



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE HIDALGO.

RECOMENDACIÓN

NÚMERO: R-A-0041-13

EXPEDIENTE: CDHEH- A-0031-13

QUEJOSA: [REDACTED]

AUTORIDADES RESPONSABLES: [REDACTED] ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPANO. [REDACTED] ENCARGADO DE TURNO NOCTURNO ESPECIAL DE GINECO-OBSTETRICIA. PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPLANO, APAN, HIDALGO.

PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO, HIDALGO.

HECHOS VIOLATORIOS: 8. VIOLACIONES A LOS DERECHOS SOCIALES DE EJERCICIO INDIVIDUAL 8.2 VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD. 8.2.4 NEGLIGENCIA MÉDICA.

Pachuca de Soto, Hidalgo, doce de septiembre de dos mil trece.

“Año Internacional de la Cooperación en la Esfera del Agua”

[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 contra de personal médico adscrito al Hospital General del Altiplano, ubicado en Apan, 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; 33, fracción XI, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, así como el 127 de su Reglamento, se han examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1.- El veintinueve de enero de dos mil trece, compareció ante este Organismo [REDACTED] quien manifestó que el lunes veintiocho de enero de dos mil trece, aproximadamente a las cero horas, su hermana [REDACTED] ingresó al Hospital General del Altiplano, toda vez que presentaba **dolores intensos y trabajo de parto**, por lo en el área de urgencias, platicaron con una enfermera y el médico de guardia, que quienes incluso le refirieron que ya estaba lista para dar a luz, cuestionándole si presentaba dolores, inclusive la enfermera comenzó a limpiarla, sin embargo, al esperar durante parte de la noche y preguntar en tres ocasiones por su familiar, ya que no les daban información alguna, decidió entrevistarse con el subdirector del nosocomio quien aún cuando se comprometió a brindarle información tampoco se la dió; siendo hasta las once de la mañana cuando intervinieron quirúrgicamente a su hermana, informándole que ya había dado a luz a una niña; sin embargo, hasta las trece horas la trabajadora social le aclaró que debía afiliarse a la menor al Seguro Popular para poder trasladarla al Hospital General de Tulancingo por que estaba grave de salud, lo cual hicieron. La recién nacida se encontraba muy grave y con pocas posibilidades de vida, por lo que consideró que el estado de salud de su sobrina fue consecuencia de una negligencia médica, toda vez que no se le otorgó a su hermana el servicio médico de forma oportuna.

2.- El once de febrero de dos mil trece, se recibió escrito mediante el cual el doctor [REDACTED] a manera de "informe" remitió copia simple del "resumen clínico" de la paciente [REDACTED] en el cual no obraba firma alguna del personal que lo elaboró. Dicho documento se transcribe a continuación:

...Dx de ingreso: embarazo de 36.4 semanas RPM; Ax de egreso: Puerperio quirúrgico inmediato. P p cesárea tipo kerr por producto en presentación pélvica y RPM, larga latencia.

*Primigesta quien acudió por primera vez a las 28.5 semanas 03122012 al servicio de urgencias por presentar dolor en hipocondrio derecho y epigastrio sin trabajo de parto por lo que sólo se indicó paracetamol a 750 mg. cada ocho horas. El día 15012013 acudió al servicio de urgencias por referir **cefalea** signos vitales dentro de parámetros de normalidad TA: 100/70 Hgb, cursaba con embarazo de 34.5 semanas por FUR. Para el 23012013 la paciente acudió al servicio de urgencias por referir movimientos fetales, no presentó actividad uterina, no pérdidas transvaginales, FCF 151 latidos por minuto sin variación en la frecuencia cardiaca, se solicitó USG obstétrica. El día 28012013 se presentó a las **12:00 horas al servicio de urgencias por referir dolor de tipo obstétrico y con salida de líquido transvaginal**. A partir de la 01:00 horas aprox a la exploración se encontró producto único vivo en situación logitudinal **posición pélvica** con FCF 1140x, al realizar tacto con cérvix sin modificaciones con salida de líquido se decide ingreso a la unidad de toco cirugía, ingreso a la 01:30 horas con diagnóstico de embarazo de 36.4 semanas con RPM de una hora treinta minutos, producto único vivo pélvico con FCF 144 latidos por minuto, con cérvix posterior largo*

y deiscente, traner (+) con salida de líquido no fétido, candidata a interrupción de embarazo por vía abdominal, sin embargo, durante el turno no se contaba con pediatra y servicio de laboratorio por lo que sólo se inició antibioterapia, además de demonitorización continua. Se le explica que de haber urgencia obstétrica se buscará traslado. A las 08:00 horas se revalora el caso encontrando paciente con 34.5 semanas de embarazo, ruptura de membranas de 7 horas de la atención, sólo se espera dictámenes de laboratorio para interrupción de embarazo.

Se obtienen exámenes de laboratorio... pasa a quirófano se realiza cesárea obteniendo producto único vivo femenino con peso de 2700 gr apgara de 7/9SA 2 Capurro de 38 semanas, líquido claro sin grumos, producto pélvico completo nace a las 10: 36 horas, se realizó procedimiento quirúrgico sin complicación, no desea método anticonceptivo. La evolución postquirúrgica satisfactoria, tolero vía oral deámbulo mucionó y presentó evacuaciones, motivo por el cual se decidió alta en servicio el 30012013...

3.- El doce de marzo de dos mil trece, se solicitó al director del Hospital General de Tulancingo, Hidalgo, [REDACTED] remitiera a esta Comisión, copia certificada del expediente clínico aperturado con motivo de la atención hospitalaria que recibió en ese nosocomio la hija de la quejosa, [REDACTED] documentales que fueron remitidas a este organismo defensor de derechos humanos el veinte de marzo de dos mil trece.

4.- Ante la falta de rendición de informe de todos y cada uno de los servidores públicos que tuvieron participación en la atención de [REDACTED] quejosa en el expediente de mérito, el catorce de marzo de dos mil trece se solicitó **por tercera ocasión** al director del Hospital General de Altiplano, doctor [REDACTED] indicara al personal del nosocomio a su cargo rindieran su respectivo informe por duplicado.

5.- El veinticinco de marzo de dos mil trece, se recibió escrito signado por el doctor [REDACTED] remitiendo a esta Comisión diez resúmenes clínicos signados por [REDACTED] personal médico que intervino en los hechos motivo de la presente queja. Sin embargo una vez analizados los informes correspondientes se considera necesario transcribir únicamente cinco de ellos los cuales son:

1. **Ginecoobstetra, doctora** [REDACTED]

... recibe turno matutino a la paciente [REDACTED] el día 28 01 2013, se trataba de paciente primigesta con embarazo de 36.4 sem por FUR segura y confiable+ ruptura de membranas de 8 hrs de evolución+ pón-dromos de trabajo de parto + producto en presentación pélvica, quien refería muy esporádicas algias obstétricas, múltiples movimientos fetales, negó sintomatología de vasoespasma. Paciente consiente orientada en las tres esferas, mucosas orales hidratadas, tórax normal, mamas normales, abundante panículo adiposo FU de 32 cm, producto con dorso a la derecha, situación longitudinal presentación pélvica, FCF146 latidos por minuto se realizó tacto vaginal con cérvix largo posterior reblandecido un dedo dehiscente, trainer positivo, signos vitales dentro de parámetros de normalidad TA 120/80 mm Hg, FC 88x FR 21 x min, temperatura corporal 36.05 C paciente ya con impregnación con antibiótico, no contaba con exámenes de laboratorio por no contar con el servicio, en turno previo por lo que se envían muestras para exámenes de laboratorio obteniendo resultados hasta las 10:00 am., mismos que se encontraron en parámetros de normalidad, por lo que se avisa al servicio de anestesiología para la interrupción del embarazo por vía abdominal.

Se realizó cesárea tipo kerr obteniendo producto único vivo femenino con pesos de 2700 gr, apgar de 7/8 líquido claro escaso de características normales, producto pélvico completo sin complicaciones durante evento quirúrgico aparentemente.

Se explica a familiar y paciente los riesgos de infección puerperal, dehiscencia de herida quirúrgica, hemorragia obstétrica, en el neonato sepsis neonatal de dificultad respiratoria...

2. Doctor [REDACTED] Turno Vespertino GYO

... se recibe paciente en estado posoperatorio inmediato por producto pélvico, ruptura precoz de membranas de 11 horas de evolución hemodinámicamente estable, signos vitales en parámetros considerados normales.

Sin efecto anestésico residual con buena evolución posoperatoria, sin método de planificación familiar; se revisa expediente sin encontrar incidentes durante el acto quirúrgico, parámetros normales, llama la atención que no se encontraba en alojamiento conjunto con su recién nacido internado en pediatría por dificultad respiratoria.

PLAN: se pasa visita, actualización de indicaciones, se informa que la evolución del estado clínico del R/N debe ser dada por servicio de pediatría y familiar responsable, continua internada para impregnación antibiótica.

99-01-13 Se encuentra paciente con adecuada evolución clínica y quirúrgica, tolerando deambulación vía oral, uresis voluntaria normal, canalizando gases, signos vitales normales.

Plan de visita, actualización de indicaciones se indica la necesidad de completar impregnación antibiótica intrahospitalaria con ampicilina y gentamicina i.v. como mínimo 48 horas y valorar alta domiciliaria hasta el día 30-01-13 según evolución clínica. Se insiste en que la información de la evolución del recién nacido compete ser dada a familiar responsable por el servicio de pediatría...

3. **Doctor** [REDACTED]

... se revisa a [REDACTED] el día 15 de enero de dos mil trece, con Dx Primigesta con embarazo de 34.55 D.G. x FUM 17052012 G.1 P.O.C.O.A.O, FPP 24022013, **refiere edema de ambos pies y cefalea** así como vómito de instalación repentina, signos vitales: TA 100/70 MM/HG FC 86X MIN, FR 18X MIN, peso 94 KG, talla 1.52, EF consiente, con buen estado de hidratación, buena coloración de mucosas y tegumentos, ojos con pupilas isocóricas, normofléxicas, narinas permeables, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico sin sdenomengnalias, tórax CSPS ventilados RSCA rítmicos DED buena intensidad y frecuencia, abdomen globoso con PUVIU, FU 38 cm, PUVIU, PC, SL, FF en CID, frecuencia 148 x min, tacto vaginal; vagina amplia normotérmica, cérvix cerrado, M.P. edema ++ pulsos y reflejos normales IDX embarazo de 34.5 S.D.G. x FUM 17052012TX **reposo Furocemida tabletas 40mg ¼ de tableta cada 24 hrs, Butiliosina tab, 100 mg cada 8 hrs**, cita abierta a urgencias y cita en quince días...

4. **Doctor** [REDACTED]

... se trata de paciente femenino de 21 años de edad quien acude al servicio de urgencias por presentar **dolor abdominal, así como salida de líquido amniótico de aproximadamente una hora de evolución** exploración física de edad aparente, igual a la cronológica, integra cardiopulmular sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante con situación longitudinal **pélvico**, dorso a la derecha libre, frecuencia cardíaca fetal de 140 x sin aparentes variantes, se realiza tacto vaginal libre y frecuencia cardíaca fetal, se realiza tacto vaginal **observando salida de abundante líquido amniótico...**

5. **Doctor** [REDACTED] **adscrito a Tuno nocturno especial de Ginecología y Obstetricia.**

...se trata de paciente femenino que ingresa al servicio de Ginecología y Obstetricia el día veintiocho de enero de 2013 a la 1:30 al servicio de unidad tocoquirurgica, la paciente a su ingreso con el diagnóstico de embarazo de 36.4 semanas de gestación por fecha de última regla y de 37.6 semanas por ultrasonido de tercer trimestre, más ruptura prematura de membranas de una hora treinta minutos, sin control prenatal en esta unidad, la paciente sin datos de vasoespasmo, con presencia de movimientos fetales, se encuentra con buena coagulación tegumentaria, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con útero gestante con FU DE 32 cm presentación pélvico dorso derecha con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto, actividad uterina irregular, tacto vaginal cérvix posterior dehisciente, tranier positivo **salida de líquido claro no**

fétido, extremidades integras sin edema, con buen llenado capilar resto sin alteraciones, los signos vitales tensión arterial de 110/70, frecuencia cardiaca 88 por minuto y temperatura 36.5 grados C la paciente candidata a interrupción de embarazo por vía abdominal, sin urgencia obstétrica durante el turno, se encuentra monitorizada todo turno hasta las 7:00 am, no contamos con servicio de laboratorio en el turno y no contamos con pediatra en el turno, y no contamos con servicio de laboratorio en el turno, se avisa a jefe de guardia, sin urgencia ni indicación para traslado se explica a familiar y paciente las indicaciones se indica solución glucosada, se inicia antibiótico por la ruptura de membranas y se mantiene en monitorización continua, sin datos de alarma obstétrica se deja al siguiente turno para toma de laboratorios en espera de servicio de pediatría e interrupción de embarazo vía abdominal.

6.- El once de abril de dos mil trece, la Visitadora Regional de Apan acudió a realizar diligencia de ratificación de queja, para lo cual se entrevistó a [REDACTED] en su domicilio, quien manifestó que el pasado veintiocho de enero de dos mil trece, con ocho meses y una semana de gestación, aproximadamente a las cero horas, acudió al Hospital General de L Altiplano, ya que se le había “reventado la fuente” y presentaba fuertes dolores en la pelvis, se presentó en compañía de su madre, [REDACTED] y de su hermana, [REDACTED] siendo recibida en el área de urgencias en donde la revisó un médico quien le hizo un tacto, había una enfermera; **el médico le dijo que le tenían que realizar una cesárea de emergencia debido a la “ruptura de membranas”**, luego la pasaron al área de quirófanos y la recibieron las enfermeras y se oían ronquidos y miré a un médico que estaba durmiendo y traía una bata y escuchó que lo despertaron llamándole por su apellido, que era ‘[REDACTED]’, y la enfermera que lo despertó le dijo que había que atender a una persona que iba a tener un parto. El médico fue a atenderla y después de casi cuarenta minutos regresó a revisarla, le hizo un tacto y le dijo a las enfermeras que le pusiera medicamento, “para que abriera el cuello de su matriz”, retirándose a dormir de nueva cuenta en una camilla cercana a la que se encontraba la quejosa.

Le pusieron medicamento en la manguera del suero y la dejaron en el lugar, retirándose también a dormir las enfermeras; narró que después de las ocho de la mañana fue cuando al hacerse el cambio de turno, aproximadamente a las ocho y cuarto entró a revisarla una ginecóloga de apellido [REDACTED] quien volvió a revisarla y le hizo otro tacto, indicó a las enfermeras que le hicieran estudios de sangre, le preguntó **“a qué hora la habían ingresado”**; le explicó y le dijo “cómo es posible que no la hayan atendido”. La ginecóloga esperó a que le entregaran los estudios y la ingresó aproximadamente a las diez y cuarto al quirófano, la mantuvieron despierta, cuando sacaron a su hija pidió que se la mostraran; sin embargo le informaron que no podía respirar bien y permaneció como una hora y media mientras terminaban de cerrarle la herida, luego la sacaron y se quedó dormida como media hora. La pasaron al área de

piso y en la hora de visita, ya como a las cuatro de la tarde, entró su hermana [REDACTED] [REDACTED] le dijo que iban a trasladar a su hija a Tulancingo porque estaba muy grave, sin embargo, ella se sorprendió porque no le habían informado nada; la trasladaron a Tulancingo y su hermana [REDACTED] se fue con ella; el martes veintinueve el subdirector del hospital le dijo que hablaría para saber del estado de salud de su hija, sin embargo, no lo volvió a ver hasta el día miércoles que la dieron de alta. Mencionó que se presentó en Tulancingo en donde **le informaron que su hija estaba muy grave ya que había tragado líquido amniótico y que como se le reventó la fuente le faltó el oxígeno**, lo anterior como consecuencia de no haberla intervenido de inmediato; manifestó que su hija permaneció entubada una semana y después la desentubaron pero seguía sin poder respirar sola, por lo que la tuvieron que volver a entubar, la desentubaron de nueva cuenta, pero seguía sin poder respirar; la mantuvieron con oxígeno y conectada a un ventilador, se la dieron de alta después de treinta y siete días indicándole tenerla en su domicilio con oxígeno y le hacía nebulizaciones cada doce horas y con medicamento; bajo protesta de decir verdad manifestó que siguió el tratamiento médico y la supervisaba con un médico particular, [REDACTED] quien tiene su consultorio en esta ciudad en la calle de Guerrero, esquina con Lauro Mendez, él le dijo que no tuvieron por qué darla de alta ya que tenía secuelas muy graves. La dieron de alta el ocho de marzo y el jueves catorce de marzo se puso grave y la llevó con el médico particular quien la mandó otra vez a Tulancingo y el primer médico que la atendió le dijo que le empezaba a fallar el corazón, sin embargo, un segundo médico de ese mismo hospital le dijo que únicamente estaba agitada que la mantuviera con oxígeno y se la volvió a dar de alta. Al día siguiente la quejosa siguió viendo mal a su hija y la llevó con un pediatra particular quien le sugirió llevara a su hija al Hospital del Niño DIF en donde la ingresó a las doce del día del viernes quince de marzo, la atendieron, sin embargo le dieron tres paros respiratorios y finalmente falleció como a las ocho de la noche.

7.- El dieciocho de abril de dos mil trece, se recibió en esta Comisión la copia certificada la cual fue solicitada al doctor [REDACTED] director del Hospital del Niño DIF.

8.- El veinticinco de mayo de dos mil trece, se solicitó mediante oficio 00215, la colaboración del presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, para emitir una opinión médica, respecto del caso planteado por [REDACTED] [REDACTED]

9.- El diecinueve de junio de dos mil trece, en diligencia celebrada en el domicilio de la quejosa se recabó la declaración testimonial de [REDACTED] quien manifestó ser hermana de [REDACTED] refirió que el día de los

hechos acompañó a su hermana aproximadamente a las doce de la noche al Hospital General del Altiplano ya que se la había reventado la fuente y manifestaba dolor, se encontraba programada para realizarle una cesárea porque su bebita venía sentada y tenía la cabecita muy grande, la ingresaron al área de urgencias y les dieron su ropa lo cual fue enseguida que llegaron, estaban preocupadas porque no les daban información y preguntaron en urgencias en una ventanilla y les decían solamente que esperaran hasta que les dieran informes, lo cual no ocurrió hasta el día siguiente como a las siete de la mañana salió el doctor [REDACTED] y lo alcanzaron para preguntarle de su hermana por que les dijeron que él era el cirujano, dicho médico le dijo "que su hermana se encontraba bien que era niña y que le iban a practicar una cesárea entre las diez y las once de la mañana.

Preguntó si podía pasar a ver a su hermana pero le dijeron que no. Esperó a que la llamaran en el área de urgencias y una doctora le dijo que la llevarían al quirófano para hacerle la cesárea, le comentó también que estaban delicadas las dos y que **no la habían atendido oportunamente, que la bebé ya no tenía líquido y que había sido una negligencia del turno de la noche no haberla intervenido desde que llegó, por lo que la bebita tenía riesgo de nacer con alguna complicación de respiración** por no atenderla con oportunidad. Le pidió que firmara unos documentos le pidió que esperara ahí y que no se moviera por que tanto su hermana como su sobrina estaban delicadas. Como a las dos de la tarde la llamaron y se dirigió con la pediatra que recibió a su sobrina y le dijo que tenían que trasladarla al hospital general del Tulancingo o a Pachuca porque tenía un problema grave para respirar y era necesario colocarla en un ventilador, salió a avisarle a su familia ya que le dijeron que alguien tenía que irse con la niña, le avisó a su mamá y fueron a ver al director del hospital quien no se encontraba, atendiéndolos el subdirector a quien le hicieron saber de la consecuencia de no atender a su hermana de forma oportuna, el subdirector les pidió que no se alteraran y les dijo que la niña ya traía el problema por lo que discutieron con él su hermana [REDACTED]

El veintiocho de enero de dos mil trece, como a las quince treinta horas, se trasladó con su sobrina al Hospital General de Tulancingo, Hidalgo; en donde las recibieron y permaneció hospitalizada hasta el día tres de marzo, encontrándose estable, pero grave. Finalmente se la dieron de alta el siete de marzo argumentando **que había un brote de varicela** y que era conveniente darla de alta para que no se contagiara, además de que ya estaba en buenas condiciones solo que tenían que prevenir un tanque de oxígeno y un nebulizador para medicarla, el diez de marzo de dos mil trece la llevaron a consulta a Tulancingo y le comentó al doctor [REDACTED] **que a la niña se le hundía demasiado el pecho y que defecaba en forma irregular, diciéndole que era normal** por las consecuencias de la displasia que presentaba en los pulmones, reiterándole que la niña estaba en perfectas condiciones, dándoles cita hasta el catorce de abril. Sin embargo, la niña comenzó a presentar síntomas como respiración agitada y

sudores, por lo que la llevaron con una médico particular quien les dijo que tal vez se debía a las condiciones de hacinamiento en la habitación del domicilio en el que se encontraba la niña. Posteriormente la llevaron con otro médico particular quien les dijo que la trasladaran a Tulancingo por que se encontraba grave por lo que **el día catorce de marzo la llevaron al Hospital General de Tulancingo en donde no la quisieron atender** y les dijeron que lo único que podrían hacer sería abrirle el pecho y ponerle un tubo y que si no querían que se la trajeran, además de que la agitación era normal. Se regresaron y el día viernes acudieron al Hospital del Niño DIF en donde desde que la recibieron les dijeron que esperaran y les hicieron caso hasta que la bebé se comenzó a convulsionar en la sala de espera, les dijeron que la colocarían al ventilador ya que no podía respirar por sí sola que iba muy grave y que iban a hacer todo lo humanamente posible para salvarla. Finalmente un doctor dijo que en las tres horas perdidas pudieron hacerse muchas cosas por su sobrina, después la sacaron a la sala de espera, la niña permaneció aproximadamente tres horas más ya en una cama del área de urgencias. Aproximadamente a las seis de la tarde le pidieron a su hermana un medicamento, mismo que compraron, le mencionaron a su hermana que iba respondiendo bien al medicamento por lo que pensaron que se pondría bien, refirió que se salió a hablar por teléfono ya casi eran las ocho de la noche, le informaron que le había dado un paro respiratorio a su sobrina, por lo que fue a avisarle a su sobrina, un policía la alcanzó para avisarle que su hermana [REDACTED] estaba muy mal que el doctor quería hablar con ellas, manifestó que vio llorar a la madre de su sobrina y una trabajadora social les dijo que se calmaran por que el doctor les iba a explicar la situación de la niña, las ingresaron al lugar donde estaba su sobrina y el médico les comunicó que acababa de fallecer.

9.- El veintinueve de agosto de dos mil trece, se recibió el dictamen médico elaborado por personal médico adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, mismo que por contener información relevante en su totalidad se agrega a la presente resolución:



OPINIÓN MÉDICA SOBRE EL CASO DE

[REDACTED]
CDHEH-A-0031-13

I. INTRODUCCIÓN

En México, Distrito Federal, quien suscribe, [REDACTED] Médica Visitadora Auxiliar, adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, a solicitud del licenciado [REDACTED] Primer Visitador General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de

Hidalgo, realicé la presente opinión respecto al caso de [REDACTED] y su hija recién nacida.

Lo anterior tiene el antecedente de una queja interpuesta ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en la que se señala, entre otros, lo siguiente:

El lunes veintiocho de enero de dos mil trece, alrededor de las 00:00, ingresó su hermana [REDACTED] al Hospital General del Altiplano por presentar dolores intensos de trabajo de parto, por lo que debido a que entró por el área de Urgencias, platicaron con una enfermera y el médico de guardia, quienes incluso refirieron que ya estaba lista para dar a luz, cuestionándole si presentaba dolores, pues hasta la enfermera empezó a limpiarla, sin embargo, al esperar durante parte de la noche y preguntar por su familiar, por no otorgarle ningún dato, solicitó la intervención del subdirector quien aún cuando se comprometió a brindarle información, tampoco se la dio, siendo hasta las once horas de ese mismo día cuando intervinieron quirúrgicamente a [REDACTED] informándole en seguida que ya había nacido, que era una niña; pero hasta las trece horas la trabajadora social le aclaró que debía afiliarse a la menor al seguro popular para poder trasladarla a Tulancingo porque estaba grave de salud, lo cual finalmente hicieron, encontrándose muy grave y con pocas posibilidades de vida, considerando fue consecuencia de una negligencia médica al no otorgarle el servicio que requería su consanguínea.

II. PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

1. Determinar si la atención que recibió [REDACTED] y su hija recién nacida, se apegó a las normas oficiales y procedimientos en la práctica de gineco-obstétrica.
2. Determinar si la valoración, estudios médicos, tratamiento y medicamentos suministrados fueron correctos.
3. Determinar si el estado de salud que presentó la recién nacida fue consecuencia de una indebida prestación de los servicios públicos en materia de salud.

III. METODOLOGÍA

Para esclarecer dicho planteamiento, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología:

Lectura y análisis de los expedientes clínicos de la señora [REDACTED] Pineda, elaborado en el Hospital General del Altiplano, y los de la recién nacida, [REDACTED], elaborados en el Hospital General del Altiplano, en el Hospital General de Tulancingo y el Hospital del Niño DIF Hidalgo.

Revisión de la literatura médica y normatividad al respecto.

Valoración o discusión médica del caso.

Emisión de las conclusiones.

IV. RESULTADOS OBTENIDOS

Documentos relevantes del expediente de queja ante esta Comisión para el análisis del caso:

- A) Expediente clínico de [REDACTED] el cual consta de 39 hojas, elaborado en el Hospital General del Altiplano.

1. Nota médica de Urgencias, de fecha 15 de enero de 2013, se refiere que la paciente femenina de 21 años de edad, quien acude por presentar edema de ambos pies y cefalea, así como vómito de instalación repentina. Presenta los siguientes signos vitales: tensión arterial 100/70, frecuencia cardíaca 86, frecuencia respiratoria 18, peso 94 Kg, Talla 152 cm. (...) se observa con edema ++... de miembros inferiores pulsos y reflejos normales. Impresión diagnóstica embarazo de 34.5 semanas de gestación x fecha de última menstruación. Tratamiento: reposo, furocemida (sic) 40 mg. ¼ tab cada 24 horas, butiliosina (sic) 10 mg cada 24 horas
2. Nota médica con fecha 28 de enero de 2013, 1:00 horas, se menciona que la paciente acudió al servicio por presentar dolor abdominal tipo obstétrico así como salida del líquido amniótico en importante cantidad por lo que acude a consulta. A la exploración física de edad aparente igual a la cronológica, íntegra, bien conformada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante en situación longitudinal pélvico, dorso derecho, libre, frecuencia cardíaca fetal de 140, sin aparente variaciones, se realiza tacto vaginal observando la salida de líquido amniótico en importante cantidad, se toca cérvix sin modificaciones. Se indica ampicilina 1 gramo intravenoso cada 6 horas, vigilar frecuencia cardíaca fetal y altura uterina.
3. A la 1:30 horas se reporta que ingresa por ruptura prematura de membranas de una hora 30 minutos, presentación pélvica, candidata a interrupción de embarazo vía abdominal, en este momento sin urgencia obstétrica, se mantiene en monitorización, NO CONTAMOS CON SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL TURNO, ni servicio de laboratorio, se inicia antibiótico, se monitoriza continuamente en caso de presentar urgencia se buscará traslado.
4. Se observó hoja de partograma en la que se registra la frecuencia cardíaca fetal a las 2, 4 y 7 horas de 144, 148 y 148 latidos por minuto respectivamente.
5. A las 7 horas se reporta que la paciente se mantiene monitorizada sin presentar cambios en la frecuencia cardíaca fetal con actividad uterina irregular, sin laboratorios por no contar en el servicio ni pediatra, por los riesgos de infección intramniótica, riesgo de prematuridad, sepsis neonatal en espera de contar con todo el equipo para interrupción de embarazo por vía abdominal y disminuir los riesgos.
6. Nota postquirúrgica, de fecha 28 de diciembre de 2013, 11:20 horas, se menciona paciente con pródromos de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas de larga latencia, presentación pélvica. Hallazgos: se obtiene producto único vivo femenino, con peso de 2700 gr, apgar 7/8, placenta normal, líquido claro normal.
7. Nota de evolución y alta, de fecha 30 de enero de 2013, 7:00 horas, se menciona que la paciente se refiere asintomática con signos vitales dentro de parámetros normales, tolera la vía oral, evacuaciones y micciones al corriente, tolera la deambulacion. Paciente con buen estado general, con buena evolución, buena involucion uterina, se decide egreso a su domicilio.

B) Expediente clínico de la menor de edad [REDACTED] el cual consta de 8 hojas, elaborado en el Hospital General del Altiplano:

8. Nota de ingreso, se menciona recién nacido femenino producto de la primera gesta de madre de 21 años de edad quien cursó con embarazo aparentemente normoevolutivo se obtiene por vía abdominal por

presentar ruptura prematura de membranas, de 10 horas de evolución, se recibe producto de manos de ginecólogo, producto atónico, en apnea, se le brindan maniobras básicas de reanimación, se da un ciclo de ventilación a presión positiva, se aplica profilaxis oftálmica, Vitamina K, se verifica permeabilidad de coanas, esófago, ano, se observa hipoactivo con cianosis periférica, normocéfalo con fontanela anterior normotensa, posterior puntiforme, pabellones auriculares bien implantados, ojos simétricos (...) tórax normolíneo con buena entrada y salida de aire ruidos cardiacos rítmicos intensos, sin agregados patológicos, con quejido espiratorio, aleteo nasal y disociación toraco abdominal, abdomen sin visceromegalias cordón con adecuada relación arteria vena, extremidades hipotónicas, llenado capilar 3 segundos, genitales externos femeninos acordes a edad. Impresión diagnóstica: recién nacido femenino de término de 37 semanas de gestación por capurro con peso adecuado para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria (descartar enfermedad por membrana hialina), se reporta hiperpotasemia (6.8), aumento de bilirrubinas indirecta (1.6 mg/dL) y total (1.8 mg/dL), con leucocitos de 23.8. Se indica ampicilina, amikacina, omeprazol.

9. Nota de evolución cunero patológico, de fecha 28 de enero, 13:15 horas, se menciona que la recién nacida ingresó por síndrome de mala adaptación pulmonar se decide colocar CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) nasal por persistir con datos de dificultad respiratoria a expensas de quejido espiratorio, tiraje intercostal, disociación toraco abdominal y aleteo nasal. Con Fi O2 80% se alcanzan saturaciones de 88-92%. Se inicia doble esquema de antibiótico. Se realizan estudios de laboratorio y radiografía de tórax. Probable membrana hialina GIII. Se decide intubación y traslado por falta de gasómetro y ventilador. Se reporta grave con pronóstico reservado a evolución. Radiológicamente habría que descartar proceso neumónico por la presencia de infiltrado micronodular bilateral de predominio derecho, descartándose así el diagnóstico de membrana hialina. Diagnóstico de egreso: recién nacido de término eutrófico de 37.1 semanas de edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable neumonía in útero.

C) Expediente clínico de la menor de edad [REDACTED] el cual consta de 189 hojas, elaborado en el Hospital General de Tulancingo:

10. Nota de ingreso al Hospital General de Tulancingo, de fecha 28 de enero de 2013, 19 horas, (...) a su ingreso a Urgencias en incubadora con temperatura de 36.2°C, en fase III de ventilación, cánula permeable bien posicionada pero con fijación funcional, a su ingreso con extubación accidental. Se recoloca cánula, área pulmonar con subcrepitantes bilaterales. Se reporta grave con alto riesgo de complicaciones. Se desconocen antecedentes del nacimiento por probable síndrome de aspiración de meconio vs neumonía in útero. Se recabar datos para completar valoración. Impresión diagnóstica: Recién nacido de término de 37.5 sdg, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable neumonía in útero. Impresión diagnóstica: síndrome de dificultad respiratoria con probable neumonía in útero, descartar sepsis temprana, probable asfisia perinatal, hipotermia¹ en control.

1

Temperatura baja.

11. Nota de evolución, de fecha 29 de enero de 2013, 11 horas, la radiografía de tórax con infiltrado bilateral de predominio izquierdo, a la auscultación con adecuada entrada y salida de aire derecho pero con hipoventilación izquierda, con tendencia a la consolidación. Impresión diagnóstica: recién nacido de término con peso adecuado para la edad gestacional, asfixia perinatal (probable) y neumonía in útero, se solicita hemocultivo.
12. Nota de evolución, de fecha 29 de enero, 17:00 horas, se reporta con diagnóstico de sepsis temprana, síndrome de dificultad respiratoria, llama la atención una disminución del hemoglobina y hematocrito de 14 a 11 y de 41 a 33.7, respectivamente. La biometría hemática de control con leucocitosis en 21220 con bandas 34%, con totales de 7214 por lo que se decide ampliar esquema dejándose cefotaxima-dicloxacilina y se suspende ampicilina-amikacina. En la hoja de indicaciones médicas se observa que se indicó cefotaxima, dicloxacilina.
13. Nota de evolución, de fecha 1° de febrero, se menciona que no se auscultan estertores ni sibilancias, clínicamente con estabilidad respiratoria, cardiológico con soplo sistólico grado II, muy seguramente por persistencia del conducto arterioso, en este momento sin descompensación hemodinámica. Se indica dexametasona, midazolam.
14. Nota de evolución, de fecha 2 de febrero, se reporta con probable cardiopatía congénita (PCA, persistencia del conducto arterioso), síndrome de dificultad respiratoria, con soplo leve en región mitral, no thrill, edema en áreas de declive, diuresis adecuada, se ha transfundido concentrado eritrocitario. Se indicó furosemide 1.5 mg DU. A las 21:45 se indica nuevamente furosemide 1.5 mg IV c/8 horas.
15. Nota de evolución, de fecha 3 de febrero, se realiza extubación programada con adecuada tolerancia, vigilamos estrechamente patrón respiratorio. Se mantiene afebril, sin datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
16. Nota de evolución, de fecha 4 de febrero, se reporta con soplo continuo grado I/VI, estertores crepitantes basales y bronquioalveolares bilaterales, con abundantes secreciones nasofaríngeas, las cuales se aspiran. Hemocultivo se reporta sin desarrollo de bacterias aerobias y microaerófilas.
17. Nota de evolución, de fecha 5 de febrero, se reporta con cardiopatía congénita acianógena, presenta síntomas de dificultad respiratoria como disociación toracoabdominal inconstante, tiraje intercostal inconstante, aleteo nasal inconstante, con campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, leve hipoventilación basal bilateral. Se suspende el furosemide. Se agregan micronebulizaciones con salbutamol. Se indica radiografía de tórax.
18. Nota de evolución, de fecha 6 de febrero, continúa con datos de dificultad respiratoria, se reporta aún grave y con pronóstico reservado. Plan: inicio de vía oral al mejorar patrón ventilatorio.
19. Nota de evolución, de fecha 7 de febrero, a las 19:36 horas se reporta realización de procedimiento de venodisección, previa asepsia y antisepsia, en yugular externa derecha, para paso de antibióticos y de nutrición parenteral pues ya tiene varios días de ayuno.
20. Nota de evolución, de fecha 8 de febrero, se reporta con datos de dificultad respiratoria con tiraje intercostal, a la auscultación sin ventilación en hemitórax izquierdo, se toma nueva radiografía encontrando atelectasia total no resuelta. Plan: vigilancia estrecha se continúa con el manejo establecido.
21. Nota de evolución, de fecha 8 de febrero, 17 horas, se reporta muy grave con atelectasia total derecha, con intensificación del cuadro de distrés respiratorio con deterioro y descenso de saturaciones por oximetría requiriendo nuevamente fase III de ventilación, con lo que se

logra expansión torácica, con estertores subcrepitantes así como hipoventilación y muy pobre expansión de hemitórax izquierdo. Rudeza respiratoria, ruidos cardíacos rítmicos e intensos sin agregados. Cursa con evolución inestable ahora deterioro ventilatorio significativo, se continúa con manejo establecido. Se suspende cefotaxima y dicloxacilina, se indica vancomicina y ceftazidima.

22. Nota de evolución, de fecha 9 de febrero, se refiere a [REDACTED] de 12 días de vida y estancia con los diagnósticos de recién nacida de término, con peso adecuado para la edad gestacional, neumonía in útero/atelectasia total derecha remitida/ antecedente de asfixia perinatal. A la auscultación sin soplos ni agregados. Se menciona que el día de ayer se realiza cambio de esquema antibiótico, se extuba accidentalmente sin tolerar la extubación, se aspiran abundantes secreciones traqueales, con presencia de saturación por lo que se reintuba. Se reporta con acidosis respiratoria con hiperoxemia.
23. Nota de evolución, de fecha 9 de febrero, se reporta con fiebre (37.3 °C), sin soplos a la auscultación.
24. Nota de evolución, de fecha 11 de febrero, continúa con segundo día de ceftazidima-vancomicina. Rx de control con mejoría con ventilación de hemitórax izquierdo. Aún con áreas pulmonares bilaterales con infiltrado macronodular presente. Se realiza aspiración orotraqueal con secreciones blanquecinas y tapón espeso, se ajustan parámetros del ventilador, se insiste en fisioterapia e higiene bronquial.
25. Nota de evolución, de fecha 11 de febrero, 22:05 horas, se reporta a la auscultación con soplo sistólico, clínicamente con estertores crepitantes y gruesos. Cardiológico con soplo sistólico. Paciente que se encuentra con mala evolución considerando la presencia de neumonía asociada a respirador ya con tratamiento antimicrobiano con cobertura para gérmenes de etiología nosocomial. Con pronóstico esperado malo.
26. Nota de evolución, de fecha 14 de febrero, la paciente toleró la vía enteral, ayer a 10 ml/kg/día en infusión continua, como estimulación, sin embargo, el día de hoy presenta mejor succión, mejor patrón respiratorio, llanto vigoroso, y se queda con hambre después de la toma de hoy por lo que se aumentará el volumen de la toma.
27. Nota de evolución, de fecha 14 de febrero de 2013, presenta soplo sistólico GI, en 3-4 espacio intercostal izquierdo, suave, no continuo, precordio normodinámico. Se suspende dexametasona.
28. Nota de evolución, de fecha 16 de febrero de 2013, se menciona paciente con estertores crepitantes intermitentes del lado izquierdo, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, ausculto soplo sistólico Grado III-IV, a nivel de foco pulmonar, además llama la atención los pulsos periféricos, se encuentran aumentados a nivel de miembros inferiores y poco palpables en miembros superiores. Tórax excavatum. Paciente inestable en cuanto a patrón respiratorio y con sospecha de cardiopatía, considero valoración por cardiología pediátrica.
29. Nota de evolución, de fecha 17 de febrero, se menciona paciente femenino con 20 días de vida y de estancia intrahospitalaria con los diagnósticos de APN/neumonía in útero, neumonía asociada a ventilador, atelectasia derecha, sepsis neonatal, probable cardiopatía congénita acianógena, antecedente de ictericia multifactorial, recién nacido de término. Se menciona paciente dependiente de oxígeno ya que al retiro del mismo se pone cianótica, con palidez generalizada de tegumentos (...) se reporta grave con pronóstico reservado a evolución. Debido al tiempo prolongado ante la presencia de oxígeno considero que clínicamente cursa con displasia broncopulmonar (DBP), se insiste en toma de radiografía de tórax, ultrasonido transfontanelar y valoración por cardiopediatría en Hospital del Niño del DIF. Se indica furosemide 1.2 mg cada 12 horas. El día 19 de febrero se suspende furosemide y

se indica espironolactona 1.2 VO c/12 horas y sildenafil 5 mg VO cada 8 horas.

30. Valoración por Cardiopediatría, de fecha 21 de febrero, se reporta que se encuentra en fase I de asistencia ventilatoria, cianosis a la disminución de la FiO₂, soplo y 2 tono desdoblado. Se observa con retraso pondoestatural, sin cianosis ni hipocratismo, los pulsos palpables amplios, discretamente en las 4 extremidades, tórax con tendencia a estar excavado, sin hiperactividad, el electrocardiograma con bloqueo incompleto de rama derecha de haz de hiz. Radiografía de tórax decúbito dorsal, sin cardiomegalia aparente, flujo pulmonar parece ser normal, Ecocardiograma con persistencia del conducto arterioso de 3.3 mm con corto circuito de derecha a izquierda, un foramen oval permeable de 2.6 mm, resto de las estructuras normales. Impresión diagnóstica: conducto arterioso permeable en vías de cierre, foramen oval permeable. Plan: se sugiere continuar con furosemide a 1 mg/kg/día en 2 dosis y espironolactona a 1 mg/kg/día en dos dosis.
31. Nota de evolución, de fecha 22 de febrero, 9 horas, se reporta paciente hemodinámicamente estable, sin datos de congestión o bajo gasto, pulsos y llenado capilar adecuados, se agregan diuréticos al manejo sugerido por el cardiólogo. Ventilatorio con mejoría del patrón respiratorio, ha mejorado la frecuencia respiratoria y actualmente saturando al 94% con casco, con leve tiraje intercostal, afebril, se documenta secreción purulenta en sitio de entrada de venodisección, se retira de inmediato la misma, se envía a cultivo, se indica antimicrobiano, tópico, tomamos controles de laboratorio hoy, gastrointestinal tolerando la fórmula con esquema de polipnea, abdomen blando, depresible, peristalsis normal, neurológico íntegro, se toma ultrasonido transfontanelar hoy encontrando hidrocefalia no comunicante leve. Pendiente de control en 7 días. Plan: disminución paulatina del oxígeno, con vigilancia del patrón respiratorio, vigilar datos de respuesta inflamatoria sistémica, enviamos cultivo de punta de catéter (se reporta sin desarrollo de bacterias aerobias y microaerofílicas).
32. Nota de evolución, de fecha, 25 de febrero, se menciona paciente con buena evolución ya con manejo establecido para su cardiopatía congénita diagnosticada. Se indica manejo por parte de rehabilitación (estimulación temprana).
33. Nota de evolución, de fecha 26 de febrero, se continúa sin cambios, insistiremos en orientación a la mamá en estimulación temprana y manejo respiratorio de secreciones. Asimismo, en espera de poder continuar protocolo de estudio con TAC y valoración por neurocirugía.
34. Nota de evolución, de fecha 27 de febrero, la paciente presenta hipertonía de extremidades con empuñamiento de ambas manos y arqueado posterior dorsal sugerente de daño neurológico ya con estimulación temprana. En espera de valoración por neurocirugía.
35. Nota de indicaciones médicas, de fecha 28 de febrero, se refiere que a la paciente se le realizará ultrasonido transfontanelar mañana 1° de marzo a las 7:50, horas.
36. Nota de evolución, de fecha 1 de marzo, se menciona que luce séptica por lo que se envía muestra para biometría hemática, tal vez nuevamente esté infectada aunque no se han detectado picos febriles o hipotermia. El ultrasonido transfontanelar concluye que la paciente presenta hidrocefalia no comunicante leve a expensas de ventrículos laterales.
37. Nota de evolución, de fecha 2 de marzo, se reporta muy grave con riesgo de infección nosocomial, sus laboratorios con plaquetas normales y no salió el reporte de leucocitos por muestra con coágulo.

38. Nota de evolución, de fecha 3 de marzo, se refiere que la menor de edad se encuentra afebril, sin datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, continúa con el manejo establecido, en espera de nuevo ultrasonido transfontanelar de control, así como tramitar oxígeno suplementario portátil, intradomiciliario para su egreso.
39. Nota de evolución, de fecha 4 de marzo, paciente con posición de hiperextensión (sandifer) con alta posibilidad de enfermar por reflujo gastroesofágico, con posibles alteraciones de la mecánica de la deglución, por compromiso encefálico como secuela probable ya con tratamiento antireflujo.
40. Nota de evolución y alta, de fecha 7 de marzo, 10:30 horas, se egresa con rudeza respiratoria, con necesidad de oxígeno. Se egresa con las indicaciones de furosemide, espironolactona, vitaminas ACDE, sulfato ferroso, pantoprazol, metoclopramida, medidas antirreflujo, fórmula antirreflujo, nebulizaciones con budesonide.

D) Expediente clínico de la menor de edad [REDACTED] el cual consta de 60 fojas, elaborado en el Hospital del Niño DIF Hidalgo:

41. Nota inicial de Urgencias, Hospital del Niño DIF Hidalgo, con fecha 15 de marzo, alas 17:06 horas, se refiere femenino de edad aparente menor a la cronológica, hipoactiva, respiración acidótica, subhidratada, mucosa oral subhidratada, cuello muestra posición de sandifer importante, campos pulmonares con silverman 2, por retracción xifoidea, se observa polipneica, campos pulmonares con rudeza, estertores crepitantes bilaterales, predominio hemitórax izquierdo, con soplo inconstante sistólico, pulsos periféricos disminuidos de intensidad. Extremidades con hipotrofia muscular llenado capilar de 2 segundos, piel con disminución de turgencia, palidez +++. Clínicamente paciente deshidratada, por posición y padecimiento clínicamente cursa con proceso neumónico, probablemente debido a aspiración. Se deja fase I de ventilación, se pasan dos cargas de cristaloides. Se ingresa a sala de choque.
42. Nota de evolución, de fecha 15 de marzo, 21 horas, impresión diagnóstica: lactante menor hipotrófico, probable sepsis, insuficiencia respiratoria, neumonía. Se refiere paciente que cuenta con estudios de laboratorio, con leucocitosis 23000, datos de inflamatoria, sugestivos de sepsis (procalcitonina elevada), se observa en control radiológico, datos de atrapamiento, con tendencia a la radiopacidad leve, parahiliar y basal bilateral, se indican modificaciones de esquema antibiótico por cefalosporina de tercera generación y aminoglucósido, se observa patrón respiratorio irregular.
43. Nota de evolución, de fecha 15 de marzo, 21 horas, se refiere con incremento de la dificultad respiratoria, en este momento, manteniendo inicialmente saturación de 88-90% ha mostrado dificultad para obtener acceso periférico, por lo cual se informa a familiares la necesidad de colocación de acceso central.
44. Nota de fallecimiento, de fecha 15 de marzo, paciente en quien se continúan maniobras de reanimación avanzada, compresiones con presión positiva, aplicación de medicamentos, durante 30 minutos, observándose ya sin recuperación de frecuencia cardíaca, cambios de coloración y presencia de midriasis bilateral, se informa a familiar. Hora de fallecimiento: 20:45 horas.

LO QUE ESTABLECE LA LITERATURA MÉDICA:

TOXEMIA DEL EMBARAZO²

Se califica a toxemia del embarazo a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de la 20ª semana, caracterizado por hipertensión arterial, edema y proteinuria.

Clasificación y definiciones

Los estado hipertensivos se clasifican de la siguiente manera.

- a. Preeclampsia
 - 1. Moderada a leve
 - 2. Grave o severa
 - 3. Eclampsia
- b. Hipertensión crónica
- c. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada
- d. Hipertensión tardía o transitoria

DIURÉTICOS³

El ácido etacrínico y la furosemida son diuréticos de asa que no suelen utilizarse en forma crónica durante el embarazo. La furosemida cruza la placenta y aumenta la producción urinaria fetal. Hay alguna evidencia de que estimula la síntesis renal de la prostaglandina E2, que aumenta la incidencia de ductus arterioso persistente en lactantes pretérmino. No se asociaron efectos fetales adversos con su administración aguda.

Categorías de riesgo de los medicamentos utilizados durante el embarazo:⁴

Guía rápida de consulta

Categoría C

Los estudios realizados en animales han demostrado efectos adversos en el feto, pero no hay estudios adecuados, ni bien controlados, en mujeres embarazadas, o bien no se han realizado estudios en animales, ni existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas.

Estos medicamentos deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto. En esta categoría se incluyen un gran número de medicamentos, especialmente los de reciente comercialización, de los que se carece de información.

Categoría D

2

Schwarcz, Leonard. *Obstetricia.*, Cuarta edición, Editorial El Ateneo, Argentina 1992, Págs. 220-229.

3

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams.* 21ª Edición, Editorial Médica, Panamericana, España. 2004, página 876.

4

FJ Abad Gimeno, et al. FAP · Volumen 3, n.o 2 2005 .

Los estudios controlados y observacionales realizados en mujeres embarazadas han demostrado un riesgo para el feto. Sin embargo, el beneficio de su uso en mujeres embarazadas puede aceptarse a pesar del riesgo. Por ejemplo, si la vida del paciente está en riesgo o en enfermedades graves para las cuales los medicamentos más seguros no pueden usarse o son inefectivos. La furosemida se clasifica dentro de la categoría C y en otros estudios en categoría D.

MONITOREO DEL BIENESTAR FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO⁵

Para que un embarazo evolucione en forma óptima es esencial establecer un programa bien definido que garantice una vigilancia estrecha del bienestar de la madre y el feto durante el trabajo de parto. Todas las observaciones deben registrarse de manera correcta. La frecuencia, la intensidad y la duración de las contracciones uterinas, así como la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal a las contracciones uterinas son datos que revisten especial importancia. Estos factores pueden evaluarse con rapidez en una secuencia lógica.

Frecuencia cardíaca fetal. La frecuencia cardíaca fetal puede evaluarse mediante un estetoscopio o una diversidad de dispositivos de ecografía Doppler. Las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal asociadas con un pronóstico desfavorable casi siempre son detectables inmediatamente después de la contracción uterina. En consecuencia es imperativo auscultar la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de una contracción.

La detección repetida de una frecuencia cardíaca fetal inferior a 110 latidos por minuto inmediatamente después de una contracción uterina sugiere compromiso o sufrimiento fetales; es decir, deterioro del bienestar fetal. El riesgo del feto del feto es muy probable si la frecuencia cardíaca es inferior a 100 latidos por minuto, aunque después aumente a 110-160 lpm. En presencia de desaceleraciones cardíacas de esta magnitud, el trabajo de parto ulterior (si se decide permitir su curso, debe monitorearse por medios electrónicos.

El American Collage of Obstetricians and Gynecologist (1997) recomienda que, en ausencia de otras alteraciones, la frecuencia cardíaca fetal debe evaluarse inmediatamente después de una contracción como mínimo cada 30 minutos durante el primer estadio del trabajo de parto y cada 15 minutos durante el segundo estadio.

Etiopatogenia de las infecciones bacterianas ascendentes⁶

En la mayoría de los casos, el feto o el recién nacido no se expone a una posible bacteria patógena hasta que se rompen las membranas y pasa a través del canal del parto y/o entra en el medio extrauterino. El canal de parto humano está colonizado por microorganismos aerobios y anaerobios que pueden dar lugar a una infección ascendente del amnios y/o la colonización del recién nacido durante el parto. La transmisión vertical de los agentes bacterianos que infectan el líquido amniótico y/o el canal vaginal puede producirse dentro del útero y más a menudo, durante el trabajo de parto. La corioamnioitis es el resultado de una invasión microbiana del líquido amniótico, por lo general como consecuencia de una rotura prolongada de las membranas corioamnióticas. A veces, la infección amniótica

5

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica Panamericana, España. 2004. Pág. 269.

6

1. Behrman, et al. *Nelson Tratado de Pediatría*, 17ª Edición, Edit. Elsevier, España, 2006. Pág. 624

sucede cuando las membranas están aparentemente íntegras o su tiempo de rotura ha sido corto. Puede ser asintomática u ocasionar fiebre en la madre, con o sin signos locales o generales de corioamnioitis. La duración de la rotura de membranas se relaciona directamente con la aparición de la corioamnioitis. Antes de hablaba de la rotura prolongada de membranas cuando superaba las 24 horas, ya que siempre hay signos microscópicos de inflamación de las membranas si se rebasa este plazo. Sin embargo, a las 18 horas de producirse la rotura aumenta mucho la incidencia de una enfermedad de comienzo precoz por estreptococos del grupo B.

En la mayoría de los casos, la colonización bacteriana no condiciona una enfermedad. No se conocen bien los factores que influyen en que el recién nacido contraiga un cuadro patológico una vez colonizado, pero entre ellos están la prematuridad, las enfermedades subyacentes, el uso de técnicas agresivas, la cuantía de agentes inoculados, la virulencia del microorganismo infectante y los anticuerpos maternos transplacentarios. La aspiración o ingestión de las bacterias del líquido amniótico puede conducir a una neumonía congénita o a una infección sistémica, con manifestaciones que se hacen patentes antes del parto (pérdida del bienestar fetal, taquicardia) durante el parto (asfixia perinatal) o después de un periodo de latencia de unas pocas horas (dificultad respiratoria shock).

VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

El eje básico de nuestra existencia y que nos permite relacionarnos con el medio exterior es el cerebro, en el feto es lo que precisamente debemos vigilar durante el trabajo de parto, en especial que haya suficiente aporte de oxígeno y eliminación del CO₂ ya que a partir de esto se podrán realizar, por lo general, todas las funciones tanto del encéfalo como del resto del organismo; la preservación de la célula nerviosa es entonces de trascendencia vital. Durante el embarazo y en especial durante el trabajo de parto, indirectamente se realiza la valoración clínica del estado funcional del cerebro fetal a través de los hallazgos del comportamiento cardíaco.

Ductus arterioso persistente

INTRODUCCIÓN

El ductus arterioso (DA) es una estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda. Esencial para la vida fetal, se cierra espontáneamente después del nacimiento en la mayoría de los recién nacidos a término (RNT).

EPIDEMIOLOGÍA

El retraso del cierre ductal está inversamente relacionado con la edad gestacional (EG). La incidencia varía desde un 20% en prematuros mayores de 32 semanas hasta el 60% en menores de 28 semanas.

En el RNT el hallazgo de ductus arterioso permeable (PDA) generalmente está relacionado con un defecto anatómico del ductus o de otras partes del corazón. Aunque la mayoría de los casos ocurren de forma esporádica es importante resaltar el papel, cada vez más relevante, de los factores genéticos y de las infecciones prenatales, como la rubéola, cuando se padece en las primeras cuatro semanas del embarazo.

7

Espinosa Torres Torrija, Luis. Parto: mecanismo, clínica y atención, Ed. Manual Moderno, México, 2009, págs. 45-46.

8

Ma Dolores Ruiz González, et al. Asociación Española de Pediatría.
www.aeped.es/protocolos/

FACTORES RELACIONADOS

La administración de furosemida en los primeros días de vida se ha relacionado con una incidencia más elevada de PDA probablemente porque induce la liberación de PGE2 renales. Este efecto no se ha observado con la clorotiazida. Por último, se ha relacionado la protección del tórax cuando el niño está recibiendo fototerapia con la reducción de la incidencia de ductus.

CUADRO CLÍNICO

El signo clínico más frecuente es un soplo sistólico de eyección, con menos frecuencia continuo, que se ausculta mejor en región infraclavicular izquierda y borde paraesternal superior izquierdo que con frecuencia se irradia al dorso. La aparición del ductus se puede acompañar de: Precordio hiperactivo, taquicardia, pulsos saltones en región postductal, polipnea, apnea, hepatomegalia.

Es muy sugestivo de PDA el empeoramiento de un RN prematuro con síndrome de dificultad respiratoria que estaba mejorando. Apareciendo retención de CO₂, aumento de los requerimientos de oxígeno y de los parámetros del respirador.

La radiografía de tórax puede ser normal o mostrar cardiomegalia y signos de congestión pulmonar en función de la intensidad del shunt ductal.

EFFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL DUCTUS PERSISTENTE

Es importante diferenciar entre un PDA sintomático del asintomático. El primero con repercusión hemodinámica se manifiesta con problemas respiratorios, acidosis metabólica y congestión pulmonar, siendo mayor el riesgo de complicaciones tales; como Hemorragia Intraventricular (HIV), Enterocolitis necrotizante (NEC), Enfermedad Pulmonar crónica (EPC) y muerte.

Un gran shunt izquierda-derecha podría influir en la mecánica de la función pulmonar disminuyendo la complianza dinámica y dando lugar a un incremento de los requerimientos de asistencia respiratoria motivo por lo que el PDA facilitaría el desarrollo de EPC. La asociación entre PDA y EPC ha sido ampliamente confirmada.

ECOCARDIOGRAFÍA

Debe realizarse una ecocardiografía sistemática para descartar cardiopatías congénitas y especialmente aquellas ductus dependientes.

TRATAMIENTO DEL DUCTUS:

Tratamiento conservador.

El tratamiento conservador incluye: -Restricción líquida (poca evidencia, excepto para <169cc/k/día al tercer día).

- Utilización de diuréticos (furosemida, clorotiazida), aunque existe poca evidencia de su eficacia excepto cuando existe insuficiencia cardiaca congestiva.

- Ajustes en la ventilación mecánica utilizando tiempos inspiratorios cortos de 0,35s, aumentando la presión positiva al final de la espiración (PEEP) y aumentando la presión media en la vía aérea y la presión inspiratoria máxima.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

INDOMETACINA E IBUPROFENO.

Indometacina.

La indometacina es un inhibidor de la ciclo oxigenasa utilizado desde 1976 como tratamiento estándar para el cierre farmacológico del DA. El 70-90% de los RN van a responder a este fármaco, disminuyendo su eficacia al disminuir la EG, hasta ser menor

del 60% en los menores de 26 semanas de EG. El riesgo de reapertura oscila entre el 20 y el 35% de los RN inicialmente respondedores.

Ibuprofeno.

Este antiinflamatorio no esteroideo es tan eficaz como la indometacina en el cierre farmacológico del ductus y reduce el riesgo de oliguria. Sin embargo, se han descrito casos de HTPP cuando se ha utilizado de forma profiláctica y también en algún caso en el que se ha utilizado como tratamiento así como una mayor incidencia de EPC.

La pauta recomendada para el tratamiento con Ibuprofeno es; tres dosis con intervalos de 24 horas de 10, 5 y 5 mg/kg via intravenosa a pasar en 15 minutos. El uso de ibuprofeno oral a las mismas dosis que en la pauta iv, para el tratamiento del ductus podría constituir una alternativa eficaz y de fácil administración.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico del DA se reserva para aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento farmacológico o cuando éste está contraindicado.

Se considerara fracaso del tratamiento farmacológico cuando persiste un DA hemodinámicamente significativo tras la administración de dos ciclos de Indometacina o Ibuprofeno.

Los efectos adversos del tratamiento quirúrgico, aunque poco frecuentes, son bien conocidos e incluyen: complicaciones reversibles como neumotórax, infección y hemorragia.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO⁹

Se sabe que las prostaglandinas modulan el calibre del conducto arterioso y que su biosíntesis inicia a partir de ácidos grasos poliinsaturados como el ácido araquidónico el cual origina las diversas PG como la E, la I, la F y la serie de tromboxanos. La PGE producida por el pulmón tiene un efecto vasodilatador en el CA y es sintetizada diez veces más en los recién nacidos pretérmino, mientras que los tromboxanos con efecto vasoconstrictor tiene su origen en el pulmón y su producción es mínima en el neonato pretérmino.

Criterio Diagnóstico

El inicio del cuadro clínico puede ser desde las 12 a 48 horas de vida, sobre todo en neonatos con síndrome de dificultad respiratoria, o en transcurso del primer mes de vida en neonatos pretérmino con bajo peso quienes cursaron sin complicaciones el periodo neonatal inmediato. Los signos clínicos consisten en: pulsos periféricos saltones, precordio hiperdinámico, frémito en mesocardio y soplo sistólico paraesternal izquierdo alto; aunque la ausencia de soplo no descarta la presencia del Conducto arterioso permeable.

Se debe sospechar el conducto arterioso permeable en casos donde sea imposible el destete del ventilador o cuando en la fase de estabilización del síndrome de dificultad respiratoria, aumenten los requerimientos de las variables del ventilador de manera súbita.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Respecto a los estudios de gabinete como ayuda en el diagnóstico del conducto arterioso permeable, la radiografía de tórax es de utilidad, pues puede mostrar datos de edema pulmonar, como son congestión venosa, cardiomegalia progresiva con índice cardiorácico mayor de 0.6 y cisuritis. El

⁹
2. Jasso, Luis. Neonatología Práctica, Editorial Manual Moderno, 4ª edición, México, 1995, págs. 331-337.

electrocardiograma también es de utilidad. La ecocardiografía es el estudio de mayor utilidad y ofrece la gran ventaja de que es método no invasivo.

Tratamiento

El tratamiento consiste en el uso de la digitalización para la insuficiencia cardíaca, la disminución del edema pulmonar y, finalmente, el cierre del conducto, que puede ser médico o quirúrgico. Para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca se utilizarán digitálicos. En relación al momento ideal para el cierre del conducto existen diversos lineamientos, algunos autores señalan el cierre en las primeras 24 horas de vida. Otros plantean una conducta más conservadora: 1) inicial: digitalización y disminución del edema pulmonar; 2) intermedia, tratamiento específico para de la persistencia del conducto arterioso con indometacina; y 3) cierre quirúrgico.

Si no se observa mejoría a las 12 horas de tratamiento con la etapa inicial y el paciente continúa con soplo, insuficiencia cardíaca o mayor dependencia del ventilador, se intentará el cierre farmacológico del conducto con indometacina. El caso de que lo anterior falle, deberá efectuarse el cierre quirúrgico.

LO QUE ESTABLECE LA NORMATIVIDAD VIGENTE

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

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;*

CESÁREA SEGURA

*Lineamiento Técnico*¹⁰

INDICACIONES MÁS FRECUENTES CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción cefalopélvica
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Introducción

Los defectos al nacimiento son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos

¹⁰

Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva.

pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida. En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo al binomio madre-hijo, así como a plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia.

En esta Norma Oficial Mexicana se incluyen los principales defectos prevenibles o susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años. Factores de riesgo, a todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si es o no una de las causas del daño, aun cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad.

6.21.4.1 Durante la atención del parto se deberán detectar los siguientes factores maternos que, aislados o en conjunto, pueden llevar a la hipoxia/asfixia del neonato:

- a) Desproporción cefalopélvica;
- b) Toxemia;
- c) Diabetes;
- d) Abrupto placentario;
- e) Placenta previa;
- f) Edad materna (menos de 20 o más de 35 años);
- g) Edad paterna mayor a 45 años;
- h) Herencia (agregación familiar);
- i) Anemia;
- j) Enfermedad cardíaca;
- k) Obesidad;
- l) Fiebre materna;
- m) Ruptura prematura de membranas (más de 24 horas de evolución);
- n) Hemorragia anteparto o intraparto;
- o) Partos múltiples;
- p) Historia previa de muerte fetal o neonatal por hipoxia/asfixia;
- q) Nutrición inadecuada, y
- r) Falta de control prenatal.

DISCUSIÓN DEL CASO

Se trata de la señora [REDACTED] de 21 años de edad y embarazo de 34.5 semanas, quien el 15 de enero de 2013, acude a consulta por presentar edema¹¹ de ambos pies y cefalea¹², así como vómito de instalación repentina. Se observó con tensión arterial 100/70 mmHg y edema de ambos pies. Se le indica un diurético¹³ (furosemida), butilhioscina, y

¹¹ Acumulación excesiva de líquidos en los espacios tisulares.

¹² Dolor de cabeza.

¹³ Agente que aumenta el volumen de la orina.

reposo. No se hace constar que se hubieran practicado estudios de laboratorio.

El 28 del mismo mes, a las 1:00 horas, acude nuevamente a valoración por presentar dolor abdominal tipo obstétrico así como salida del líquido amniótico¹⁴ (una hora antes) en importante cantidad, lo cual es corroborado a la exploración física, asimismo se observa que el feto se encuentra en presentación pélvica¹⁵ por lo que se requiere interrumpirse el embarazo por vía abdominal (cesárea). Se indica ampicilina 1 gr cada 6 horas. En la nota médica se lee "no contamos con servicio de pediatría en el turno, ni servicio de laboratorio, se inicia antibiótico, se monitoriza continuamente en caso de presentar urgencia se buscará traslado". Se hace constar que le fue valorada la frecuencia cardíaca fetal a las 2, 4 y 7 horas, que continúan sin contar con dichos servicios y que existen riesgos como infección intramniótica, riesgo de prematuridad, sepsis¹⁶ neonatal en espera de contar con todo el equipo para interrupción de embarazo por vía abdominal y disminuir los riesgos.

A las 11:20 horas se le practica dicha cirugía a [REDACTED] se reportan los siguientes hallazgos: producto único vivo femenino con peso de 2700 gr, apgar 7/8, placenta normal, líquido claro normal. La señora continúa con evolución satisfactoria y es dada de alta el 30 de enero.

La menor de edad [REDACTED] nació hipoactiva con cianosis¹⁷ periférica, con datos de dificultad respiratoria. Se menciona que se decide intubación y traslado por falta de gasómetro y ventilador. Se reporta grave con pronóstico reservado a evolución.

La recién nacida fue trasladada al **Hospital General de Tulancingo con el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria** con probable neumonía in útero, descartar sepsis temprana, probable asfixia perinatal, hipotermia¹⁸ en control. Se le indica tratamiento antibiótico y hemocultivo (el cual fue reportado negativo). El 1° de febrero se reporta que la menor de edad presenta soplo sistólico grado II, muy seguramente por persistencia del conducto arterioso. Fue tratada a base de antibióticos, con ventilación

14 Líquido contenido dentro del amnios, (útero)

15 Presentación pélvica.

16 Infección generalizada

17 Coloración azulada de las mucosas y piel.

18 Temperatura baja.

mecánica, con evolución tórpida. Presentó colapso¹⁹ de pulmón izquierdo y neumonía. Disminuyó su peso, la hemoglobina y hematocrito por lo que fue hemotransfundida. El 16 de febrero se refiere que presenta tórax excavatum²⁰, inestable en cuanto a patrón respiratorio y con sospecha de cardiopatía, se considera la valoración por cardiología pediátrica.

El 21 de febrero la recién nacida fue valorada por Cardiopediatra quien la reporta con conducto arterioso permeable en vías de cierre y foramen oval permeable. Sugiere continuar con furosemide a 1 mg/kg/día en 2 dosis y espironolactona a 1 mg/kg/día en dos dosis.

El 26 de febrero se sugiere la realización de tomografía axial computada de cráneo y la valoración por Neurocirugía, sin embargo, en el expediente no se hace constar que se hubieran llevado a cabo dichos procedimientos.

Se observó con aparente mejoría, sin embargo, se menciona que luce séptica²¹ por lo que se envía muestra para biometría hemática, se refiere también que tal vez nuevamente esté infectada aunque no se han detectado picos febriles o hipotermia.

El ultrasonido transfontanelar concluye que la paciente presenta hidrocefalia²² no comunicante leve a expensas de ventrículos laterales.

El día 2 de marzo, se reporta muy grave con riesgo de infección nosocomial²³, sus laboratorios con plaquetas normales y no se reportan los leucocitos por muestra con coágulo, no se hace constar que se hubiera repetido la biometría hemática ni llevado a cabo otro estudio como un hemocultivo, el cual es utilizado en el diagnóstico de este padecimiento.

El 4 de marzo se observa con posición de hiperextensión (sandifer²⁴) con alta posibilidad de enfermar por reflujo gastroesofágico, con posibles alteraciones de la mecánica de la deglución, por compromiso encefálico como secuela probable ya con tratamiento antirreflujo.

Fue dada de alta el 7 de marzo con oxígeno, furosemide, espironolactona, vitaminas ACDE, sulfato ferroso, pantoprazol, metoclopramida, medidas antirreflujo, fórmula antirreflujo, nebulizaciones con budesonide.

19

Depresión extrema.

20

Tórax excavatum.

21

Con apariencia de presentar infección generalizada.

22

Entidad anormal producida por un aumento en el volumen del líquido cefalorraquídeo.

23

Infección producida por la estancia en el hospital.

24

Se caracteriza por contracciones tónicas con tendencia a opistótonos, debido a la hiperextensión del cuello, que pueden simular equivalentes convulsivos y se asocian a esofagitis importante.

El 15 de marzo a las 17:06 horas fue ingresada al **Hospital del Niño DIF Hidalgo** con malas condiciones generales con deshidratación y dificultad respiratoria, con proceso neumónico. Se ingresó a sala de choque. Se estableció el diagnóstico de lactante menor hipotrófico²⁵, probable sepsis, insuficiencia respiratoria, neumonía. Se continúan maniobras de reanimación avanzada, compresiones con presión positiva, aplicación de medicamentos, durante 30 minutos, observándose ya sin recuperación de frecuencia cardiaca, cambios de coloración y presencia de midriasis bilateral, hora de fallecimiento: 20:45 horas.

En relación a los planteamientos del problema, en primer lugar se solicita determinar si la atención que recibió [REDACTED] y su hija recién nacida, se apegó a las normas oficiales y procedimientos en la práctica de gineco-obstétrica. Del análisis del expediente que me fue proporcionado se obtuvo que:

La señora [REDACTED] acudió al Hospital General del Altiplano para ser valorada el 15 de enero, tenía 34.5 semanas de embarazo y por presentar edema de las extremidades inferiores y dolor de cabeza, con una tensión arterial de 100/70, al respecto, la literatura médica²⁶ refiere que entre las causas de edema puede ser la toxemia del embarazo por lo que debieron practicarle los estudios necesarios para descartar ese padecimiento. Asimismo, en ese momento el médico tratante le indicó tomara furosemide²⁷ al respecto la literatura médica refiere que este medicamento se clasifica dentro de la categoría C²⁸, por lo que no debe indicarse únicamente cuando el posible beneficio deseado para la madre justifica el riesgo potencial para el feto. Asimismo, se asocia con la persistencia del conducto arterioso²⁹. Por lo que la indicación de este medicamento no se apegó a lo que establece la literatura médica.

El día 28 de enero la señora [REDACTED] acudió nuevamente a dicho hospital por presentar ruptura prematura de membranas de una hora de evolución, así como

25

Con talla y peso menor para su edad cronológica.

26

Schwarcz, Leonard. *Obstetricia.*, Cuarta edición, Editorial El Ateneo, Argentina 1992, Págs. 220-229.

27

Diurético.

28

Algunos autores lo manejan dentro de la categoría D.

29

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams.* 21ª Edición, Editorial Médica, Panamericana, España. 2004, página 876.

dolor obstétrico. Durante la examinación se observa que el producto se encuentra en presentación pélvica lo cual constituye una indicación de cesárea. Se observó nota en donde se hace constar que no cuentan se cuenta con médico pediatra (ver página 2, del presente informe) ni laboratorio por lo que no es posible interrumpir el embarazo en ese momento. Con la ruptura prematura de membranas³⁰ puede existir compresión del cordón umbilical, lo que conlleva a hipoxia y sufrimiento fetal por lo que es de suma importancia valorar el bienestar fetal por medio de la frecuencia cardíaca fetal. En este caso se valora este parámetro a las 2, 4, 7 horas y se realiza la cesárea a las 11:20 horas, en este sentido la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido refiere que se debe valorar la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, lo cual no se llevó a cabo en este caso. Respecto a la ruptura prematura de membranas³¹ la literatura médica³² refiere que se debe indicar 2 g de ampicilina cada 6 horas en este caso sólo le fue indicado 1 gramo. Asimismo, se hace constar que no se contó con médico pediatra ni laboratorio por lo que no le fue practicada la cesárea a su ingreso, por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

En lo que se refiere a la atención médica proporcionada a la recién nacida en el Hospital General de Tulancingo, en el expediente se hace constar que la menor de edad presentó neumonía in útero, sepsis y persistencia del conducto arterioso (PCA). Respecto a la cardiopatía (PCA) la literatura médica refiere³³ que se debe ofrecer tratamiento inmediatamente e incluso se han documentado tratamientos quirúrgicos dentro de las primeras 24 horas de vida. El tratamiento puede llevarse a cabo de la siguiente forma: 1) tratamiento inicial, digitalización y disminución del edema pulmonar; 2) intermedia, tratamiento específico para de la persistencia del conducto arterioso con indometacina; y 3) cierre quirúrgico. En el caso que nos ocupa se observó que se identificó el 1° de febrero y se ofreció una valoración por

30

Juan Fernando Romero Arauz, et al. Manejo de ruptura prematura de membrana pretérmino, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C., 2010

31

Ruptura prematura de las membranas (RPM): es la ruptura o solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, a partir de las 22 semanas de edad gestacional.

32

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica, Panamericana, España. 2004, página 608.

33

3. Jasso, Luis. Neonatología Práctica. Editorial Manual Moderno, 4ª edición, México, 1995, págs. 331-337.

especialista hasta el día 21 del mismo mes, asimismo, no se le dio seguimiento ni tratamiento posterior, la nota médica de ingreso al Hospital del Niño del DIF de Hidalgo refiere que aún presenta el soplo sistólico. Asimismo, se hace constar que la menor de edad presentaba hidrocefalia³⁴ y que requería que se realizara tomografía axial computada de cráneo así como la interconsulta a médico especialista en Neurocirugía, en el expediente no se observaron constancias de que se hubieran realizado dichos procedimientos. Se menciona en el expediente también que el día 2 de marzo se observó con riesgo de presentar infección generalizada (sepsis) por la estancia en el hospital, se realizó biometría hemática para descartarlo, sin embargo, se menciona que no se obtuvo el conteo de leucocitos, en el expediente no se hace constar que se hubiera repetido dicha prueba para descartar el diagnóstico. Tampoco se realizaron estudios para descartar la presencia de neumonía antes de haber sido dada del alta el 8 de marzo.

De todo lo anterior, en este caso se concluye que la atención médica que recibieron [REDACTED] y su hija recién nacida, por parte del Hospital General del Altiplano y del Hospital General de Tulancingo no se apegó a las normas oficiales mexicanas y a procedimientos en la práctica de gineco-obstetricia.

En lo que respecta a determinar si la valoración, estudios médicos, tratamiento y medicamentos suministrados fueron correctos, como se menciona en el punto anterior, la valoración, los estudios médicos, ni el tratamiento realizados a [REDACTED] en el Hospital General del Altiplano el 15 de enero fueron correctos. Asimismo, durante la atención del parto, el 28 de enero, no se le monitorizó la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos y así valorar el bienestar fetal. No se le ofreció el tratamiento quirúrgico (hasta diez horas después de su ingreso) por no contar con estudios de laboratorio ni pediatra. Asimismo, no se contó con gasómetro por lo que la menor de edad tuvo que ser trasladada al Hospital General de Tulancingo. En dicho hospital a la menor de edad no se le ofreció la valoración y tratamiento adecuados ni oportunos por la persistencia del conducto arterioso y la hidrocefalia que presentaba.

En lo que se refiere a determinar si el estado de salud que presentó la recién nacida fue consecuencia de una indebida prestación de los servicios públicos en materia de salud, es importante mencionar en primer lugar, que no se contó con protocolo de Necropsia del cadáver de la lactante. Por lo que para dar respuesta a este planteamiento, se analizó el expediente médico en donde se hacen constar

34

Entidad anormal producida por un aumento en el volumen del líquido cefalorraquídeo.

las entidades clínicas que le fueron diagnosticadas a la menor de edad así como el tratamiento que le fue ofrecido. La nota médica de fallecimiento refiere como diagnósticos de egreso: lactante menor hipotrófico, insuficiencia respiratoria, sepsis, neumonía, choque mixto séptico, cardiogénico.

La insuficiencia respiratoria³⁵ se define como la situación en la que el aparato respiratorio no puede satisfacer las necesidades de intercambio de gases del paciente. Entre las causas que pueden causar insuficiencia respiratoria se encuentran la neumonía, edema pulmonar por insuficiencia cardíaca congestiva, obstrucción de la vía aérea, displasia broncopulmonar o por persistencia del conducto arterioso (por hipertensión pulmonar)³⁶. En este caso se documenta que la menor de edad presentaba neumonía y la persistencia del conducto arterioso.

A su nacimiento e ingreso al Hospital General de Tulancingo, a la menor de edad le fue diagnosticada neumonía in útero, al respecto la literatura médica refiere que cuando se produce la ruptura de las membranas corioamnióticas se produce una infección ascendente del líquido amniótico³⁷. La aspiración de ingestión de las bacterias de las bacterias del líquido amniótico pueden conducir a neumonía congénita o una infección sistémica que se hacen patentes antes, durante o después del parto. Al no contar con médico pediatra ni laboratorio se retrasó diez horas aproximadamente la interrupción del embarazo lo que aumentó el riesgo de infección en el feto. Aunado a lo anterior, se hace constar que a [REDACTED] le fue indicada ampicilina 1 g cada 6 horas, al respecto la bibliografía³⁸ refiere que el manejo de la ruptura prematura de membranas debe incluir la administración de 2 g de ampicilina intravenosa cada 6 horas antes de parto para prevenir la infección neonatal por estreptococos del grupo B.

En lo que respecta a la persistencia del conducto arterioso, en el expediente se hace constar que a la señora [REDACTED] le fue indicada furosemida, la literatura médica refiere que este medicamento se asocia con la persistencia del conducto

35

Behrman, et al. *Nelson Tratado de Pediatría*, 17ª Edición, Edit. Elsevier, España, 2006. Pág. 1370.

36

Ver página 12 del presente informe.

37

Behrman, et al. *Nelson Tratado de Pediatría*, 17ª Edición, Edit. Elsevier, España, 2006. Pág. 624

38

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica, Panamericana, España. 2004, página 608.

³⁹ arterioso . Asimismo, este padecimiento le fue diagnosticado clínicamente cuatro días después de su nacimiento y no le fue descartado, ni se le ofreció el tratamiento adecuado y oportuno que requería. Al respecto la literatura refiere que la persistencia del conducto arterioso sintomático con repercusión hemodinámica se manifiesta con problemas respiratorios, acidosis metabólica y congestión pulmonar, siendo mayor el riesgo de complicaciones tales; como Hemorragia Intraventricular (HIV), Enterocolitis necrotizante (NEC), Enfermedad Pulmonar crónica (EPC) y muerte ⁴⁰ . También se menciona que es posible observar bajo peso en este tipo de pacientes, en este caso se documenta que la menor pesó al nacer 2700 y el 15 de marzo (día en que falleció) 2500 gramos.

⁴¹ La sepsis es la respuesta sistémica a la infección bacteriana, viral, micótica, protozoaria, o por rickettsias. Es una de las causas del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Si no se reconoce y trata a tiempo, la sepsis puede progresar a sepsis grave, sepsis con hipotensión, síndrome de disfunción orgánica múltiple y muerte. En la nota médica del 1° de marzo se hace énfasis en que la menor de edad luce séptica y tiene riesgo de presentar infección nosocomial. Se realiza biometría hemática para descartar dicho padecimiento, se hace constar en la nota médica del 2 de marzo que se coaguló la muestra y no es posible cuantificar los leucocitos (parámetro que suele indicar infección). No se hace constar que se hubiera repetido el estudio de laboratorio ni que se realizaron otros (como hemocultivo, examen general de orina, dextrostix, radiografías de tórax, tiempos de coagulación, gasometría, entre otros). Se dio de alta siete días después sin descartar dicho padecimiento.

De todo lo anterior, es posible determinar que el estado de salud que presentó la recién nacida fue consecuencia de una indebida prestación de los servicios públicos en materia de salud.

En respuesta los planteamientos del problema y con base en los expedientes clínicos que me fueron proporcionados, llegué a las siguientes:

V. CONCLUSIONES

39

Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica, Panamericana, España. 2004, página 876.

40

Ver página 12 del presente informe.

41

Behrman, et al. *Nelson Tratado de Pediatría*, 17ª Edición , Edit. Elsevier, España, 2006. Pág. 847.

1. La atención médica proporcionada a [REDACTED] y a su hija recién nacida no se apegó a lo que establecen: la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Asimismo, no se apegó con lo que establece la literatura médica respecto a la atención del edema en el embarazo, la vigilancia y atención de las pacientes con ruptura prematura de membranas, en el caso del binomio madre-hija, y la persistencia del conducto arterioso, la hidrocefalia y la sepsis, en el caso de la recién nacida.

2. La valoración, estudios médicos, tratamiento y medicamentos suministrados a [REDACTED] y a su hija recién nacida por parte del Hospital General del Altiplano y por el Hospital General de Tulancingo (en el caso de la menor) no fueron correctos.

3. El estado de salud que presentó la recién nacida fue consecuencia de una indebida prestación de los servicios públicos en materia de salud.

México, D. F., 9 de agosto de 2013.

DRA. [REDACTED]

EVIDENCIAS

- A) Queja iniciada por [REDACTED] en las oficinas de la Visitaduría Regional de Apan de esta Comisión (fojas 2-3);
- B) Solicitud de informe dirigida al Director del Hospital General del Altiplano, notificada el primero de febrero de dos mil trece (foja 5).
- C) Solicitud de copias certificadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención brindada en el Hospital General del Altiplano, a [REDACTED] [REDACTED] (foja 6);

- D) Escrito remitido por el doctor [REDACTED] a manera de informe rendido por duplicado, recepcionado en la Visitaduría regional de Apan el once de febrero de dos mil trece (fojas 7-8);
- E) Segunda solicitud de informe dirigida al director del Hospital General del Altiplano, notificada el trece de febrero de dos mil trece (foja 9);
- F) Copia certificada del expediente clínico 020772 respecto de la atención brindada a [REDACTED] con motivo de la atención médica recibida en el Hospital General del Altiplano (fojas 12 - 60);
- G) Solicitud de copias certificadas del expediente integrado con motivo de la atención médica brindada a la menor [REDACTED] dirigida al director del Hospital General de Tulancingo mediante oficio 00158, notificado el doce de marzo de dos mil trece (foja 61);
- H) Tercer requerimiento de informe, solicitando al director del Hospital General del Altiplano que indicara a los servidores públicos que participaron en los hechos materia de la presente queja, rindieran su informe, documento notificado el ocho de marzo de dos mil trece mediante oficio 00160 (foja 63);
- I) Solicitud de copias certificadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención brindada en el Hospital General del Altiplano a la menor [REDACTED] notificado el ocho de marzo de dos mil trece mediante oficio 00158 (foja 61);
- J) Expediente clínico 00133587-13, integrado en el Hospital General de Tulancingo de Bravo con motivo de la atención brindada a la menor [REDACTED] (fojas 65-259);
- K) Copias certificadas del expediente clínico 021119 integrado con motivo de la atención médica brindada a la recién nacida [REDACTED] [REDACTED] en el Hospital General del Altiplano (fojas 273-284);
- L) Diligencia de ratificación de queja a cargo de [REDACTED] Pineda (foja 285);
- M) Solicitud de copias certificadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención brindada a la menor [REDACTED] [REDACTED] en el Hospital del Niño DIF, de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo (foja 289);
- N) Copias certificadas del expediente clínico 341439, integrado en el Hospital del Niño DIF, de la ciudad de Pachuca de Soto, con motivo de la atención médica brindada a la hija de la quejosa [REDACTED] (fojas 290-321);
- O) Oficio de solicitud de colaboración al presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, para la elaboración de una

opinión médica en relación a la atención médica brindada a la quejosa y a su hija recién nacida, tanto en el Hospital General del Altiplano como en el de Tulancingo, notificado en esa Comisión el cuatro de junio de dos mil trece mediante oficio 00215 (foja 322);

- P)** Segundo requerimiento de copias certificadas con número de oficio 01251, notificado al Representante Social (foja 95);
- Q)** Oficio 01260, dirigido al Director General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado, notificado el trece de marzo de dos mil trece (foja 96);
- R)** Citatorio con número de oficio 00311, dirigido a la quejosa para que presentara a los testigos presenciales de los hechos materia de la presente queja (foja 323);
- S)** Diligencia de declaración testimonial celebrada en el domicilio de la quejosa el diecinueve de junio de dos mil trece (fojas 324-328);
- T)** Opinión médica emitida por la doctora [REDACTED] perita adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (fojas 329- 341);

VALORACIÓN JURÍDICA

I. Competencia de la CDHEH.- En atención a lo dispuesto 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; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; esta Comisión es competente para conocer de la queja interpuesta por [REDACTED] y ratificada por [REDACTED] luego que de los hechos se advierten violaciones a derechos humanos por parte de personal médico adscrito a los Hospitales Generales, del Altiplano y de Tulancingo, Hidalgo, pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo; a continuación se enumerarán los derechos violentados, así como los hechos violatorios que se actualizan en el presente caso:

- 1) **Derechos 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 suscritos por nuestro país en la materia ni con las Normas Oficiales Mexicanas de Salud: NOM-007-SSA2-1993; NOM-016-SSA3-2012 y NOM-034SSA2-2002.

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 mortinatalidad 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;*
 - I. 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;*
 - II. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*
 - III. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*
 - IV. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud,*
 - V. 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 pacientes.

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.

III. Con base en las evidencias recabadas por esta Comisión se demostró en el caso particular, la deficiencia en la atención médica que se le brindó a [REDACTED] en el Hospital Regional del Altiplano, específicamente por el médico [REDACTED] encargado del turno nocturno especial de Gineco-obstetricia, mismo que de acuerdo a las constancias que obran en el presente expediente, tales como: el informe de autoridad rendido por dicho médico; las declaraciones de [REDACTED]

así como la ratificación de la queja a cargo de [REDACTED] coinciden en señalar que la quejosa acudió al nosocomio de referencia el pasado veintiocho de enero de dos mil trece, aproximadamente a las cero horas, en donde fue revisada en el área de urgencias por el médico [REDACTED] quien la canalizó al servicio de Gineco-obstetricia a cargo del doctor [REDACTED] quien volvió a realizar una revisión de la paciente [REDACTED] corroborando que efectivamente era candidata a un procedimiento de interrupción de su embarazo por vía abdominal, ante la ruptura prematura de membranas, o lo que se describe coloquialmente como “ruptura de la fuente”; además de la posición pélvica del producto, es decir que la niña se encontraba sentada dentro del vientre materno, condiciones que la involucrada simplemente pasó por alto concretándose a indicarle antibiótico, mismo que en efecto podía ayudarle a contrarrestar un posible proceso infeccioso; sin embargo, de acuerdo con el dictamen médico emitido en apoyo a este Organismo por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la dosis de ampicilina que le fue suministrada a la paciente no fue la indicada, ya que se encontraba por debajo de la prevista en la teoría al respecto.

En este punto resulta pertinente mencionar que [REDACTED] Pineda, no solo tuvo que afrontar las consecuencias de la decisión del médico encargado del área de gineco-obstetricia, de únicamente medicarla y monitorearla hasta que llegara el personal médico y del laboratorio del turno siguiente, es decir, alrededor de siete horas, mientras tanto volvían a revisar las condiciones en las que se encontraba y ordenaban los estudios de laboratorio para intervenirla, lo cual ocurrió hasta las once horas con veinte minutos; sino que, además, se encontró que como consecuencia lógica de no haberla intervenido oportunamente, su hija naciera con dificultades severas para respirar; y como si todo lo anteriormente narrado no fuera suficiente, también tuvo que afrontar separarse de su hija ya que por falta de equipo médico para ayudar a la recién nacida a respirar (gasómetro y ventilador) ésta tuvo que ser trasladada de urgencia al Hospital General de Tulancingo, Hidalgo, con diagnóstico de dificultad respiratoria con probable neumonía in útero, con un pronóstico reservado a evolución.

Respecto de la atención médica brindada a [REDACTED] en el Hospital General del Altiplano, se solicitó, en la opinión médica que obra en el expediente de mérito, determinar si la atención que recibió la quejosa se apegó a las normas oficiales mexicanas en la práctica gineco – obstétrica y se obtuvo que:

“... La señora [REDACTED] acudió al Hospital General del Altiplano para ser valorada el 15 de enero, tenía 34.5 semanas de embarazo y por

presentar edema de las extremidades inferiores y dolor de cabeza, con una tensión arterial de 100/70, al respecto, la literatura médica refiere que **entre las causas de edema puede ser la toxemia del embarazo por lo que debieron practicarle los estudios necesarios para descartar ese padecimiento.** Asimismo, en ese momento el médico tratante le indicó tomara furosemide al respecto la literatura médica refiere que este medicamento se clasifica dentro de la categoría C, por lo que no debe indicarse únicamente cuando el posible beneficio deseado para la madre justifica el riesgo potencial para el feto. Asimismo, se asocia con la persistencia del conducto arterioso. Por lo que **la indicación de este medicamento no se apegó a lo que establece la literatura médica.**

El día 28 de enero la señora [REDACTED] acudió nuevamente a dicho hospital por presentar **ruptura prematura de membranas** de una hora de evolución, así como **dolor obstétrico.** Durante la examinación se observa que el producto se encuentra en **presentación pélvica lo cual constituye una indicación de cesárea.** Se observó nota en donde se hace constar que **no se cuenta con médico, ni laboratorio,** por lo que no es posible interrumpir el embarazo en ese momento. **Con la ruptura prematura de membranas puede existir compresión del cordón umbilical, lo que conlleva a hipoxia y sufrimiento fetal por lo que es de suma importancia valorar el bienestar fetal por medio de la frecuencia cardíaca fetal.** En este caso se valora este parámetro a las 2, 4, 7 horas y se realiza la cesárea a las 11:20 horas, en este sentido **la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, refiere que se debe valorar la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, lo cual no se llevó a cabo en este caso.** Respecto a la **ruptura prematura de membranas** la literatura médica refiere que **se debe indicar 2 g de ampicilina cada 6 horas en este caso sólo le fue indicado 1 gramo.** Asimismo, se hace constar que **no se contó con médico pediatra ni laboratorio por lo que no le fue practicada la cesárea a su ingreso, por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada...**

V.- En relación a la atención brindada a la menor [REDACTED] en el Hospital General de Tulancingo, ante las manifestaciones hechas por la quejosa y por sus familiares, mismas que obran anexas al expediente de queja que hoy se resuelve, relativas a posibles deficiencias en la atención que se le brindó, se tiene que al respecto se solicitó a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal indicara si la atención que se brindó a la hija de la quejosa se apegó a las normas oficiales mexicanas en la práctica de gineco – obstetricia se tiene que:

*“...en lo que se refiere a la atención médica proporcionada a la recién nacida en el Hospital General de Tulancingo, en el expediente se hace constar que **la menor de edad presentó neumonía in útero, sepsis y persistencia del conducto arterioso (PCA)**. Respecto a la cardiopatía (PCA) **la literatura médica refiere que se debe ofrecer tratamiento inmediatamente** e incluso se han documentado tratamientos quirúrgicos dentro de las primeras 24 horas de vida. El tratamiento puede llevarse a cabo de la siguiente forma: 1) tratamiento inicial, digitalización y disminución del edema pulmonar; 2) intermedia, tratamiento específico para la “persistencia del conducto arterioso” con indometacina; y 3) cierre quirúrgico. **En el caso que nos ocupa se observó que se identificó el 1º de febrero y se ofreció una valoración por especialista hasta el día 21 del mismo mes, asimismo, no se le dio seguimiento ni tratamiento posterior, la nota médica de ingreso al Hospital del Niño del DIF de Hidalgo refiere que aún presentaba el soplo sistólico. Asimismo, se hace constar que la menor de edad presentaba hidrocefalia y que requería que se realizara tomografía axial computada de cráneo así como la interconsulta a médico especialista en Neurocirugía, en el expediente no se observaron constancias de que se hubieran realizado dichos procedimientos. Se menciona en el expediente también que el día 2 de marzo se observó con riesgo de presentar infección generalizada (sepsis) por la estancia en el hospital, se realizó biometría hemática para descartarlo, sin embargo, se menciona que no se obtuvo el conteo de leucocitos, en el expediente no se hace constar que se hubiera repetido dicha prueba para descartar el diagnóstico. Tampoco se realizaron estudios para descartar la presencia de neumonía antes de haber sido dada del alta el 8 de marzo.***

De todo lo anterior, en este caso se concluye que la atención médica que recibieron [REDACTED] y su hija recién nacida, por parte del Hospital General del Altiplano y del Hospital General de Tulancingo, no se apegó a las normas oficiales mexicanas y a procedimientos en la práctica de gineco-obstetricia...”

VI.- Estudio de la reparación del daño a las víctimas de la violación de derechos humanos.

El artículo 1º Constitucional establece en su párrafo tercero:
*“(...) Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y **reparar** (resaltado no parte de la original) las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

A su vez, el artículo 113 párrafo segundo del mismo ordenamiento determina la responsabilidad objetiva y directa del Estado, cuando derivado de ella se produzcan daños particulares. A la letra esta disposición señala:

*“La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los **particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.**”*

En el ámbito internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha observado un importante proceso evolutivo que ha fortalecido el régimen de protección de los derechos humanos respecto de la responsabilidad internacional de los Estados por actos internacionalmente ilícitos, desarrollada con un amplio esfuerzo por la Comisión de Derecho Internacional de Naciones Unidas, y plasmada en el memorable documento denominado *Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts with Commentaries*, que ilustra cuales son las formas en que se debe resarcir a la víctima de la violación de derechos humanos con medidas entre las que se encuentran:

- 1) Cesar el acto, si este es un acto continuado;
- 2) Ofrecer seguridades y garantías de no repetición;
- 3) Hacer una completa reparación;
- 4) Restituir a la situación anterior, si fuere posible;
- 5) Compensación de todos los daños estimables financieramente, tanto morales como materiales; y

6) *Satisfacer los daños causados que no son estimables financieramente.*

La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos que, como consecuencia, sean necesarios para la recuperación de la salud de la víctima, reconociéndose que el ideal para la reparación sería el restablecimiento de las cosas al estado al que se encontraban antes de las violaciones perpetradas; sin embargo, la afectación a la integridad personal en perjuicio de las agraviadas impide por los daños ocasionados restablecer la condición que tenían antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, de ahí que sea necesario establecer otras formas a través de las cuales pueda reparar a las víctimas, entre las que se encuentran la:

“Indemnización: *Es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante e incluye también, el daño moral sufrido por las víctimas. debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos.*

Rehabilitación: *Ésta debe incluir la atención médica y psicológica, y los servicios jurídicos y sociales.*

Satisfacción: *La satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes:*

- a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones;*
- b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad;*
- c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima;*
- d) una disculpa pública; y*
- e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.*

Garantías de no repetición: *Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la reparación no se repitan.¹ cumplir con la reparación del daño ocasionado a las víctimas por violaciones a los derechos humanos cometidas por parte de sus servidores públicos.”*

Lo anterior sin olvidar que el **artículo 65 de la Ley General de Víctimas** faculta a este Organismo defensor de derechos humanos para resolver al respecto de la reparación del daño, como parte de las consecuencias jurídicas aplicables al acreditarse la existencia de las violaciones a derechos humanos, mismas que ya han sido enumeradas en este documento.

Por lo descrito en el cuerpo de la presente, habiéndose acreditado plenamente la violación a los Derechos Humanos de [REDACTED] y agotado el procedimiento regulado en el Título Tercero, Capítulo IX, de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, a usted Secretario de Salud en el Estado se le:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de [REDACTED] médicos adscritos al área de gineco – obstetricia del Hospital General del Altiplano, de Apan, Hidalgo y aplicar a la brevedad posible la sanción disciplinaria a que se hayan hecho acreedores.

SEGUNDO.- Iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de los médicos adscritos al área de pediatría del Hospital General del Tulancingo de Bravo, Hidalgo, que tuvieron participación en la atención brindada a la menor [REDACTED] y aplicar a la brevedad posible la sanción disciplinaria a que se hayan hecho acreedores.

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.

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 el artículo 65 de la Ley General de Víctimas, los ordenamientos legales correspondientes y los tratados internacionales en la materia.

QUINTO.- 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, lo que establecen las

Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, NOM-034-SSA2-2002 y NOM-016-SSA3-2012.

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, poniendo para ello a su disposición a la Secretaría Ejecutiva de esta Comisión.

Notifíquese a la quejosa y a las autoridades, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitio web de la misma.

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

ATENTAMENTE

**RAÚL ARROYO
PRESIDENTE**

AVH