 de abril con 26.6 SDG anotando igualmente G:5, A:1 P3”.

2) **11 de junio:** 36.4 SDG, producto único vivo sin evidencia de circular en cuello FPP 05 de julio, placenta de implantación posterior grado II-III, cistitis moderada, datos en relación con cervicovaginitis, pielonefritis bilateral, “con anotaciones a mano de cesárea + OTB”.

Ambos estudios sin reportar ninguna alteración en la anatomía útero-pélvica como podría ser congestión, presencia de varices o alteraciones vasculares en la estructura pélvica, uterina o placentaria (acretismo), ni alteración al producto como la presencia de circular de cordón a cuello; igualmente es de notarse el dato de la implantación placentaria que cambia de un estudio a otro, tampoco se tienen más datos, sin evidencia de atención a los procesos infecciosos reportados.

(7)

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Ingresa a C.P. el día **02 de julio a las 8:50 hrs** con DX. de embarazo de 40.6 SDG, más bradicardia fetal (esto sin demostrarlo con el registro de frecuencia cardiaca durante 10 minutos, sin partograma como lo dice la normativa), inadecuadamente sin confirmación por medio de un registro cardiotocográfico, ya que no existe monitoreo y anotación de este dato (FCF) por parte de enfermería o personal médico desde su ingreso hasta el nacimiento y tampoco se encuentran datos de haber intentado maniobras de reanimación fetal in útero como son: cambio de posición materna, administración de fluidoterapia I.V., oxígeno, etc.

Se interna erróneamente para resolución vía cesárea sin una evaluación del riesgo al que se sometía a la paciente y sobre todo al producto el cual ante ese DX. (bradicardia) se esperaba cursara con patología neonatal y necesidad incluso de reanimación avanzada, ya que no se contó con el personal idóneo para atender la supuesta urgencia como era ginecólogo ni pediatra; y ante un caso que se planteaba como urgencia, se resuelve hasta las 12:00 hrs; es decir, el nacimiento se da 3 hrs después de referir la supuesta bradicardia, tiempo incongruente para una resolución de emergencia (donde la literatura marca de 15 a 30 min) contando con un H.S.N. que por la fecha y el horario (lunes) contaría con todo el personal idóneo para resolverla y que en promedio se encontraba a 19 min de esta clínica (11 kms) perdiendo la oportunidad de realizar el traslado oportuno.

(3)(6)(8)(10)(13)(16)(17)(23)(24)(25)(26)(27)(82)(84)(85)(96)(97)(98)(99)(100)(101)(102)(103)

En este contexto y bajo el dicho del cirujano general que menciona que no se consiguió obstetra para la resolución de urgencia, es operada por este profesional con apoyo de un médico general que también firma como pediatra, sin exámenes de laboratorio preoperatorios, obteniendo producto único vivo a las 12:00 hrs, sin complicaciones aparentes al recién nacido, con registro de datos diversos y hallazgos como son:

- En nota del **cirujano**: Apgar 7/9 con doble circular de cordón a cuello ajustado, varices uterinas grado III, perdida mayor a 3000 ml.
- En nota del **anestesiólogo**: Apgar 8/9 circular de cordón, sangrado de 4500 ml.
- En notas de **médico general** ayudante del cirujano y quien firma como pediatra refiere: 39 SDG, Apgar 10/10 y sangrado de 5000 ml.

Hemorragia obstétrica

En nota de técnica quirúrgica se describe lo siguiente por parte del **cirujano general**: incisión transversa, se identifica **útero varicoso G-III** (sin que la literatura describa lo grados de útero varicoso), se realiza incisión con sangrado profuso inmediato, se obtiene PUVI...alumbramiento espontáneo (en la nota de anestesiología se menciona que fue manual), se realiza histerorrafia con puntos por sangrado de várices internas, se realizan puntos de hemostasia y por friabilidad de vasos sanguíneos, continua sangrado profuso hasta cuello y retroperitoneo, se realiza histerectomía total abdominal secundaria a sangrado y **atonía sostenida** que no responde a medicamento con pérdida mayor de 3000 ml. hemática; se decide pinzar vasos hipogástricos, controlando sangrado y empaquetamiento para evitar mayores pérdidas sanguíneas y se da indicación de hemo trasfudir.

La literatura menciona como riesgo de hemorragia realizar la extracción manual de la placenta en la cesárea; asimismo, refiere a la técnica de ligadura de arterias hipogástricas como procedimiento heroico a realizar **previo** a la histerectomía en el cual se liga de manera permanente la **arteria iliaca interna o hipogástrica** ya que al tener importantes colaterales son muy raras sus complicaciones; mencionando igualmente que la arteria hipogástrica es un vaso de gran calibre responsable de la irrigación de una extensa área en la pelvis, recordando que la aorta abdominal se bifurca a nivel de la 4ta. vértebra lumbar en las arterias iliacas comunes, las que descienden hasta las articulaciones sacroilíacas, donde se bifurcan en arterias iliacas externas y **arterias iliacas internas (hipogástricas)**. La arteria iliaca externa irriga miembros inferiores (**la derecha se ligó o se pinzó erróneamente**).

(6)(8)(13)(15)(16)(17)(18)(19)(28)(29)(40)(41)(42)(43)(54)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(75)(76)(77)(78)(79)(83)(104)(105)(112)(113)(114)(115)(116)(117)(118)(119)(120)(121)(122)(123)(124)(125)(126)(127)(128)(129)(130)(131)

Historia Clínica incongruente que habla de la cesárea ya realizada en los antecedentes y la exploración física como si estuviera embarazada, se desconoce día y hora en que se realizó, está firmada por médica general (la misma que solicito USG), menciona estudios de laboratorio y gabinete pendientes pero no se encontraron la documental ni descritos en las notas posteriores, con errores en los consentimientos sin nombre de procedimiento y requisitos incompletos, nota de **anestesia** con horario de 11:30 am que menciona anestesia sin ninguna complicación, mencionando movimientos voluntarios de la 4 extremidades, a las **16 hrs** se encuentra la última nota de ese día **02 de julio** por parte del cirujano o de otro médico solicitando de manera urgente paquete globular y plasma, lo cual es incongruente con un sangrado transoperatorio de 5,000 ml a las 12 hrs, es la última intervención de ese día.

Solo se encuentra una hoja de indicaciones en esa fecha sin hora, donde el mismo cirujano indica transfundir un paquete globular cada 4 hrs y dos paquetes de plasma uno cada 2 hrs, dos dosis de eritropoyetina 1 cada 12 hrs, Dicynone 1 ampolleta cada 8 hrs, antibióticos, oxígeno, metamizol y ketorolaco, sin acreditar seguimiento aun cuando en **hoja de enfermería** se encuentran registradas tensiones arteriales hasta de **60/30**.

(6)(8)(26)(34)(35)(36)(43)(44)(45)(46)(83)(96)(97)(98)(99)(104)(105)(106)

Al día siguiente **3 de julio** hay nota de supuesto ingreso hospitalario del cirujano, refiriendo por primera vez en el expediente que ingresa por presentar ruptura de membranas de 5 hrs de evolución y detección de bradicardia fetal.

Ese mismo día **03 de julio** nota de **médico internista y médica general hasta las 16:00 hrs**, mencionando choque hipovolémico grado V, con terapia transfusional masiva, con hidratación, sin falla renal, mencionan uresis presente sin realizar balance hídrico, mencionan presión arterial de 90/60 pero en hoja de enfermería de ese momento tiene registro de 80/40, **extremidades inferiores sin datos anormales**, refiere igualmente sin resultados de exámenes preoperatorios y los de control de este día, ya con transfusión de 4 paquetes globulares con Hb. 8.6, Hto. 25,8, plaquetas de 115, resto de resultados normales pero sin interpretar por parte de los médicos, indicando dos paquetes globulares más y diurético, mencionando que amerita un segundo tiempo quirúrgico.

Siendo esta la única nota y valoración acreditada de este día, la cual solo tiene sus indicaciones en ese mismo horario, esto totalmente fuera de contexto ante una paciente grave que ameritaba **tratamiento multidisciplinario** en un establecimiento con capacidad de resolución (segundo o tercer nivel) y equipo multidisciplinario (terapia intensiva, cirujano cardiovascular, hematología etc.) y seguimiento acorde a su gravedad, por lo menos en cada turno.

(8)(23)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(39)(46)(67)(68)(69)(106)(107)

24 hrs posterior a la valoración anterior el **día 04 de julio** hay nota de **médico internista y médica general hasta las 16:00 hrs** los mismos del día anterior, mencionando choque hipovolémico grado V remitido con terapia transfusional, estable, mencionan uresis presente sin mencionar parámetros, ni realizar cálculos, sin descontrol metabólico (**nunca se realizó gasometría en esta clínica**), no se dio seguimiento adecuado, resto sin datos que descartar solo la mención nuevamente de extremidades inferiores sin datos anormales, lo cual nos sugiere la falta de exploración ya **que dos horas más tarde el cirujano en su única nota de ese día a las 18 hrs** menciona los datos de la posible iatrogenia producida durante el acto quirúrgico: miembro pélvico derecho sin sensibilidad, de 48 hrs de evolución ni función motora, y es hasta este momento que menciona que **se reporta grave a los familiares** y que se insiste en su traslado.

Explicándoles complicación y riesgo de mortalidad, y refiere que los familiares no aceptan, en el total equívoco de continuar el tratamiento a una paciente con estas condiciones, sin contar con personal idóneo y recursos necesarios, justificando erróneamente la falta de traslado por negativa y omitiendo el aviso al ministerio público ya que ante esta situación, de haber explicado claramente la condición de la paciente desde su salida de la cirugía y si había realmente la negativa de ellos (no hay nota firmada de la negativa), se advierte posible violencia intrafamiliar al negarle sus familiares el derecho a la salud y la vida de la **paciente ya que se perdió la única oportunidad de rescate de esta paciente al negarle una atención especializada** de calidad idónea en un hospital resolutivo desde su salida de la primer cirugía (02 de julio 16:30 hrs).

(8)(23)(30)(31)(32)(33)(34)(43)(44)(45)(46)(47)(48)(49)(50)(51)(52)(53)(82)(84)(85)(106)(107)(129)(130)(131)(132)(133)

Equivocadamente programa para cirugía al día siguiente **05 de julio** mencionando que sería previa realización de estudios y valoración preoperatoria (los cuales no están en el expediente) para desempaquetamiento de vasos hipogástricos y lavado quirúrgico abdominal nuevamente sin personal especializado ya que al entrar a quirófano por segunda ocasión, la opera el mismo cirujano general y el mismo médico general que realizaron la cesárea (en la nota de técnica quirúrgica y la de anestesia se menciona como otro ayudante a otro medico con nombre ilegible sin que haya firmado nada, desconociendo su especialidad).

A las **10:20 hrs** en una nota de cirugía solo menciona que se insiste en traslado; en hoja de anestesiología se anotan datos de ASA 4 al ingreso y a la salida de quirófano, con Aldrete de 3, neurológico no valorable, intubada en choque hemorrágico grado IV.

Postparo cardiaco revertido con catecolaminas y maniobras externas más desfibrilación; una de las notas de técnica quirúrgica menciona como cirugía proyectada desempaquetamiento de venas hipogástricas y ligadura, en la descripción refiere identificar aorta abdominal la diseca con sangrado de vasos y reparando pared de vena, sangrado de 2000 ml, se presenta paro, se revierte y sale paciente estable; en otra nota escribe cosas diferentes como ligadura transitoria de aorta abdominal, sangrado de 3000 ml, despinzamiento de vasos hipogástricos sin complicaciones, ya no refiere el paro solo que se activa código rojo y se envía a H.S.N.

(6)(30)(31)(32)(33)(34)(46)(48)(84)(96)(99)(106)

TRASLADO E INGRESO A H.S.N.

Es hasta las **13:05 hrs del 5 de julio**, como se menciona en nota de urgencias que ingresa en paro cardiorrespiratorio, trasladada en ambulancia privada y acompañada por el anesthesiólogo que entró a la cirugía de desempaquetamiento en la C.P., con la paciente ya intubada con apoyo aminérgico, les refirió paro cardiorrespiratorio transoperatorio revertido a los 25 min y aplicación de 3 concentrados de eritrocitos y un plasma fresco con sangrado 4000 ml; al llegar al H.S.N. nuevamente en paro y requiriendo 2 minutos de compresiones torácicas externas y mencionando en todas las notas que no hubo comunicación previa al hospital, llegó sin expediente o nota de envío, se menciona paciente ya con datos de **encefalopatía anoxo-isquémica**. Ante esto mencionamos traslado sin apego a normativa e inoportuno.

(6)(62)(63)(83)(85)(108)(109)(110)(111)

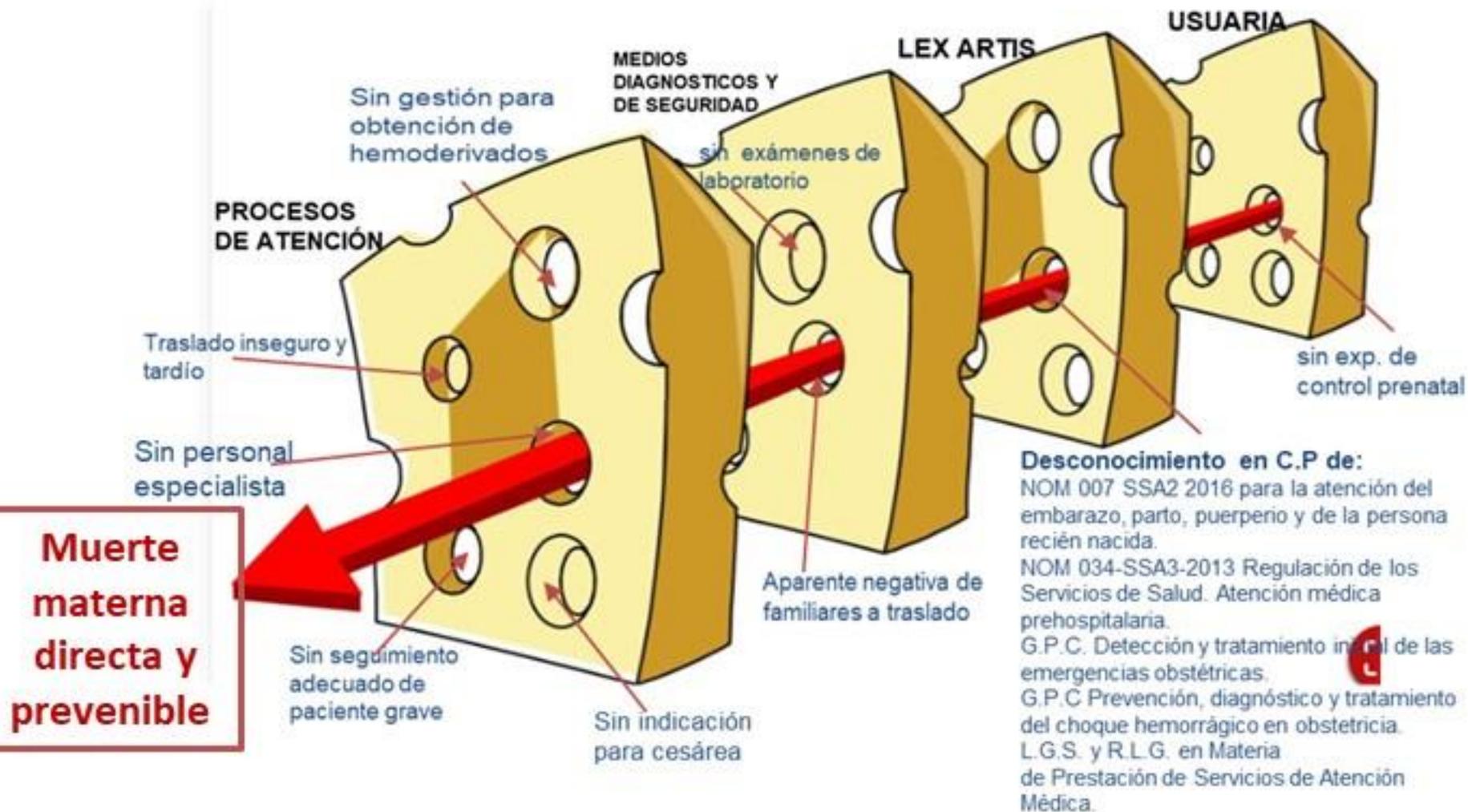
Adecuadamente desde el ingreso al H.S.N. con activación de Código Mater, se integra el equipo multidisciplinario para su atención en el área de choque: ginecología descarta que requiera reintervención, urgencias y terapia intensiva reanimándola mencionado datos de gravedad y del posible deceso al corto plazo; por afectación neurológica y el desequilibrio metabólico (acidosis) que presentaba; se decide continuar su manejo en área de choque ya que no hay espacio físico en UCIA, se menciona que se buscaría su traslado a tercer nivel por sus condiciones y sospecha de la ligadura de arteria iliaca externa derecha, por la noche terapia intensiva agrega DX. de choque mixto refractario ya con datos de hipoperfusión tisular y estar en oliguria, se sigue buscando su traslado; al día siguiente **6 de julio** se suma cirugía vascular quien menciona insuficiencia arterial del miembro pélvico derecho, ya con cambios isquémicos irreversibles sin indicación para su revascularización por los riesgos.

Se contempla manejo radical alto (amputación del miembro) en cuanto las condiciones de la paciente mejoren, se realiza USG Doppler arterial de miembro pélvico derecho, el cual **arroja presencia de arteria hipogástrica derecha con flujo trifásico y la arteria iliaca externa con ausencia de flujo.**

(39)(46)(63)(64)(65)(66)(67)(68)(69)(70)(71)(72)(73)(74)(77)(78)(80)(81)(82)(83)(85)(86)(87)(88)(89)(90)(91)(92)(93)(94)(95)(96)(97)(98)(99)

Al siguiente día de ingreso con datos de coagulopatía, anuria, falla orgánica múltiple y sospecha de muerte cerebral secundaria al paro cardiaco y evolución tórpida, la paciente fallece aun con el manejo multidisciplinario que se le brindó en el H.S.N. el día **07 de julio** a las 8:10 hrs.

(18)(19)(96)(97)(98)(99)



CONCLUSIONES: **Muerte materna directa y prevenible**

C.P. encontramos **no apego a lex artis** por haber operado de cesaria a una paciente sin evidente justificación, sin recursos de infraestructura ni personal idóneo y al salir de ésta con las complicaciones descritas, perdiendo la oportunidad de rescate de la paciente.

H.S.N. encontramos **apego a lex artis** por la correcta integración del equipo de respuesta al Código Mater por parte del personal de medicina critica, medicina de urgencias, obstetricia y cirugía vascular, solo observamos la falta de médico de terapia intensiva y cirugía vascular en el turno vespertino esto sin que haya incidido en el caso ya que la atención desde su ingreso hasta su egreso por defunción, fue adecuada.

Recomendaciones

Servicio médico privado:

Descender la presente opinión a todos los involucrados.

Capturar en censo a los prestadores de servicio privado, mantener comunicación y redes de apoyo para descender capacitación.

Coordinar con COPRISEH y COFEPRIS visitas de verificación de instalaciones en concordancia con su personal y servicios ofertados: infraestructura, recurso y procesos, con la finalidad de realizar plan de mejora tomando en cuenta todos los puntos críticos, convenios para la pronta obtención de hemoderivados, revisar perfil de personal médico si se oferta servicio quirúrgico-obstétrico contar con médico ginecoobstetra y pediatra, administrativo responsable en todos los turnos en el sentido de contar con personal que tenga la capacidad de hacer gestión, y ser resolutivos.

Avisar al ministerio público en casos de negativa u omisión de los familiares al retrasar la oportuna referencia para atención de la paciente en un nivel resolutivo.

Hospital General:

Contar con personal especializado en terapia intensiva en todos los turnos.

Resultado del análisis de eslabones críticos determinó:

- a. Sin fundamento en indicación de cesárea.
- b. Traslado inoportuno.

Recomendaciones al caso, por parte del Comité que analizó el caso:

- 1.- Seguimiento de acuerdos establecidos a nivel jurisdiccional en primer nivel de atención.
- 2.- Concluir proceso de contratación de médico intensivista para turno vespertino en segundo nivel.
- 3.- CETS: pone a disposición el teléfono para trámite de liberación de componentes sanguíneos.
- 4.- Proporcionar a través de la Asociación de Hospitales Privados, los requisitos para liberación de componentes sanguíneos.
- 5- Se solicita a primer nivel envío de autopsia verbal, realizada en otro estado.

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE HIDALGO

Con gusto te atendemos:

Dr. César Luque Gómez
Dr. Alfredo Hernández Olivares
M. en D. Carlos Raúl Terveen Becerra
Dra. Martha Cristina García Curiel
Mtra. Ma. Margarita Camacho Arteaga

comisionado@cameh.gob.mx
alfredo.hernandez@hidalgo.gob.mx
carlos.terveen@hidalgo.gob.mx
cristinagarcia@hidalgo.gob.mx
margarita@cameh.gob.mx

GRACIAS