

RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	R-TA- 0003-14
EXPEDIENTE:	CDHEH-TA-368-13
QUEJOSOS:	---, --- y --- (RECIÉN NACIDO FALLECIDO).
AUTORIDADES INVOLUCRADAS:	PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE TULA DE ALLENDE.
HECHOS VIOLATORIOS:	VIOLACIONES AL DERECHO A LA SALUD.

Pachuca de Soto, Hidalgo; diez de abril de dos mil catorce.

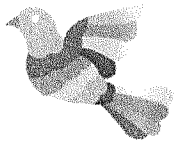
**TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL
ESTADO DE HIDALGO
PRESENTE**

VISTOS

Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja iniciada en contra del personal médico del Hospital Regional de Tula, de la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo; esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en uso de las facultades que me otorgan los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; como 33, fracción XI; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; así como 127 de su Reglamento, se han examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1.- El siete de agosto de dos mil trece, ---, inició queja en la Visitaduría Regional de Tula de Allende, a favor de --- y ---, esposa e hijo recién



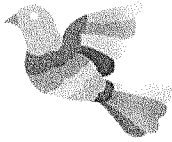
nacido, fallecido el primero de septiembre del mismo año. Manifestó que el dos de julio de dos mil trece, se presentaron él y su esposa en el Hospital Regional de Tepeji del Río, para el chequeo normal del embarazo de la agraviada. Le detectaron eclampsia y la enviaron al Hospital Regional de Tula, donde ---, personal médico de urgencias, le ordenó la realización de un estudio de ultrasonido obstétrico y le dio cita para el ocho de julio del dos mil trece. El citado día él y su esposa se presentaron, y al detectarle a esta una presión elevada, la intervinieron quirúrgicamente naciendo a las 10:00 horas del nueve de julio de dos mil trece, su hijo ---, quien permaneció internado en el nosocomio por su estado grave de salud. Aclara que el personal médico que atendió el parto de su esposa, desde el dos y ocho de julio del dos mil trece conocían de la presión alta de ésta y del doble circular del cordón umbilical que presentaba su hijo, y aun cuando les insistieron en que por ello le practicaran una cesárea, éstos decidieron esperar los dolores de parto, situación que provocó que su hijo absorbiera meconio y por ello la afectación grave de la salud de su hijo, quien falleció el primero de septiembre de dos mil trece. Agregó que aún cuando su esposa fue dada de alta el diez de julio de dos mil trece, esta regresó al día siguiente ya que los restos de placenta no fueron debidamente retirados. Anexó diversas notas médicas y estudios (fojas 02-25).

2.- El veintiuno de agosto de dos mil trece, se recibieron los informes de las médicas del Hospital Regional de Tula, que atendieron a la agraviada el día once y ocho de julio de dos mil trece (foja 30-37).

3.- El veintiocho de agosto, ocho y dieciocho de octubre de dos mil trece, se recibió el expediente clínico de la atención médica proporcionada a los agraviados en el Hospital Regional de Tula y en la Jurisdicción Sanitaria número 14 de Tepeji del Río de Ocampo (foja 45-391).

4.- El seis de febrero de dos mil catorce, se recibió la opinión médica emitida de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, quien respecto de la atención médica desplegada en la atención del parto de la quejosa concluyó lo siguiente:

1. La atención médica otorgada a la paciente --- y al recién nacido ----,



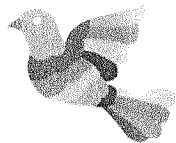
por el personal del hospital de Tula Hidalgo, no se apegó a la lex artis, particularmente: a) al momento de vigilancia de atención del parto y b) al momento de la reanimación neonatal.

2. El resultado de la atención médica otorgada a la paciente --- consistente en recién nacido con hipoxia neonatal se debió a mala praxis. Encontrando como puntos críticos: a). la deficiente vigilancia del trabajo y b) la omisión de reanimación neonatal.

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

EVIDENCIAS

- A)** Queja signada por --- (foja 03-04).
- B)** Informes de autoridad, signadas por las médicas y médico adscritas al servicio de urgencias del Hospital Regional de Tula, que atendieron a la agraviada (fojas 30-44).
- C)** Expediente clínico de la atención médica proporcionada por el personal médico del Hospital Regional de Tula a --- y ---, esposa e hijo recién nacido, fallecido, del quejoso (fojas 45-344).
- D)** Expediente clínico de la atención médica proporcionada por el personal médico del Hospital Regional de Tula a ---, recién nacido, fallecido (fojas 348-370).
- E)** Expediente clínico de la atención médica proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria No. XIV de Tepeji del Río Ocampo (foja 372-391).
- F)** Opinión médica emitida por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, respecto de la atención médica proporcionada a --- y ---, recién nacido, fallecido, fojas 394-447, cuyas conclusiones se hace consistir en:



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; 9º 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; la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo es competente para emitir la presente Recomendación.

En primer término, cabe hacer mención que desde el momento en que la mujer desea quedar embarazada, o en su caso, recibe la noticia de su nueva condición fisiológica, uno de los instrumentos legales con que cuenta el estado Mexicano para garantizar el adecuado desarrollo del embarazo de la mujer, es el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los derechos que se establecen en este artículo respecto de la maternidad son dos: el derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a la protección de la salud. Con la maternidad se advierten una serie de derechos derivados de esta relación íntima y estrecha entre la madre y el hijo, desde que este último se está gestando en el vientre de esta hasta que la gestación llega a buen término, es decir se tenga a una niña o un niño vivo y viable. El derecho a la maternidad en términos de las leyes mexicanas corresponde al Estado, por ello en materia de salubridad general o en su caso de servicio básico, la salud reproductiva tiene como propósitos fundamentales lograr que la maternidad sea una circunstancia saludable y sin riesgos, que los embarazos sean planeados acorde a la libre decisión de los individuos y las parejas, así como y reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil la cual además tiene el carácter preferente o prioritario, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En este orden de ideas, el Manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos, publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, estableció lo siguiente:

1.- Violaciones al derecho a la protección de la salud: entendida como:

A.1. La acción u omisión por medio de la cual el gobierno no proteja la salud, no proporcione seguro de enfermedad o de invalidez, 2. No se proporcione asistencia



médica en caso de maternidad y la infancia, 3. Se impida el acceso a los servicios de salud.

B) 1. No creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia y servicios médicos.

2.- Negativa o inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del Sector Público: 1. Cualquier acto y omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de la salud. 2. Por parte del personal encargado de brindarlo, 3. Que afecte los derechos de cualquier persona.

3.- Negligencia médica: 1. Cualquier acción y omisión en la prestación de servicios de salud, 2. Realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, 3. Sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada, 4. Que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico.

4.- Integración irregular de expedientes médicos: 1. Cualquier omisión Realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública o privada, 3. Que no integre al expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole y 4. No realice los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a cada una de sus intervenciones, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

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

I.- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, párrafos segundo y cuarto, establece que:

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

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



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-TA-0368-13

Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La declaración Universal de los Derechos del Hombre en su artículo 25, numeral 2, dispone:

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.

Por su parte la Ley General de Salud, en sus artículos 50, 51, 61, 61, BIS, prevén:

Artículo 50.- Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

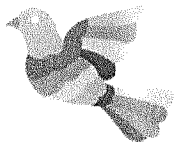
Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;

Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, en sus numerales 4.3., 4.4., 5.1.3; 5.4.1.6; 5.4.2; 5.4.2.1; 5.4.2.2; 5.4.2.3; 5.4.2.4; 5.4.2.5; 5.6.2 y 5.11.1, previenen, que:



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.

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.

5.4.1.6 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;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco 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;

5.6.2 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;



5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

La Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, en sus numerales 1, 2, 4.4, 4.11, 5.1, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11 y 5.14, establece lo siguiente:

1 Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

2 Campo de aplicación

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

4.4 Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

4.11 Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.



5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

Finalmente, el Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea, en el apartado denominado Indicación para realizar una operación cesárea pueden ser:

Por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

C) Causas mixtas:

Preeclampsia/eclampsia.

Los instrumentos legales en cita prevén que el Sistema Nacional de Salud del Estado Mexicano tiene como función principal, garantizar la prestación de Servicios de Salud a la población que lo demande, con calidad, eficiencia y en forma oportuna.

En el caso que nos ocupa, se tiene que el embarazo de ---, fue considerado complicado, teniendo como factores de riesgo hipertensión arterial crónica, edad materna de 42 años, intervalo inter-genésico -espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo- de veinte años. Con este antecedente el dos de julio de dos mil trece, es recibida por ---, médico especialista en ginecología, adscrito al servicio de Urgencias del Hospital Regional de Tula, quien refiere fue enviada por su centro de salud por probable Preeclampsia, y pese a que el Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea, prevé como uno de los signos de indicación para realizar una operación cesárea son la hipertensión arterial y la Preeclampsia, decidió continuar con la medicación sugerida, cita abierta, y revisión en una semana, según foja 57. Así, la agraviada se presenta el ocho de julio de dos mil trece, a consulta médica, y es recibida por ---, médica de urgencias adscrita al referido nosocomio, quien reitera que esta tiene antecedentes de importancia, como ser hipertensa de siete años de evolución, decide dejarla en observación y solicita valoración por el servicio de ginecoobstetricia, según fojas 36 y 56. El mismo día, entre las 22:20 y las 22:50 horas la agraviada fue valorada por el DR. ---, DR. ---, DRA. --- y DR ---, quienes derivado de los hallazgos de la ultrasonografía tomada el mismo día, diagnostican: hipertensión arterial crónica, embarazo de 38 semanas de gestación de alto riesgo, sin trabajo de parto con hipertensión arterial persistente con cefalea y, solicitan valoración por ginecoobstetricia, a la par, determinan ingresarla a la unidad de tococirugía, según fojas 54 y 55. El nueve de julio de dos mil trece, la quejosa es ingresada al quirófano, e intervenida por la Doctora --- auxiliada por el médico anestesiólogo --- -ambos sólo ponen sus apellidos- quienes a las 10:25 horas reciben vivo, al recién nacido ---, con aspiración de meconio, según fojas 61, 73, 75, vuelta.

De los hechos narrados en correlación con la normatividad nacional e internacional en cita, se desprende con claridad, que la atención de una mujer con emergencia obstétrica, como lo fue en el caso -hipertensión arterial crónica, preeclampsia- debe ser prioritaria y, establece también que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso de la operación cesárea, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, que permita a personal médico detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso, acciones que en el presente



caso no se llevaron a cabo, tal y como lo determinó la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, quien detectó mal praxis en la atención médica del binomio madre-hijo, al tenor de lo siguiente:

EN LA EVALUACIÓN PERICIAL DEL PRESENTE EXPEDIENTE DE --- SE
ENCUENTRA LA SIGUIENTE SECUELA DE HECHOS RELEVANTES:

(Discusión) *“entre comillas y cursiva contiene textual notas del expediente clínico”*

No contamos con documental del expediente clínico de atención médica de primer nivel (Centro de Salud) a excepción de una hoja-formato *“Historia Clínica Perinatal Base”* que carece de los datos específicos de las consultas pre-natales. Por consiguiente desconocemos que enfoque de riesgo se le dio al control pre-natal; se excluyen datos como son manejo y control de la hipertensión arterial, la búsqueda de proteínas en orina entre otros. (29)(1)(9)(42)(43)(17)(20)(27)(41)(55)

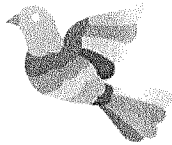
Se omitió la referencia de la paciente a consulta externa de Ginecología y Obstetricia desde la semana 20 la gestación, ya que constituía un embarazo complicado, teniendo como factores de riesgo: hipertensión arterial crónica, edad materna de 42 años, un índice de masa corporal de 37, intervalo inter-genésico de 20 años y presión diastólica al inicio del embarazo de 80-89 mm de Hg. (2)(7)(9)(10)(11)(12)(13)(17)(23)(18)(24)

Consecuentemente la referencia de primer a segundo nivel de atención se realiza al servicio de urgencias el 02/07/13. Dicha referencia dice dentro de sus datos relevantes: *“diagnóstico; embarazo de 39 semanas e hipertensión crónica, con las probabilidades de: pre-eclampsia, producto macrosómico, sufrimiento fetal agudo. Frecuencia cardíaca fetal de 160 latidos por minuto, cefalea y plaquetopenia de 111 000, tensión arterial de 160/110 mm de Hg, general de orina patológico”*. (18)(21)(22)(25)(41)(36)

La historia clínica omite fecha, nombre y firma de quien la elabora. Dicho documento carece de antecedentes gineco-obstétricos, exploración física incluyendo los signos vitales. (86)

La valoración en el segundo nivel de atención (Hospital General de Tula) el 02/07/13, se realizó en el servicio de urgencias por el especialista en ginecología y obstetricia. Esta valoración es deficiente ya que pospone la toma de acciones ocho días; se le indican estudios y la cita en una semana, solo incrementa dosis de antihipertensivo. Con los antecedentes, datos de alarma en la nota de referencia, **con un ultrasonido del 21/06/18 (Sic) que dice:** *“embarazo de 37.2 semanas no acorde con fecha de última menstruación, con datos actuales de doble circular de cordón”*, las acciones que debieron tomarse al momento de recibirla la paciente son: practicar bililastix, y realizar las pruebas para determinar el bienestar fetal (ultrasonido obstétrico para perfil biofísico, registro toco-cardiográfico; prueba sin estrés), y perfil pre-ecláptico. Y de acuerdo a resultados, decidir internamiento para interrupción del embarazo o la cita abierta. (28)(25)(55)(56)(58)(1)(20)(19)(2)(12)(21)(7)(32)(33)(35)(69)(76)(87)(88)(89)

Fallas en el proceso de atención médica por: no tener establecido el triage obstétrico y por lo tanto sin posibilidad de atención oportuna y por un especialista idóneo para el caso. Esto debido a que la paciente ingresó al servicio de urgencias general y permaneció



prácticamente 10 horas en espera de valoración por la especialidad de ginecología y obstetricia. (13)(104)

Esta nota de ingreso a urgencias (15:50 horas) refiere como datos relevantes: *cefalea en ese momento, ultrasonido con oligohidramnios sin embargo con Phelan 8, y doble circular de cordón. Se queda en observación, se solicitan paraclínicos y se solicita valoración por el servicio de ginecología y obstetricia*". Dicha nota omite la toma de signos vitales. (35)

Existe nueva revisión por el servicio de urgencias el mismo día a las 22:00/22:50 y continua reportando datos de alarma: *"lleva 8 horas en el servicio de urgencias con cefalea y tensión arterial de 140/90 mm de Hg, y 160/100 mm de Hg, con disminución de los movimientos fetales, con frecuencia cardiaca fetal de 138-142 por minuto, sin contracciones uterinas, con producto libre, cérvix cerrado y extremidades pélvicas con edema +."* En esta nota hay error en la interpretación de los exámenes de laboratorio ya que los reporta como normales. *"perfil pre-eclámptico dentro de rangos de referencia"* sin embargo hay alteraciones como: examen general de orina con 1000 mg de proteínas/dl, e inicio de alteración de transaminasa glutámico-oxalacética (AST) de 43 (límite superior 37) y fosfatasa alcalina 277 que aportaban los datos necesarios para el diagnóstico de pre-eclampsia sobre-agregada y en evolución de la misma hacia la severidad. (24)(34)(23)(12)

La valoración por la especialidad de ginecología y obstetricia se realizó a su ingreso, en el servicio de tococirugía a las 01:30 horas (10 horas posteriores a la solicitud de la interconsulta) En este momento se integra el diagnóstico de hipertensión crónica con pre-eclampsia sobre-agregada y emite como datos relevantes: *"tensión arterial 160/110 mm de Hg, sin actividad uterina franca, frecuencia cardiaca fetal 148 por minuto, hay buena motilidad fetal, cérvix reblandecido, formado, dehisciente, sin salida de líquido amniótico, extremidades con edema ++. Proteinuri < de 1000, leucocitos 10 por campo Ultrasonido "reporta oligohidramnios, sin embargo Phelan 8, (normal 8-22)" lo cual se encuentra de límites normales, refiere circular de cordón que en ese momento no compromete el estado fetal. Plan: se ingresa para estabilización de cifras tensionales y valorar desembarazo, vigilancia estrecha de binomio". El ultrasonido al que se hace referencia también refiere: disminución de los movimientos fetales, y sugiere realizar trazo toco-cardiográfico que no se lleva a efecto. Tomando en cuenta todos los antecedentes de la paciente y ante sospecha de oligohidramnios se considera que fue pobre la evaluación de bienestar fetal (8) (18) (30) (12) (26) (14) (28) (29) (31) (33) (34) (58) (69) (76) (77) (78) (79) (87)(88)(89).*

En forma general el análisis de ultrasonidos arroja los siguientes datos:

- a) Los primeros ultrasonidos del dieciséis de enero de dos mil trece, y cuatro de abril de dos mil trece el desarrollo del producto es normal.
- b) De acuerdo al ultrasonido del dieciséis de enero de dos mil trece (más confiable) extrapolado el veintiuno de junio de dos mil trece y el de ocho de julio de dos mil trece correspondía a un embarazo de 39- 39.5 semanas. Sin embargo se interpreta como embarazo de 37 semanas y 6 días.
- c) En los últimos 17 días comprendidos entre la toma de ultrasonido el veintiuno de junio de dos mil trece y el de ocho de julio de dos mil trece se maneja un incremento de la edad gestacional de 4 días, ya que el primero refiere 37.2 semanas de gestación y el segundo 37.6 semanas de gestación.

- d) Existe omisión de la elaboración de ultrasonido en el Hospital general de Tula, a pesar de haberse indicado y solicitado el dos de julio de dos mil trece.

Respecto al líquido amniótico, consideramos debió haberse valorado en forma integral, tomando en cuenta el antecedente de hipertensión crónica con la consecuente insuficiencia útero-placentaria, que siempre se encontró en rango inferior mínimo, la circular de cordón, la doble circular de cordón y la disminución de la motilidad fetal referidos en los últimos dos ultrasonidos, así como la pre-eclampsia sobre-agregada. Situaciones, todas que alertaban a una vigilancia estrecha y a completar la alta posibilidad de resolución de embarazo por vía abdominal en cualquier momento. (79)(76)(77)(78).

Se omite durante toda su estancia en el servicio de toco cirugía, incluso en las indicaciones post-parto el manejo antihipertensivo.

La única indicación durante el trabajo de parto se realiza a la 01.40 horas, no tiene nombre, ni firma del que la elabora y dice: *“solución glucosada 5% 500 cc más 40 mg de Butilhiocina para 30 minutos, al término glucosada 500 cc más 5 unidades de oxitocina a 10 gotas por minuto”*.

Se da una nueva valoración por el obstetra a las 02:30 horas, nota en donde por primera ocasión se documenta la *“prueba de trabajo de parto” (inducto-conducción?)* y agrega *“en este momento quirófano ocupado por servicio de cirugía”* sin que quede claro el objetivo del comentario. (3)(38)(60)(103)

La decisión de realizar inicialmente inducto-conducción es correcta a pesar de que tenía factores que contribuían a tener pocas expectativas de éxito como son test Bishop menor de 7, e índice de masa corporal de 37 entre otros. (61)(62)(63)(3)(15)(52)(64)(65)(70)(60)(100)

Análisis del parto-grama.

Partograma (sin fecha, sin nombre, sin firmas)

Hora	00:2:0 0	00:4:0 0	00:5:0 0	00:6:0 0	07:0 0	00:8:0 0	00:9:0 0	00:10:0 0	P l a n o s
Frecuencia cardiaca fetal por minuto		160	158	148					
Contracciones en 10 minutos	0	0	1	1	2	2	3		
Mili-unidades de oxitocina	0	0	5	5	5	5	5		
Tensión arterial	110/70	110/70	110/70						
Pulso	80	80	80						
Temperatura en grados centígrados	36	36	36						
10 cm									



DILATACIÓN	9cm							90%		LIBRE I I I I I I V
	8 cm						80%			
	7 cm			60%		70%				
	6 cm									
	5 cm									
	4 cm		50%							
	3 cm									
	2 cm	50%								
	*									

BORRAMIENTO

- a) La cara anterior del parto-grama no se encuentra requisitada.
- b) Hay deficiente vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal ya que en una estancia de 9 horas solo se reportó en 3 ocasiones, el último registro es a las 06:00 horas y el nacimiento se da a las 10:25 horas. (45)(51)(39)
- c) Hay deficiente vigilancia de la inducto-conducción, (oxitocina) ya que solo en una ocasión hasta las 9:00 se reportan las 3 contracciones en 10 minutos (40)(45)(50)(39)
- d) Inconsistencia en el manejo de la inducto-conducción ya que la indicación se da la (Sic) 01:40 horas, el médico la comenta en su nota a las 02:30 horas y se reporta en el parto-grama a las 05:00 horas. (44)(52)
- e) Hay deficiente vigilancia en la tensión arterial de la paciente ya que solo se reportan tres tomas en una estancia de nueve horas, en una paciente hipertensa. Este documento se confronta con el registro de enfermería encontrando en este: omisión de la toma de tensión arterial de las 02:00 horas, y la toma de las 0:4.00 y 0:5:00 horas del parto-grama no coinciden con el registro de enfermería. (45)(15)
- f)La dilatación y borramiento no son congruentes con la característica de las contracciones. (45)



- g) Existe nota médica por el especialista a las 04:00 horas comentando *"tensión arterial 110/80, continua prueba de trabajo de parto con vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, (140 por minuto) cérvix con 1 cm de dilatación, una contracción en 10 minutos"*; datos que no concuerdan con lo reportado en el parto-grama: ya que a las 04:00 horas reporta: tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca fetal 160 por minuto, cérvix con 4 cm de dilatación, cero contracciones y la oxitocina no se encuentra administrada.
- h) Existe nota médica por el especialista a las 06:30 comentando *"tensión arterial 120/90, frecuencia cardiaca fetal 148 por minuto, cérvix con tres centímetros de dilatación, 70% de borramiento una contracción cada 5 minutos"* los datos que no concuerdan con el parto-grama: no hay toma de tensión arterial, no hay reporte de dilatación ni borramiento, sin embargo a las 00:7.00 horas tiene 7 cm de dilatación.
- i) La nota médica por el especialista 08:00 con el parto-grama, refiere *"tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca fetal (es ilegible) cérvix central 5-6cm de dilatación, 70% de borramiento"*. Los datos que no concuerdan con el parto-grama: no hay toma de tensión arterial, el cérvix con 8 cm de dilatación, 80% de borramiento.
- j) Omisión de evaluación de amniotomía y registro de momento de ruptura, la última referencia como integra, es a las 08:00 horas. Sin embargo la documental no muestra el momento en que se rompieron y como resultado sin posibilidad de saber las características del líquido amniótico, elemento importante que hubiera podido arrojar signos de alarma. Así también hay que considerar que la amniotomía por si sola es parte del método de inducción de parto. (60)(15)
- k) El parto-grama marca 4 cm de dilatación con 50% de borramiento sin ninguna contracción. La fase latente del primer periodo del trabajo de parto: es el periodo de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura 4-5 horas en pacientes multíparas. (49)
- l) Omisión de altura de presentación incluso a las 10:00 horas momento en que se reporta dilatación completa, (vigilancia del descenso) (15)(82)
- m) Existe omisión total de registro toco-cardiográfico (57)(15)(88)
- n) Existe omisión de monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca fetal. (15)(6)(51)(75)(80)
- o) En cuanto a la administración de la oxitocina no hay reporte de dosis de aumento en los intervalos de tiempo que marca la literatura, que en este caso debió haber sido entre 20 y 40 minutos, (por el tipo de esquema utilizado). (73)(5)(68)

El esquema de uso de oxitocina es correcto ya que la literatura contempla esquemas tanto de dosis bajas como de dosis altas. En este caso se utilizó un esquema de dosis altas (500 ml de solución más 5 unidades de oxitocina de inicio lo que equivale a 5 mil unidades) Sin embargo no se reflejó el resultado en el trabajo de parto ni en el registro del parto-grama. (5)(72)

Como factores de riesgo que favorecen a una alta probabilidad un sufrimiento fetal intra-parto en el presente caso son: la propia inducción, las características de la inducción, un feto que no iba a responder igual a un caso sin patología materna, rangos mínimos de líquido amniótico, el uso de fármacos (Oxitocina). (67)(69)(71)(77)(78)(85)

Todos los elementos mencionados previamente constituyen deficiente vigilancia en el trabajo de parto, consecuentemente con imposibilidad de detectar e impedir la aparición de un estado fetal desalentador. (5) (6) (38) (65) (66) (75) (4) (15) (34) (45) (54) (67) (94) (95) (103)

La historia clínica sin fecha, sin nombre, sin firma de quien la elabora y documento que por los datos corresponde a su ingreso el 08/07/13. Dicho documento carece de antecedentes gineco-obstétricos, exploración física incluyendo los signos vitales. (86)



Se encuentran omisiones en la nota de la atención del parto, que por la naturaleza del caso y las deficiencias marcadas previamente son importantes y son: presentación del producto, comprobación de la integridad y normalidad de la placenta, características del cordón umbilical, sobre todo por la referencia en dos ultrasonidos de circular simple en una ocasión y doble en otra, características de líquido amniótico, características de las membranas amnióticas, hora de ruptura de membranas amnióticas, hora de nacimiento, contractilidad del útero, signos vitales, sexo del Recién Nacido. De tal manera que dicha nota, solo refiere como datos relevantes al caso *“Recién Nacido vivo que obtiene una calificación de Apgar de 6-8, peso 3.450 gr, talla 53 cm”* (46)(47)(96)

Posterior a la nota de atención de parto existen los primeros datos plasmados en el expediente del Recién Nacido y corresponden a *“hoja de identificación del Recién nacido”* elaborada por personal de enfermería y con un sello encimado con nombre y cédula profesional sin firma y que no corresponde a quien elabora nota: *“se obtiene producto masculino con +++ de meconio, asfixiado 1 a 2 minutos y se recupera con ligera dificultad para respirar se mantiene en observación y vigilancia. Continúa polipneico, con quejido, se sube al servicio de neonatología.”* Es calificado con Apgar 6-8. (95)(96)

La nota post-parto no refleja la gravedad del Recién nacido, no es congruente con el estado físico que refleja la nota inicial del producto, y aún esta última, plasma incongruencias como son Apgar de 6-8 confrontado con *“asfixiado 1-2 minutos;”* elementos que están minimizados, en relación a la realidad del evento adverso. (Expediente clínico).

El evento adverso del resultado de la atención médica en el presente caso es un Recién Nacido con lesión neurológica grave, en donde se han descartado otras causas, quedando como diagnóstico la hipoxia neonatal. (81)(83)(84)

A pesar de que no contamos con los datos clásicos para diagnóstico inmediato de asfixia neonatal como son: acidosis metabólica; Ph igual o menor de 7, exceso de lactato (no se realizaron al nacimiento) y el Apgar de 0 y 3 a los 5 minutos, actualmente existen datos clínicos que asocian y apuntan a un Recién Nacido que estuvo expuesto a evento de asfixia como son: dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular, alteración del estado de alerta, crisis convulsivas, intolerancia a la vía oral, sangrado de tubo digestivo, sangrado pulmonar, alteraciones del ritmo cardíaco, alteraciones de la perfusión, lesión neurológica severa y no existe otra causa justificable para este escenario. (90)(91)(92)(93)(94)(48)

Respecto al reingreso de la paciente al siguiente día de su alta por puerperio y post-operatorio de salpingoclasia, se debió a que la paciente presentó cuadro de mastitis, deciduitis crónica, e hipertensión arterial persistente. Motivos por los cuales en forma acertada se hospitalizó nuevamente, se le realizó ultrasonido pélvico y legrado uterino, así como ajuste de antihipertensivos nuevamente. (102)

Concluyendo: como datos objetivos se encuentran: control pre-natal deficiente, vigilancia del parto deficiente, falta de recurso humano idóneo al ingreso de la paciente al servicio de urgencias del Hospital General, falla en el proceso de atención médica, con un resultado adverso consistente en un Recién nacido dañado por hipoxia neonatal.

EN LA EVALUACIÓN PERICIAL DEL PRESENTE EXPEDIENTE DE RECIÉN NACIDO --- SE ENCUENTRA LA SIGUIENTE SECUENCIA DE HECHOS RELEVANTES:



Se encuentran factores de riesgo: edad de la madre de 42 años, con hipertensión Arterial Crónica de 7 años de evolución manejada con alfametildopa y captopril, además de reportarse la presencia de Preclampsia en el último trimestre del embarazo manejada con alfametildopa.

Existe omisión de reanimación neonatal; ante el reporte de presencia de meconio +++ en recién nacido No Vigoroso se debió efectuar laringoscopia directa y aspiración traqueal durante los primeros 30 segundos después del nacimiento de acuerdo a lo indicado por la literatura especializada la NOM 007 SSA2 1993 y el Programa de Reanimación Neonatal, para evitar aspiración de meconio. La enfermera que recibe al recién nacido anota que nace “asfixiado 1 a 2 minutos” al no seguirse los pasos de reanimación neonatal que a los 30 segundos evalúan respiración, frecuencia cardíaca y oximetría de pulso o en todo caso color, no hubo una evaluación para decidir que seguramente a los 30 segundos de vida el recién nacido requería ser asistido con ventilación a presión positiva durante 30 segundos y reevaluarse ya que la literatura especializada reporta que la indicación de VPP son apnea ó bloqueo, frecuencia cardíaca menor de 100%. Al contrario se reporta que se aspira y sin anotar las maniobras que se utilizaron reporta que se “recupera” con “ligera dificultad respiratoria”. Se anota en Apgar de 6 al minuto sin referir en ningún momento en que datos del Apgar se basaron para dar esta calificación al minuto cuando reporta que nace asfixiado 1 a 2 minutos.

De la hora de nacimiento (10:25h) hasta la nota de ingreso (12:56h) no se anota ningún reporte de signos vitales, saturación y estado del paciente así como su manejo. Estas medidas no realizadas explican la evolución del Recién Nacido en cuanto a que se presentara Síndrome de Aspiración de Meconio e Hipertensión Pulmonar Persistente, y prolongación de la Asfixia, condicionando presencia de Encefalopatía Hipóxico Isquémica y complicaciones multiorgánicas.

Al ingreso al servicio de neonatología el médico pediatra, no toma en cuenta el manejo deficiente del recién nacido en el momento del nacimiento, refiriendo que se dieron “pasos iniciales” cuando la persona que atiende al recién nacido no siguió el manejo apropiado de un recién nacido con meconio no vigoroso; refiere los datos de dificultad respiratoria del recién nacido, y anota que existe saturación del 80% con aporte de oxígeno 31 X' en casco céfalico que no es normal, no toma gastrometría dejándose este manejo durante 13 horas, ya que a las 2:00 horas del día 10 de julio se refiere mala evolución del recién nacido con taquipneaimportante de 120X'y radiológicamente compatible con Síndrome de Aspiración de Meconio, se instala Fase II de ventilación (CPAP Nasal con 5 cmH₂O) reportando una gastrometría que se ignora con qué porcentaje de oxígeno se toma y la cuál reporta hipoxemia con PaO₂ de 52 y saturación de 86%. Se mantiene con este manejo hasta las 26 horas de vida cuando se decide Fase III de ventilación por mala evolución comentándose hasta ese momento la posibilidad de Hipertensión pulmonar persistente, sin sospecharse la posibilidad de que el paciente ya estuviera cursando con encefalopatía Hipóxico-Isquémica dada la irritabilidad mencionada.

A las 38 horas de vida se encuentran datos de empuñamiento de mano y atrapamiento del pulgar así como deterioro de bradicardia y desaturación importante, se corrobora por ultrasonido cerebral hemorragia frontoparietal derecha y hemorragia intraventricular grado II, complicación de encefalopatía Hipóxico-Isquémica (Sic), que al tercer día de vida se manifestó por la presencia de crisis convulsivas evidentes.

Existe omisión de la elaboración de un electroencefalograma durante toda su estancia hospitalaria y tras las complicaciones agregadas de Miocardiopatía Hipóxico-isquémica, hiponatremia de difícil control, cuadros de sepsis intrahospitalaria, presencia de 2 paros



cardiacos hacen evidente el pronóstico malo para la vida y la función neurológica, ignorando la evolución final ya que el expediente no está completo, pero hasta los 36 días de vida se mantenía con asistencia ventilatoria, apoyo con dopamina y mala evolución neurológica.

II.- En este orden de ideas, de los hechos narrados se muestra que fue inadecuada la prestación de servicio médico público ofrecido por el personal médico del Hospital Regional de Tula a --- y ---, esposa e hijo recién nacido, fallecido del quejoso y, además, incurrieron en negligencia médica, ya que no actuaron con la debida diligencia en las intervenciones de atención, que como consecuencia conllevaron a la alteración en la salud de esta y pérdida de la vida del recién nacido, así como un daño moral de sus progenitores.

Aunado a lo anterior, es de destacar que en las notas médicas que integran los expedientes clínicos de los agraviados se detectaron diversas irregularidades, tales como:

1) no se aprecia la firma respectiva del personal médico tratante, 2) se omitieron detalles de la hospitalización y tratamientos, 3) notas ilegibles, 4) desorden cronológico, 5) notas médica con ausencia de nombres completos, cargos, rangos y matrículas de los médicos tratantes, residente e internos, evidenciando un incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Por lo descrito en el cuerpo de la presente, y agotado el procedimiento regulado por la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.

A usted titular de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, se:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Instar al personal médico para que su actuar no se aparte de la normatividad nacional e internacional en materia de salud, específicamente la



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-TA-0368-13

relacionada con la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido a fin de que la atención médica no pierda oportunidad, eficacia, y de calidad para que garantice los derechos humanos a la maternidad, a la salud y a los derechos del niño.

SEGUNDO.- Capacitar a las y los servidores públicos obligados a garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud para el adecuado manejo y debida atención de las personas pertenecientes a grupos vulnerables como el caso de mujeres embarazadas.

TERCERO.- Establecer mecanismos para el seguimiento y la evaluación de las actividades de capacitación y sensibilización en materia de derechos humanos, dirigidas a los servidores públicos de esa dependencia y para los de nuevo ingreso, que realizan tareas relacionadas con el derecho a la salud, para lo cual se ponen a sus ordenes los servicios que brinda la Secretaría Ejecutiva de esta Comisión de Derechos Humanos.

CUARTO.- Iniciar el o los procedimientos legales respectivos a quien o a quienes resulten responsables para que, en su momento de resultar responsables, se les imponga la sanción a que se hagan acreedores por los hechos violatorios tratados en la presente Recomendación.

QUINTO.- En el caso de ser procedente indemnizar en términos de ley a --- y ---, padre y madre de ---, recién nacido, fallecido.

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

ATENTAMENTE

JOSÉ ALFREDO SEPÚLVEDA FAYAD
PRESIDENTE

HBVA/JCE/IMB