

CASO CONAMED

CONAMED Case

Síntesis de la Queja.

Los familiares de la paciente presentaron inconformidad en contra del personal médico del hospital, pues le efectuaron operación cesárea, posteriormente se informó que había sido reintervenida, encontrándose grave por choque hipovolémico como consecuencia de histerectomía y esplenectomía, falleciendo horas después.

Resumen clínico.

20 de julio de 2005, 9:00 horas, nota de Gineco-obstetricia: Femenino de 35 años de edad, Gesta III Cesárea II; embarazo de 38 semanas de gestación, paridad satisfecha. Refiere movimientos fetales, no pérdidas transvaginales, afebril, sin datos de vasoespasmo. Presión arterial 110/80, peso 70.500 Kg; consciente, orientada, tranquila, sin compromiso abdominal. Frecuencia cardiaca fetal 144 por minuto, reactivo a estímulos externos, sin actividad uterina. Tacto vaginal: cérvix posterior, reblandecido, dehisciente en todo su trayecto. Extremidades sin alteraciones. Se programa cesárea y salpingoclasia bilateral para el 21 de julio de 2005. Cuenta con laboratorio y ultrasonido que corresponden a edad gestacional. Se dan indicaciones ante la aparición de datos de alarma; cita abierta a urgencias.

21 de julio, 9:15 horas, nota preanestésica: Niega alérgicos, transfusionales y toxicomanías; hemoglobina 11.7, hematocrito 36, plaquetas 195,000, tiempo de protrombina 9.75, tiempo parcial de tromboplastina 28.3, glucosa 73, creatinina 0.6, urea 23. Exploración física: consciente, orientada, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante; extremidades con tono y fuerza conservados. ASA.- EIIIB. Ayuno, solución Hartmann 1,000 cc., para vena permeable, medicar en sala, contar con paquete globular.

21 de julio, 9:30 horas, nota de ingreso a Unidad Tocoquirúrgica: Presión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 78 por minuto, temperatura 36° C., frecuencia respiratoria 20. Asintomática, movimientos fetales perceptibles; cardiopulmonar sin compromiso, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto; tacto vaginal salida de tapón mucoso.

21 de julio, hoja de operaciones: Diagnóstico preoperatorio.- Embarazo de 38.1 semanas, cesárea iterativa, paridad satisfecha. Operación proyectada.- Cesárea tipo Kerr.

Operación realizada.- Cesárea y oclusión tubaria bilateral. Descripción.- Previo bloqueo peridural, antisepsia y colocación de campos estériles, se reseca piel con cicatriz previa; se diseca por planos; se localiza fondo uterino; se coloca valva suprapúbica; se realiza histerotomía, se calza producto, se liga y corta cordón umbilical; se entrega a pediatra llorando y respirando espontáneamente, peso 3,415, talla 49 cm., Apgar 9/9, Silverman 00, Capurro 38 semanas de gestación. Se toma borde uterino, se extrae placenta completa de inserción baja, por ello se localiza sangrado en capa en la región cervical, se realiza hemostasia con buena involución uterina. Se sutura por planos, se verifica hemostasia, se toma salpinge derecha se liga y corta, se realiza mismo procedimiento en salpinge contralateral. Se sutura por planos. Se da por terminado el procedimiento sin accidentes o incidentes, sangrado 1,000 cc.

21 de julio, 10:45 horas, nota postquirúrgica: Operación realizada: cesárea más oclusión tubaria bilateral Pomeroy. Diagnóstico postoperatorio: puerperio quirúrgico inmediato más oclusión tubaria bilateral. Sangrado aproximado 1,000 cc., pasa a recuperación con signos vitales en parámetros normales.

21 de julio, nota postanestésica: Monitoreo tipo I; procedimientos anestésicos: bloqueo peridural, bloqueo motor (++) , simpático (+++) y sensitivo (+++). Mantenimiento: oxígeno al 100% 3 litros/minuto; Efedrina 15 mg, Oxitocina 20 unidades intravenosas y Fentanyl 100 mcgr. Trananestésico: se mantiene hemodinámicamente estable, después del sangrado con tendencia a hipotensión, presión arterial 110/60, frecuencia cardiaca promedio 80 por minuto y saturación parcial de oxígeno de 97%. Sangrado aproximado 1,000 ml., diuresis 50 ml., balance negativo (-210 ml.) Reposición de sangrado. Termina acto quirúrgico sin incidentes, ni accidentes. Se retira catéter peridural íntegro. Pasa a recuperación con presión final 115/80, frecuencia cardiaca final 70 por minuto y Aldrete 8.

21 de julio, 11:30 horas, indicaciones médicas: Dieta líquida posterior a 8 horas; solución glucosada al 5% 1000 cc. más 20 unidades de oxitocina para 6 horas, solución mixta 1000 ml, más 20 unidades de Oxitocina para 6 horas, solución glucosada al 5% 1000 cc. para 8 horas. Metamizol ampolleta intramuscular cada 8 horas, Diclofenaco ampolleta intravenosa cada 12 horas, medidas generales, vigilar sangrado transvaginal e involución uterina. Pasa a

recuperación; hielo local en región quirúrgica; vendaje abdominal. 13:30 horas: Mismas indicaciones, sube quinto piso. 13:35 horas: Haemacel carga rápida. 13:45 horas: Ergonovina ampolleta intramuscular.

21 de julio, Enfermería 11:45 horas: Se recibe paciente procedente de quirófano, bajo efectos anestésicos con discreta palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas; apósito y vendaje compresivo. 13:30 horas, presenta náusea sin llegar a vómito. 13:40 presión arterial 80/40; 14:20 horas, presión arterial 90/40; 14:30 horas, se entrega al segundo turno, hipotensa con palidez de tegumentos, sangrado vaginal moderado, se mantiene con hielo local en herida quirúrgica. Presenta diaforesis. 14:35 horas, distensión abdominal.

21 de julio, 13:00 horas, nota de evolución y pase a piso: Puerperio quirúrgico inmediato, asintomática, uresis presente, escasa salida de loquios hemáticos. Consciente, tranquila, orientada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero en condiciones de contractilidad adecuadas, herida quirúrgica de bordes bien afrontados. Salida escasa de loquios. Laboratorio: Hemoglobina 7.4, hematocrito 23.5, leucocitos 8,600; plaquetas 138,000.

21 de julio, hoja de operaciones: Diagnóstico preoperatorio.- Postquirúrgico inmediato, abdomen agudo, choque hipovolémico. Operación proyectada.- Laparotomía exploradora. Diagnóstico postoperatorio.- Histerectomía total abdominal, salpingo-forectomía bilateral, esplenectomía. Presión arterial 80/50, se realiza asepsia abdominal y bajo anestesia general se retiran puntos de piel, se incide hasta cavidad encontrando salpinge derecha con sangrado activo importante, se realiza salpingo oforectomía derecha, se revisa salpinge contralateral encontrando fimbria, sangrado activo importante, se realiza fimbrectomía, se revisa histerorrafia sin sangrado activo, sin embargo existe sangrado persistente, se revisa bazo y área hepática, la paciente persiste hipotensa. Hipotonía uterina a pesar de oxitócico, se aplica ergonovínico, no revierte atonía, se decide histerectomía total abdominal, la cual se realiza sin complicaciones aparentes. Se colocan compresas aislantes, se pinzan y cortan ligamentos redondos con seda, posteriormente se disecciona peritoneo vésico-uterino anterior y posterior, se pinzan y cortan infundíbulo pélvicos ambos lados, también se ligan útero-sacros, se retira pieza quirúrgica. Se peritoniza dejando Penrose hacia vagina. El Servicio de Cirugía se incorpora al equipo, pues a pesar de histerectomía la paciente persiste con sangrado activo, revisando hígado y bazo, encontrando lesión esplénica en lóbulos superiores del mismo con sangrado activo, se realiza esplenectomía, así como ligadura de vasos cortos gástricos, se corrobora hemostasia sin sangrado activo, se da por terminado el evento quirúrgico con sangrado aproximado 4,200; presión arterial 120/80, egresa paciente intubada, directo a Cuidados Intensivos.

21 de julio, 18:30 horas, nota postanestésica: Postoperada de histerectomía total abdominal más esplenectomía. Monitoreo tipo I, cardioscopio continuo. Anestesia general balanceada. Ingresó a quirófano de urgencia, deshidratada, tegumentos y conjuntivas pálidas (+++); disneica, taquicárdica, diaforética; presión arterial 90/50, frecuencia cardíaca 80 por minuto, canalizada, con sonda Foley a derivación. Campos pulmonares con entrada y salida de aire, sin fenómenos exudativos presentes; ruidos cardíacos rítmicos, de baja intensidad; abdomen con datos de irritación peritoneal; sangrado transvaginal. Se realiza intubación al primer intento, atraumática, verificación de campos pulmonares, ventilados; conexión a circuito de anestesia, sin incidentes, ni accidentes. Mantenimiento: oxígeno al 100%, 3l/min, Sevoflurane a diferentes volúmenes (2.5, 2.0, 1.5), Fentanyl 600 mcgr intravenosos, Vecuronio 7 mg. Otros medicamentos: Gluconato de calcio 2 gr. intravenosos; Metilprednisolona 2 gr. intravenosos, Oxitocina 20 unidades intravenosas, Ergonovina una ampolleta intravenosa, ranitidina 50 mg. intravenosos, Metoclopramida 10 mg. intravenosos; cristaloides: Hartmann 2,500 ml., Solución salina 1,600 ml, Solución mixta 1,200 ml.; Haemacel 1,500 ml., Paqueta globular 1,750 y Plasma fresco 850 ml. Ingresos: 9,400 ml. Egresos: 8,275. Balance negativo 325 cc, con reposición de sangrado aproximado: 3,700 ml. Diuresis: 735. Transanestésico: hemodinámicamente inestable, presión arterial mínima 85/50; frecuencia cardíaca máxima 110 y mínima 60; saturación 98%, ventilación controlada. Termina acto anestésico-quirúrgico sin accidentes ni incidentes. Pasa intubada a Unidad de Cuidados Intensivos, apoyo BEIN y oxígeno al 100%. Presión arterial final: 110/65, frecuencia cardíaca final: 72 por minuto. Gasometría: pH: 7.3, PCO2 32.9, PO2: 273.9; EB: -6.1, HCO3: 18.1.

22 de julio 2:30 horas, nota de ingreso, Unidad de Cuidados Intensivos: Diagnósticos de ingreso. 1.- Inestabilidad hemodinámica; a.- Choque hipovolémico grado IV no corregido; b.- Atonía uterina; c.- Lesión esplénica. 2.- Postoperatorio inmediato de cesárea: a.- Embarazo de término; b.- Cesárea iterativa. 3.- Postoperada laparotomía exploradora: a.- Salpingo-forectomía bilateral; b) Histerectomía; c) Esplenectomía 4.- Desequilibrio ácido base; a) Acidosis metabólica compensada. 5.- Politransfundida. 6.- Trombocitopenia. 7.- Insuficiencia respiratoria aguda; a) Edema agudo pulmonar; b) Intubación mecánica. 8.- Insuficiencia renal aguda. Ingresa a este servicio a las 19:00 horas, aun bajo efectos anestésicos residuales, pupilas mióticas hiporeflexicas, quemosis conjuntival, hipotermia, palidez de tegumentos (+++), sonda orotraqueal permeable, apoyo ventilatorio por ambú, mucosa oral seca, cuello corto, plétora yugular Gil bilateral, ambos hemitórax con estertores subcrepitantes bilaterales. Ruidos cardíacos rítmicos, 100 latidos por minuto; herida quirúrgica afrontada, sin datos de sangrado, sin megalias, peristalsis ausente; Penrose izquierdo con salida de material serohemático en moderada

cantidad, Penrose en región vaginal con escasa salida de material serohemático, sonda Foley escasa uresis hemática (++), edema de miembros torácicos y pélvicos, pulsos débiles, llenado capilar 6 segundos. Trombocitopenia, datos de choque hipovolémico, tendencia a hipotensión, hipotermia, piloerección, sin respuesta satisfactoria a volumen, se inicia manejo con dopamina sin lograr mejoría. Se informa a familiares la gravedad, se continuará tratamiento con hemoderivados, soluciones coloides, antibioticoterapia, corrección hemorreológica, así como corrección del desequilibrio ácido base e hídrico. Se solicita radiografía de tórax.

22 de julio de 2005, 6:00 horas, Unidad de Cuidados Intensivos: Inestabilidad hemodinámica a pesar de tratamiento, hipotensión arterial sin respuesta a volumen, ni a manejo con aminas vasoactivas, permaneció con presión arterial 80/50, así como alteraciones en la perfusión renal, con tendencia a la anuria, sin respuesta a volumen ni diuréticos, hipotérmica desde su ingreso. Se administraron tres unidades de plasma fresco y dos concentrados eritrocitarios, así como soluciones coloides, sin respuesta, presentando falla cardíaca y paro cardíaco en forma súbita, dándose maniobras de reanimación cardio-cerebro-pulmonar, sin obtener respuesta satisfactoria.

Análisis del Caso.

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, entre los principales tipos y causas de lesiones del bazo se encuentran: desgarros capsulares, laceraciones del parénquima, estallido o maceramiento del parénquima, heridas hilares, hematomas subcapsulares.

Las lesiones esplénicas pueden ser:

- Grado I. Hematoma subcapsular pequeño, no expansivo, o laceración menor no sangrante.
- Grado II. Hematoma grande no expansivo (10%-15% de la superficie del bazo), o laceración con sangrado activo que se extiende hasta el parénquima.
- Grado III. Hematoma subcapsular expansivo o roto, o laceración profunda del parénquima que no causa desvascularización de ninguna porción del bazo.
- Grado IV. Lesión muy grave, consistente en gran hematoma intraparenquimatoso roto o laceración a través de arterias polares trabeculares que producen isquemia por desvascularización de un segmento del órgano.
- Grado V. La forma más severa, caracterizada por la casi total maceración del parénquima o isquemia casi total por laceración del hilio y avulsión de la arteria esplénica principal o de sus ramas primarias.

La literatura especializada señala como indicaciones para

esplenectomía: fracturas múltiples de bazo; coagulopatía o riesgo de desarrollar coagulopatía; trauma múltiple severo; pacientes mayores de 35 años con lesiones severas; lesión hiliar significativa. De igual forma, refiere que se puede intentar salvar el bazo cuando existe laceración capsular; laceraciones parenquimatosas superficiales; lesión del polo superior o inferior que no afecta al hilio, siendo la esplenorrafia con salvamento del bazo, un procedimiento que se asocia con mínima incidencia de resangrado (alrededor de 1%).

Entre las indicaciones para tratamiento conservador (no quirúrgico) están reportadas en la literatura: paciente consciente y libre de dolor abdominal; ausencia de otras lesiones abdominales y extra-abdominales; edad menor a cuarenta años; estabilidad hemodinámica; no coagulopatía; tomografía que revele lesión parenquimatosas menor sin hemorragia, excepto en el espacio inmediatamente adyacente al bazo.

La ruptura esplénica en el embarazo o en el posparto es rara, puede resultar de trauma o patología pre-existente del bazo. La bibliografía consultada señala cuatro grupos etiológicos: a) Ruptura traumática, secundaria a traumatismo mínimo antiguo frecuentemente olvidado; el desgarramiento se puede producir por acceso de tos, la ruptura aparece de manera espontánea. b) Ruptura patológica de bazo (hemangiomas, leucemia, paludismo, mononucleosis). c) Ruptura de bazo toxémico (preclampsia-eclampsia), provocan infarto esplénico acompañado de laceración capsular. d) Ruptura de bazo aparentemente sano.

Así mismo, están reportadas como causa de lesión abrasiva en bazo previamente congestivo las siguientes:

- Tracción excesiva o indebida con instrumento punzante o cortante durante la cesárea.
- Introducción de compresas en la parte superior del abdomen para aislar el campo operatorio.
- Explorar abdomen superior en forma manual y con excesiva brusquedad.
- Excesiva compresión en abdomen para expulsión del producto.
- Remoción de coágulos sanguíneos con compresas al término de la cesárea.

Para que la ruptura de bazo sea catalogada como espontánea, debe cumplir varios requisitos: a) No antecedentes de traumatismo a este nivel. b) No datos de enfermedad sistémica. c) No evidencia de patología al momento de la exploración del bazo. d) Ausencia de datos macroscópicos y/o microscópicos de patología a nivel del parénquima, de los vasos y de la cápsula esplénica.

El cuadro clínico de ruptura esplénica, se asocia a síndro-

me de dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo o epigastrio, irradiado a hombro izquierdo, así como síndrome de hemorragia interna. El cuadro evoluciona en dos tiempos: agravamiento progresivo de los signos de choque, debido a formación de hematoma, seguido de colapso cardiovascular brusco por ruptura y vertido intra-peritoneal de colección de sangre intra-esplénica o peri-esplénica.

Si bien, diagnosticar en forma temprana la ruptura esplénica en el posparto es difícil, debido a que otras patologías se presentan con características clínicas similares (ruptura uterina, sangrado intra-peritoneal procedente de cualquier otra estructura, lesión visceral, entre otras), la urgencia hemorrágica obstétrica constituye una situación específica, la cual impone tratamiento multidisciplinario. En el manejo es fundamental el tratamiento rápido y efectivo del estado de choque. En la literatura médica están reportadas pacientes con ruptura de bazo postparto a quienes se les efectuó esplenectomía de urgencia, 95% sobrevivieron; en contraste con las que no se les realizó, pues falleció el 100 %.

El manejo quirúrgico referido, siempre debe ir precedido y acompañado de tratamiento rápido y enérgico del estado de choque. La infusión de líquidos es la base fundamental del tratamiento de la hipovolemia con el propósito de restaurar la presión de llenado cardiaco en forma rápida, sin inducir edema pulmonar y sin comprometer la oxigenación. Los cristaloides usualmente son empleados para iniciar la resucitación, la cantidad a administrar depende de la respuesta en cada caso. El uso de coloides como la albúmina, ha sido reportado como método eficiente y rápido de reemplazo, el cual puede ayudar a mantener la presión coloidosmótica. En el choque hemorrágico, la restauración de la capacidad de transporte de oxígeno, se logra a través de la transfusión de sangre total o paquete globular, pues debe mantenerse una concentración de hemoglobina adecuada. El soporte medicamentoso de la presión sanguínea, puede ser requerido en estados iniciales del estado de choque. La dopamina y la dobutamina son agentes inotrópicos utilizados con alta frecuencia.

Numerosas hemorragias graves son consecuencia de retraso en el tratamiento del estado de choque a su inicio, generándose coagulopatía tipo coagulación intravascular diseminada. El retraso en el tratamiento origina, entre otras cosas, gran dilución de los factores de coagulación y de las plaquetas. El pronóstico después de establecido el estado de choque, acompañado de trastornos de la coagulación, depende fundamentalmente de cinco variables: severidad, duración, causa desencadenante, disfunción pre-existente de órganos vitales, reversibilidad.

En el presente caso, la paciente sin antecedentes patológicos de importancia, Gesta III, Cesárea II, fue atendida en hospital público por presentar embarazo. En efecto, nota del 20 de julio de 2005, señala que presentaba embarazo de 38 semanas y paridad satisfecha, motivo por el cual se programó cesárea y salpingoclasia bilateral para el día si-

guiente, no observándose irregularidades por cuanto a este rubro se refiere, pues los procedimientos quirúrgicos programados, estaban justificados en términos de lo establecido por la *lex artis* gineco-obstétrica.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 21 de julio de 2005, realizándose los procedimientos programados, aparentemente sin complicaciones. Cabe mencionar, que si bien es cierto que en la hoja de operaciones de la cesárea, se refiere terminación del procedimiento sin accidentes o incidentes, presión arterial final 115/80, también es cierto, que se reportó sangrado de 1,000 cc. y que la evolución de la paciente fue tórpida en el postoperatorio inmediato.

La paciente fue trasladada a recuperación, donde presentó tendencia a hipotensión arterial, distensión abdominal, así como datos de choque hipovolémico, por ello se decidió realizar laparotomía exploradora. En efecto, de las notas de enfermería se desprende que a las 13:30 horas presentaba náusea; a las 13:40 horas hipotensión arterial (80/40); a las 13:45 horas se aplicó Ergonovina, Haemacel y posteriormente se indicaron 1,000 ml. de solución Hartmann, persistiendo presión arterial 90/40. A las 14:30 horas, se entregó al segundo turno hipotensa, diaforética, con palidez de tegumentos, sangrado vaginal moderado y distensión abdominal, motivo por el cual ingresó a quirófano de urgencia. Sin embargo, y pese a que la paciente presentaba evolución tórpida, no se le ofreció la atención quirúrgica inmediata que era necesaria.

Lo anterior, demuestra que en el postoperatorio inmediato, existió actitud contemplativa por parte del personal médico. En efecto, quedó demostrado que existió dilación en la decisión de reintervenirla quirúrgicamente, pues era evidente que tenía datos de hipovolemia, que no cedió ante el manejo con soluciones parenterales y coloides, presentándose además distensión abdominal y deterioro en su estado de salud, ello agravó la situación, pues se presentaron datos francos de choque hipovolémico que indicaban la urgente necesidad de manejo quirúrgico. Lo anterior, demuestra mala práctica por parte del personal médico.

Sobre este rubro, se debe mencionar, que en el expediente clínico no existen notas médicas, las cuales precisen el estado de salud de la paciente, tampoco nota preoperatoria de la laparotomía exploradora que se efectuó, sólo una nota de evolución y pase a piso del 21 de julio a las 13:00 horas, la cual establece que la paciente se encontraba asintomática. Lo anterior, confirma la actitud contemplativa por parte del personal médico, pues quedó demostrado que en el postoperatorio inmediato de la primera cirugía, no existió el seguimiento clínico que el caso ameritaba.

A mayor abundamiento, la intervención quirúrgica (cesárea y oclusión tubaria bilateral) fue efectuada por médicos residentes de gineco-obstetricia, sin participación de personal de base de dicha especialidad. Lo anterior denota incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residen-

cias médicas, la cual entre otras cosas, establece que los residentes deben cumplir las disposiciones internas de la unidad médica receptora de residentes de que se trate, informando a su inmediato superior el resultado de las acciones médicas que estén a su cargo, y en correspondencia con las responsabilidades del grado académico que cursen. Así mismo, la citada norma establece, que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes. Esto es un elemento más para tener por cierta la mal *praxis*, observada por el personal médico del hospital demandado.

La paciente fue reintervenida; en efecto, bajo anestesia general balanceada, se realizó laparotomía exploradora, encontrándose en ambos sitios donde se efectuó oclusión tubaria bilateral, sangrado activo importante, por lo que se realizó salpingo-ooforectomía bilateral, apreciándose persistencia de sangrado, por ello se revisó hígado y bazo, según reporta la hoja de operaciones. Así mismo, la citada nota, reporta que se identificó atonía uterina refractaria a oxitocina y ergonovina, motivo por el cual se realizó histerectomía total abdominal; sin embargo, debido a persistencia de sangrado, se solicitó intervención del Servicio de Cirugía General, quienes ampliaron la herida quirúrgica, revisando hígado y bazo, encontrando lesión en polo superior de bazo, por lo cual se efectuó esplenectomía. Durante este evento quirúrgico se calculó sangrado 4,200 ml., se administraron cristaloides y coloides, quedando con balance negativo al final de la cirugía.

En ese sentido, el personal de Gineco-obstetricia que atendió a la paciente, incurrió en mala práctica, pues existió retardo en la detección de la lesión esplénica; primero se efectuó salpingo-ooforectomía por sangrado activo, después histerectomía por atonía uterina y sólo después de haber intentado lo anterior, se identificó la lesión esplénica, esto último por parte del personal de Cirugía General. Más aun, en el expediente no se aportó evidencia alguna, la cual acreditaría que se trató de ruptura esplénica espontánea. En efecto, era indispensable el estudio histopatológico que confirmara tal patología, mismo que no fue aportado. Cabe reiterar, que la literatura especializada refiere que se puede hablar de ruptura espontánea en bazo, cuando se reporta histológicamente en parámetros normales, y no existe evidencia en la historia clínica de enfermedades locales o sistémicas que lo afectaran, o bien, antecedente de traumatismo. En esos términos, no existen elementos, los cuales demostraran que la paciente haya presentado ruptura espontánea de bazo.

En términos de las constancias aportadas al expediente, la ruptura esplénica pudo haber ocurrido durante la cesárea, o bien, durante las maniobras realizadas por el personal de gineco-obstetricia en la laparotomía exploradora. Ahora bien, es evidente que en ninguno de los dos momentos quirúrgicos fue detectada la multicitada ruptura del bazo por el personal de gineco-obstetricia, esto debido al incumplimiento de medios de diagnóstico y tratamiento en que incurrió. En la especie, la identificación de ruptura esplénica, así como su tratamiento fue por parte del Servicio de Cirugía General, quienes actuaron correctamente ante el estado de salud de la paciente.

Ahora bien, durante la laparotomía exploradora, la paciente permaneció con datos de choque hipovolémico, hipotensión arterial y disminución de la diuresis, por ello se decidió su envío directo a Cuidados Intensivos, donde continuó con inestabilidad hemodinámica, pese al tratamiento instaurado por dicho servicio; en efecto, la nota del 22 de julio de 2005, establece que la enferma presentaba hipotensión arterial, alteraciones en la perfusión renal, hipotermia, así como tendencia a la anuria, sin respuesta al manejo, presentando paro cardíaco en forma súbita, sin respuesta satisfactoria a maniobras de reanimación cardio-cerebro-pulmonar. Es necesario puntualizar, que el personal de Cuidados Intensivos sí cumplió sus obligaciones de diligencia en términos del estado de salud que guardaba la paciente, quien lamentablemente falleció, pese al tratamiento instaurado en dicho servicio, pues evolucionó a falla orgánica múltiple (renal, pulmonar, cardíaca), sin respuesta al manejo.

Apreciaciones Finales.

- Durante la atención de la paciente, el personal de gineco-obstetricia del hospital demandado, incurrió en mala práctica, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.
- El personal de gineco-obstetricia no detectó el problema oportunamente, soslayando la gravedad de la paciente y no la estudió como debía, tan es así que sólo detectaron la ruptura esplénica de manera tardía y se dió origen a choque hipovolémico, el cual ya no pudo ser resuelto.
- La Institución demandada cumplió la condena establecida en el laudo y es responsable de continuar con el procedimiento, en términos de sus atribuciones, ante las instancias correspondientes a fin de recuperar el daño patrimonial causado a la institución y completar el proceso ante los hallazgos reportados.

Referencias Bibliográficas.

- Marret H, Laffon M, Calan L, Bourlier L, Lansac J. Urgencias quirúrgicas durante el embarazo. *Encycl Méd Chir* 2000;5049-D-10:1-14.
- Sakhel K, Aswad N, Usta I, Nassar A. Postpartum Splenic Rupture. *Obstet Gynecol* 2003;102 (5):1207-10.
- Bljajic D, Ivanisevic M. Splenic rupture in pregnancy, traumatic or spontaneous event? *Obstet Gynecol* 2004;115:113-14.
- Kaluarachchi A, Krishnamurthy S. Post-cesarean section splenic rupture. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(1):231-2.
- McCormick G, Young D. Spontaneous rupture of the spleen. A fatal complication of pregnancy. *Am J Forensic Med Pathol* 1995;16(2):132-4.
- Selo-Ojeme D, Welch C. Spontaneous rupture of splenic artery aneurism in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;109:124-7.
- Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2000;14(1):1-18.
- Barbarino-Monnier P, Barbarino A, Bayoumeu F. Hemorragias graves durante el embarazo y el posparto. Choque hemorrágico. *Encycl Méd Chir*. 1998;5082-A-10:1-12.
- Racinet C, Meddoun M. Cesárea. *Encycl Méd Chir* 2001;41900:1-22.
- Monrozier X, Périneau M. Esterilización tubárica. *Encycl Méd Chir* 1995;738-A-20:1-12.
- Bljaic D. Et al. Esplenic rupture in pregnancy- traumatic o spontaneous event?. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive Biology* 115 (2004) 113-114.
- Baker RJ: MD. El dominio de la cirugía. Volumen 11. 4ª edición. El Bazo. 146. Esplenectomía y esplenografía S. I: Schwartz. 2009 2018. Interamericana Madrid: 2004
- Baker RJ: MD. El dominio de la cirugía. Volumen 11. 4ª edición. El Bazo. 147 Reparación esplénica y esplenectomía parcial (preservación de la función esplénica).
- Muchah P. Esplenectomía y Esplenografía . 2019 2028. 2004.
- Schwartz S. Principios de Cirugía. Vol. 2. capítulo 31. Bazo 1599- 1612. Mc Graw Hill Interamericana, México: 2000.
- Ackermans. Surgical Pathogy. volume 2. capítulo 21 Spleen. 1361-1378. 1989.
- Sabiston C, Patología Quirúrgica. XV Edición. Volumen 2. capítulo 36. Bazo. Mc Graw Hill Interamericana, México: 2000.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Blood Component Therapy: Practice Guidelines for Blood Component Therapy. *Anesthesiology* 1996; 4(3):732-47.
- Barash PG.; Cullen BF.; Stoelting, RK.: Handbook of Clinical Anesthesia, 3ª Edition, Version 2.0, Lippincott-Raven Interactive Anesthesia Library on CD-ROM, 1997, pp: s/n.
- Baskett PJ.: Advances in Cardiopulmonary Resuscitation. *Br J Anaesth*. 1992; 68(2):182-93
- Crosby, ET.: Perioperative haemotherapy: II Risk and complications of blood transfusion. *Canad J Anaesth*, 1992; 39(8):822-837.
- González, O, Bernal M.: Paro Cardíaco en Anestesia. *Rev Mex Anest*, 1998; 21(4): 258 –272.
- Gordon I A.: Perioperative blood and blood component therapy. *Canad J Anaesth*, 1992; 39(10): 1105-1115.
- Mc'Kelligan BP.: Como realizar un bloqueo epidural seguro y efectivo. *Memorias del 25º Curso Anual de Actualización en Anestesiología de la Sociedad Mexicana de Anestesiología*, México 1999, pp: 291 –295.
- Miller RD.: Anesthesia, 4ª Edition, Lippincott-Raven Interactive Anesthesia Library on CD-ROM. Churchill Livingstone, USA 1994
- Mulroy MF.: Indications for and Contraindications to Regional Anesthesia. 49ª Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A., American Society of Anesthesiologists, 1998, cap: 242.
- Mulroy, M. F.; Norris, M.; Spenser, S.: Safety Steps for Epidural Injection of Local Anesthetics. *Anesth Anal*, 1997; 85(6): 1346-1356.
- Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la Práctica de la Anestesiología. ■
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
- Nyhus, LI. M.: Mastery of Surgery, 3ª Edition, USA, Lippincott – Raven on CD- ROM, 1998.
- Otto, Ch. W.: Current Concepts in Cardiopulmonary Resuscitation. 49ª Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A., American Society of Anesthesiologists, 1998, Cap: 512.
- Rosenthal, M.: Management of Cardiogenic, Hyperdynamic and Hypovolemic Choque. 49ª Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A., American Society of Anesthesiologists, 1998, Cap: 263.

* Se agradece a la Dra. Carmen Dubón Peniche su participación para la presentación de casos.