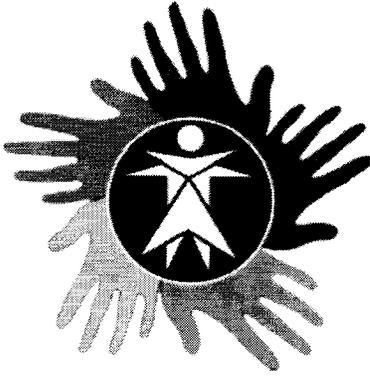


RECOMENDACIÓN



Comisión de
Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

1992
20 años
12

NÚMERO: R-DGJ-0008-12
EXPEDIENTE: CDHEH-DGJ-2028-11
QUEJOSOS: [REDACTED]
AUTORIDADES INVOLUCRADAS: [REDACTED]
MÉDICO CIRUJANO
ADSCRITO AL HOSPITAL
OBSTETRICO PACHUCA

HECHOS VIOLATORIOS: 8. VIOLACIONES A LOS DERECHOS SOCIALES DE EJERCICIO INDIVIDUAL
8.2 VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
8.2.3 NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO OFRECIDO POR LA DEPENDENCIA DEL SECTOR SALUD
8.2.4 NEGLIGENCIA MÉDICA.

Pachuca de Soto, Hidalgo; seis de julio de dos mil doce.

[REDACTED]
**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 [REDACTED] y ratificada por [REDACTED]; en uso de las facultades que me otorgan los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9º bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; así como 13, fracción XI; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; se han examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1. El quince de agosto de dos mil once, compareció ante este organismo [REDACTED], quien manifestó que el domingo siete de agosto de dos mil once, su hija [REDACTED] comenzó a sentir dolores previos al alumbramiento ya que contaba con nueve meses de embarazo, motivo por el cual se dirigió al Hospital Obstétrico de esta ciudad, en donde le expresaron que todavía no era tiempo para “aliviarse” que regresara a su casa, lo cual hizo.

El lunes ocho de agosto de ese mismo año a las cinco horas, los dolores incrementaron su intensidad; por lo que acudió de nueva cuenta al nosocomio en donde le dijeron que volviera hasta las dieciséis horas, atendiendo a la indicación, se retiró. Sin embargo, para las trece treinta horas los dolores no cedían, por el contrario aumentaban, por lo que regresó al hospital en donde debido a la demora en brindarle la atención, tuvo que ser operada dando a luz a una niña. Aproximadamente a las nueve de la noche les informaron que la recién nacida se encontraba muy grave; a las once de la mañana del martes nueve de agosto de dos mil once les confirmaron que la menor había fallecido, lo cual atribuyó el quejoso a la falta de atención oportuna en el parto de su hija.

2. El martes veintitrés de agosto de dos mil once, personal de esta Comisión acudió al domicilio de la agraviada [REDACTED] con la finalidad de entrevistarle en relación a los hechos narrados por su padre sobre la atención recibida en el Hospital Obstétrico de esta ciudad. La agraviada ratificó la queja interpuesta en su favor por su familiar, por contener la verdad de los hechos y narró que el lunes ocho de agosto de dos mil once, a las cinco de la mañana, llegó al nosocomio de referencia y el médico [REDACTED] (que la atendió) se percató de que presentaba fluido verde, concretándose a decirle que “solamente era un flujo” y le indicó que regresara a su domicilio, le comentó que sentía fuertes dolores, motivo por el cual le realizó un “tacto” y le dijo que solamente tenía dos centímetros de dilatación, por lo que se retiró a su casa. Regresó al Hospital aproximadamente a las trece horas de ese mismo día, ya que los dolores eran insoportables (momento en que se dio el cambio de turno del personal), sin embargo, no le atendieron en cuanto llegó y la hicieron esperar alrededor de cuatro o cinco horas; siendo ingresada al área de urgencias aproximadamente a las cinco de la tarde. Fue atendida por otro doctor, quien le realizó otro “tacto” y le informó que solamente había dilatado tres centímetros, momento en que dicho médico se percató también de la presencia del flujo

verde referido con antelación y le explicó que ese flujo indicaba que el producto ya estaba realizando deposiciones fecales dentro del vientre materno y que el médico que le atendió no debió haberla regresado a su casa, ya que la presencia de ese flujo indicaba sufrimiento fetal, por lo tanto, implicaba la imperiosa necesidad de que el producto naciera de inmediato.

Momentos después solicitaron su autorización y la de su pareja, para practicarle una “cesárea” urgente, canalizándola y preparándola para dicha cirugía; sin embargo, tuvo que soportar por unos momentos más los fuertes dolores que presentaba y aguardar que se autorizara su cirugía. Señaló que cuando nació su hija, esta no lloró, diciéndole la pediatra al momento en que le mostró a su bebé que el motivo era porque la niña había aspirado sus propias heces fecales, por lo que la llevarían al cunero ya que se encontraba grave. Al finalizar la operación fue trasladada al área de recuperación, sin volver a tener noticias de su hija hasta las veintidós horas de ese mismo día, cuando su esposo [REDACTED] entró a verla y le transmitió la información que éste recibió del pediatra, quien le había mencionado que su hija se encontraba estable más no fuera de peligro. En el transcurso de la noche no le informaron nada más en relación al estado de salud de su hija, hasta el nueve de agosto de dos mil once, a las once y media de la mañana, les informaron que su bebé había fallecido por lo que solicitó la intervención de este organismo.

3. El doce de septiembre de dos mil once, rindió informe ante este organismo [REDACTED], médico cirujano con cédula profesional [REDACTED] adscrito al Hospital Obstétrico de esta ciudad, quien respecto de la atención brindada a [REDACTED], manifestó: “que el pasado siete de agosto del dos mil once se presentó a laborar a las veinte horas en el turno de la noche en el área de urgencias, donde otorgó veinticuatro consultas hasta las cuatro cincuenta y cinco horas del ocho de agosto de dos mil once, hora en la cual solicitó consulta la agraviada, a quien se le otorgó el servicio de manera amable y educada en donde la paciente refirió que acudía por presentar dolor obstétrico leve, aumentando en intensidad, con actividad uterina regular percepción de movimientos fetales activos, sin datos de vasoespasmo (dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa y destellante), se interrogó sobre pérdidas transvaginales, a lo cual la paciente negó algún tipo de pérdida transvaginal hasta el momento en que acudió a esa consulta. Se realizó exploración física, asistido por la enfermera de turno encontrándose con signos vitales estables con frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.7 grados centígrados y tensión arterial de 100/70 milímetros de mercurio, consciente

orientada, tranquila, hidratada en piel y mucosas, coloración adecuada de piel y tegumentos. Tórax con campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos e intensos. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 29 centímetros, con presencia de producto único intrauterino, con situación longitudinal, dorso a la derecha y presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto, rítmicos y de buena intensidad, movimientos fetales activos y reactivos. No se palpa actividad uterina en ese momento. Se realiza tacto vaginal con enfermera presente, encontrando vagina elástica eutérmica, cérvix posterior corto, resistente, con 60 % de borramiento, a 1 a 2 centímetros de dilatación producto abocado, no rechazable, calótas duras, amnios integro, maniobra de Tarnier (rechazar presentación producto para observar pérdidas transvaginales. Negativa maniobra de Valsalva (aumento de presión abdominal al pedirle a la paciente que puje para observar pérdidas transvaginales de cualquier tipo) siendo negativa es decir que no se observan pérdidas transvaginales en ambas pruebas pelvis útil para parto. Salida de guante explorador limpio el cual mostró a la paciente. Reflejos osteotendinosos normales, sin edema de extremidades. Se concluyó exploración física diagnosticando: Primigesta de veintitrés años, embarazo de treinta y nueve punto seis semanas de gestación por ultrasonido traspolado del veintidós de diciembre del dos mil diez, siete punto un semanas de gestación (fecha última de gestación no confiable, trabajo de parto en fase latente).

Se verifican notas previas en expediente y estudios de ultrasonido encontrando uno de cuatro de agosto de dos mil once con reporte de producto único vivo de 38.6 semanas de gestación por fetometría, placenta grado II, frecuencia cardíaca fetal con 148 latidos por minuto, peso aproximado de 3321 gramos +/- 498 gramos, índice de líquido amniótico 6.8 centímetros, circular de cordón a cuello perfil biofísico de 8 de 8 puntos (este perfil valora movimiento fetales, tono fetal movimientos respiratorios y líquido amniótico) prediciendo el bienestar fetal durante los siete días subsecuentes a la toma de este.

Se concluyó la atención preguntando a la paciente si tenía alguna duda sobre la consulta y/o revisión, asentando no tener duda alguna. Le explicó a la paciente ampliamente la situación de su embarazo y datos de alarma obstétrica (dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa y destellante, salida de cualquier líquido transvaginal, disminución o cambio de los movimientos fetales aumento de dolor obstétrico más de tres contracciones uterinas en diez minutos). Siendo explicadas y comprendidos los datos de alarma obstétrica y

situación del embarazo, volvió a preguntar a la paciente si existe duda de lo antes descrito a lo que respondió no tener duda alguna. Se citó a la paciente para revisión en ocho horas o antes si presentaba cualquiera de los datos arriba explicados la paciente se retiró del consultorio por su propio pie”.

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

EVIDENCIAS

- A)** Queja iniciada por este organismo el quince de agosto de dos mil once (fojas 2-3).
- B)** Diligencia de ratificación de queja de veintitrés de agosto de dos mil once (fojas 7-9).
- C)** Informe rendido por el médico [REDACTED], adscrito al Hospital Obstétrico de Pachuca (fojas 23-24).
- D)** Copias certificadas del expediente clínico relacionado con la atención brindada a [REDACTED] en el Hospital Obstétrico de Pachuca (fojas 44-129).
- E)** Declaración Testimonial de [REDACTED] padre de la menor fallecida de veinte de septiembre de dos mil once (fojas 40-41).
- F)** Contestación a la vista de informe por comparecencia de [REDACTED] de veinte de septiembre de dos mil once (foja 42).
- G)** Solicitud de apoyo a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, de la emisión de opinión que determinara si el fallecimiento de la menor [REDACTED] se debió a una negligencia médica u omisión de atención oportuna, de fecha veintiuno de octubre del dos mil once (foja 130).
- H)** Comparecencia de [REDACTED] en la que manifestó que derivado de los hechos de la presente queja las autoridades del Hospital Obstétrico le han negado la atención refiriéndola al Hospital General, para atender su actual embarazo.

I) Dictamen médico emitido por el doctor [REDACTED], Visitador Adjunto de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, adscrito a la Tercera Visitaduría General, de fecha veintiséis de junio de dos mil doce (fojas 178-176).

J) Copias certificadas de la averiguación previa número 12/DAP/III/2393/2011, iniciada el seis de septiembre de dos mil once, por [REDACTED] en contra de [REDACTED] y quien o quienes resulten responsables por el delito cometido en ejercicio de una actividad técnica y lo que resulte.

SITUACIÓN JURÍDICA

I. **Competencia de la CDHEH.-** Una vez establecida la competencia de este organismo público defensor de derechos humanos, con fundamento 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; así como los numerales 84, 85 y 86 de la Ley Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; se han examinado los hechos manifestados por [REDACTED] en relación directa con las pruebas que obran en el expediente de que se trata, y de acuerdo a las disposiciones constitucionales, legales e instrumentos internacionales aplicables al caso y, vistas las violaciones a los derechos humanos deducidas de los hechos expuestos con anterioridad, se cuenta con evidencias suficientes para emitir la presente Recomendación.

En primer término, se enumerarán los derechos violentados y los hechos violatorios que se actualizan, a saber:

- 1) Derecho 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 en la materia, ni con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA1-1993.

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.

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer:

Artículo 12

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

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 mortalidad 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.*

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 paciente.

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.

En el caso particular la deficiencia en la atención médica recibida, trajo como consecuencia el fallecimiento de la menor [REDACTED], tal y como se estableció en el acta de defunción emitida por el Registro del Estado Familiar de fecha diez de agosto de dos mil once, en la que se asentó que la causa de muerte de la recién nacida fue miocardiopatía hipóxico isquémico una hora, síndrome de aspiración de meconio diecisiete horas, asfixia severa in útero 17 horas, certificado por la doctora [REDACTED].

Llama la atención que dentro de las constancias que exhibió la quejosa al momento de la ratificación de la queja, se encuentre un documento denominado minuta, de fecha nueve de agosto de dos mil once, impreso con sellos oficiales y en el cual aparecen las firmas del director [REDACTED]; del subdirector de Atención Hospitalaria y [REDACTED], director de Obstetricia; así como la firma de [REDACTED], esposo de la paciente [REDACTED]. Documento en el que se estableció un rubro de Acuerdo el cual versa de la siguiente manera:

“En apoyo a condolencia y en virtud de que todo proceso conlleva a un tiempo y que este se emitirá a las instancias correspondiente se apoya con gastos funerarios por la situación que está pasando la paciente [REDACTED] y [REDACTED], no en tenor de asumir una responsabilidad ya que esta se emitirá por las instancias competentes quedando bajo el compromiso de dar seguimiento al caso”

Documento en el que no se estableció que dicho apoyo consistió en otorgar los recursos para la cremación del cadáver de la niña fallecida, lo cual se

corroboró con el contenido del acta de defunción y con las manifestaciones de la quejosa y sus familiares. Lo cual es contradictorio con el propio acuerdo toda vez que se abrió a los agraviados la posibilidad de que dieran seguimiento y procedieran legalmente en contra de la autoridad involucrada; sin embargo, se omitió explicar a éstos de la importancia que pudo revestir el determinar la causa de la muerte y que podía constituir una importante probanza dentro de la indagatoria que al respecto se iniciara y dilucidar si se cometió o no una negligencia médica.

No obstante lo anterior la quejosa dio inicio el seis de septiembre del dos mil once, a la averiguación previa 12/DAP/R/III/2393/2011 por delito cometido en ejercicio de una actividad profesional o técnica y lo que resulte, en contra de ██████████ y quien o quienes resultaran responsables. Indagatoria en la que nunca existió declaración alguna del indiciado y autoridad involucrada en la queja de mérito, y a quien la quejosa y su pareja otorgaron el perdón legal toda vez que la autoridad ministerial les comentó que era complicado continuar con la integración de la misma, toda vez que no existían suficientes elementos para acreditar la probable responsabilidad penal, además de exhortarles a finalizar el trámite de la indagatoria previendo las afectaciones y el daño emocional que implicaría en la agraviada ██████████ ██████████, quien al convencerse de que no había manera de acreditar su dicho, ante la falta de elementos de prueba, decidió otorgar el perdón legal en la indagatoria de referencia el pasado veintinueve de febrero de dos mil doce. Fecha en la que se estableció únicamente que la quejosa expresó su deseo de llegar a un acuerdo con el doctor ██████████ toda vez que ya habían platicado al respecto y por así convenir a sus intereses, otorgándole el perdón legal por lo que se determinó el no ejercicio de la acción penal y se solicitó la consulta del archivo definitivo el cual se determinó el pasado veintiséis de marzo del año que transcurre.

Es necesario señalar que se celebró una audiencia conciliatoria sin considerar que a autoridad ministerial solicitó mediante oficio III/4397/2011 de fecha seis de septiembre de dos mil once se asignaran peritos en la materia para emitir un dictamen en relación a expediente médico 65126, sin que en las copias de la averiguación obre el dictamen solicitado.

En vista de lo anterior y en ejercicio de las facultades conferidas a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, con la intención de contar con suficientes elementos de prueba para acreditar si los hechos materia de la presente queja constituyeron una violación a derechos humanos de

[REDACTED] fue con apego a las Normas Oficiales Mexicanas y a los procedimientos establecidos en la práctica gineco-obstétrica y determinar si la causa de la muerte de la menor [REDACTED] fue a consecuencia de negligencia médica u omisión de atención oportuna, se solicitó apoyo a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en donde el doctor [REDACTED] emitió la opinión médica, que atendiendo a su importancia se transcribe a continuación en sus partes más importantes:



COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
TERCERA VISITADURÍA GENERAL
CDHEH-DGJ-2028-11

El que suscribe [REDACTED], en mi carácter de Visitador Adjunto, de profesión médico cirujano y partero, adscrito a ésta Tercera Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en respuesta a su solicitud de una opinión en el caso de la señora [REDACTED], originaria de Pachuca de Soto, Hidalgo, Informo lo siguiente:

I. Planteamiento del problema:

Emitir una opinión médica proporcionada a la señora [REDACTED] en el Hospital Obstétrico de Pachuca de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, fue adecuada.

[...]

III.- Descripción del caso de la señora [REDACTED].

Se trata de femenina de veintiséis años de edad, quien acude por primera vez al servicio de urgencias del Hospital Obstétrico de Pachuca de la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo, el ocho de agosto de dos mil once a las cinco horas, con embarazo de treinta y nueve punto seis semanas de gestación, fuertes dolores y fluido verde vía vaginal, el médico que la atendió plasmó que la agraviada sólo manifestó buena dinámica fetal, no vasoespasmo y no pérdidas, por lo que determinó mandarla a su domicilio sin haberle realizado estudios de bienestar fetal.

El mismo día a las diecisiete horas es valorada en el mismo servicio, siendo valorada por otro médico quien la interroga y le realiza una exploración física metódica, en la que plasmó que acude por dolores tipo obstétricos, mismos que iniciaron un día antes, en la exploración la encontró intranquila, con cara de dolor con frecuencia cardíaca fetal de 132 x', actividad uterina irregular, genitales con presencia de líquido meconial, al tacto confirma la presencia de líquido meconial por lo que determina ingresarla al servicio para vigilancia de trabajo de parto, reanimación neonatal intrauterina e interrupción de embarazo vía abdominal.

La paciente es llevada a cirugía para realizarle una cesárea, siendo la indicación de la misma por causas de trabajo de parto con sufrimiento fetal, ruptura de membranas espontánea de trece horas de evolución, líquido amniótico meconial, terminación del parto por cesárea, por causa y/o indicación por meconio, pariendo una niña, misma que es recibida por el especialista en pediatría en estado flácida, sin esfuerzo respiratorio, palidez, impregnada de de meconio, por lo que se realiza laringoscopia directa en dos ocasiones, con salida de abundante líquido meconial, hasta negativizar, requiriendo de ventilación mecánica por lo que se tuvo que intubar y canalizar continuando con pobre expansión pulmonar, reportándola como muy grave con riesgo de muerte a corto plazo.

El nueve de agosto de dos mil once, a las once horas con diez minutos, presentó un evento de paro cardiorespiratorio, iniciándole reanimación avanzada con masaje cardíaco y administración de adrenalina, segunda dosis, por veinte minutos se da reanimación sin tener respuesta, dando hora de defunción a las once treinta horas. Con diagnósticos de miocardiopatía hipóxica isquémica (de una hora), síndrome de aspiración de meconio (de diecisiete horas) y asfixia severa in útero (de diecisiete horas).

III.- Consideraciones Técnico Científicas:

Para una mayor comprensión de lo ocurrido en el caso que se expone se recurrió a la literatura médica, así se tiene lo siguiente:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1193, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación del Servicio.

0. Introducción

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica 1): para la Información Epidemiológica (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

4.2 embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.7.1 distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

4.7.2 eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a postérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.14 recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

4.17 de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;

- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrareferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del

embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y

- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;

- Fecha y hora del nacimiento;

- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;

- Inicio de alimentación a seno materno;

- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir

[...]

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

[...]

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (20. al 70. día) y tardío (80. a 420. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

[...]

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

[...]

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

[...]

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

[...]

6. Apéndices normativos

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

METODO DE APGAR

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

EDAD GESTACIONAL: METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

[...]

IV.- ANALISIS DEL CASO

En el caso que nos ocupa la señora [REDACTED] llevó una oportuna y periódica atención durante su embarazo, el cual por una inadecuada atención médica al final del mismo dio como resultado el deceso de la recién nacida, así de las constancias médicas existentes en el expediente en que se actúa, se advirtió que la quejosa se presentó a las 5:00 horas del 8 de agosto del dos mil once al área de urgencias del Hospital Obstétrico de Pachuca de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, por presentar fuertes dolores y fluido verdoso vía vaginal, lugar en el que no fue atendida por el doctor [REDACTED], el cual (contrario a lo que refirió la señora [REDACTED]) asentó en la nota médica que presentaba buena dinámica fetal, no vasoespasmo y no pérdidas, por lo que determinó regresarla a su casa, empero por la tarde de ese mismo día la agraviada acude nuevamente a ese nosocomio por continuar con los dolores, en esta ocasión es atendida por un galeno quien al interrogarla y realizarle la exploración correspondiente se percata que presenta dolor abdominal de tipo obstétrico, la encuentra intranquila, con facies álgica (de dolor), con actividad uterina anormal, con presencia de líquido meconial, decidiendo ingresarla para vigilancia de trabajo de parto, reanimación neonatal intrauterina e interrupción vía abdominal toda vez que la vida del producto corría peligro.

Ahora, si bien es cierto que el producto nació con vida, las condiciones en las que la recibió el especialista en pediatría no fueron las idóneas toda vez que la encontró flácida, sin esfuerzo respiratorio, con palidez, impregnada de meconio, realizándole una laringoscopia directa en dos ocasiones, con salida de abundante líquido meconial, hasta negativizar, acotando que presentaba una ruptura de membranas de trece horas de evolución aproximadamente, situación que concuerda con la primera consulta de urgencia a la que acudió la señora [REDACTED] y como consecuencia la recién nacida falleció a las once treinta horas, del nueve de Agosto de dos mil once, a saber diecisiete horas después de su nacimiento, presentando los diagnósticos de recién nacido de término hipotrófico, asfixia perinatal severa y aspiración de meconio, lo anterior, toda vez que por un periodo largo inhaló e ingirió meconio (líquido amniótico, con las primeras heces del feto), mismo que entró en sus pulmones, presentando como desenlace inminente la muerte del producto.

Finalmente cabe hacer mención que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto puerperio y del recién nacido. En su rubro de Criterios Para la Prestación del Servicio, no se aplicó correctamente, en virtud de que la atención brindada a la señora [REDACTED], no fue de calidad, así mismo, no se le practicaron los estudios necesarios que permitieran calificar durante el embarazo el riesgo obstétrico, mismo que sirviera de referencia oportuna para la debida atención.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe responsabilidad médica en su variedad de impericia, negligencia y omisión por parte del doctor [REDACTED], quien atendió a la señora [REDACTED] adscrito al Hospital Obstétrico de Pachuca, de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, por no haberle realizado estudios de bienestar fetal ni realizar una exploración física completa.

SEGUNDA: Existe anomalía de la aplicación de la norma oficial Mexicana NOM-007/SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios para la Prestación del Servicio.

Por lo que esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo confirmó, que el médico [REDACTED], médico adscrito al Hospital Obstétrico de Pachuca, señalado como autoridad involucrada, brindó a [REDACTED] una atención médica deficiente, incurriendo en impericia, negligencia y omisión de los procedimientos establecidos en los códigos de ética previstos para los servidores públicos prestadores de servicios en materia de salud, asimismo dicha atención no cumplió con algunos lineamientos contenidos en la Norma Oficial Mexicana antes citada.

Por lo descrito en el cuerpo de la presente, y agotado el procedimiento regulado en el título III, capítulo IX de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; a usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, se:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de [REDACTED], médico adscrito al Hospital Obstétrico de Pachuca, y aplicarle –a la brevedad posible- la sanción disciplinaria a que se haya hecho acreedor.

SEGUNDO.- 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, con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

TERCERO.- Brindar tratamiento psicológico con grupos de ayuda mutua o mediante psicoterapia orientada cognitiva conductualmente a [REDACTED], hasta que se pueda garantizar su bienestar y se encuentre en óptimas condiciones psicológicas y emocionales, pues no debe olvidarse que la negligencia médica de que fue víctima se cometió en el Hospital Obstétrico de Pachuca, por parte del médico tratante, donde invariablemente se debió proteger su derecho a la salud, entendido por la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social.

CUARTO.- Garantizar a [REDACTED], la reparación del daño a que se ha hecho acreedora, tomando en cuenta todos y cada uno de los gastos que erogó; de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos legales correspondientes y los tratados internacionales en la materia.

QUINTO.- Otorgar a la quejosa la atención médica en el momento en que lo requiera, tomando en consideración que actualmente cuenta con cinco meses de gestación y a que refirió ante este organismo que el pasado tres de abril del presente año en el Hospital Obstétrico se le entregó una hoja de referencia al Hospital General de esta ciudad para la atención de su embarazo; solicitando también se aclare a este organismo el motivo de dicha referencia, toda vez que la razón que se asentó en dicha hoja establece que fue por tratarse de un embarazo de alto riesgo. Por lo que también se pide aclarar el motivo por el cual el Hospital Obstétrico (especializado en el tema) refiere a la quejosa para su atención a un Hospital de especialidades múltiples.

SEXTO.- Capacitar e instruir a todo el personal directivo, médico, de enfermería y administrativo de los Hospitales Regionales, Generales e Integrales, 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.

SÉPTIMO.- Notifíquese a la quejosa y servidores públicos, conforme a lo estipulado en el artículo 86 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera cúmplase el artículo 87 del ordenamiento citado, publicándose en el sitio web de la misma la presente Recomendación.

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

ATENTAMENTE

RAÚL ARROYO
PRESIDENTE

AVH