



Anexo 1

A continuación se da cuenta de la evidencia recabada por esta Comisión, de la que emanan los hechos probados que sustentan la presente Recomendación:

Caso 1. Expediente CDHDF/II/122/VC/08/D6749.

1. Oficio número DJUDM/046/2009, recibido en esta Comisión el día 13 de febrero de 2009, suscrito por el Dr. Víctor Hugo Pulido Olivares, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, del que se desprende lo siguiente:

[...]

*En cuanto a la atención de la paciente **agraviada 1**, se ingresa por el servicio de urgencias el día 10 de noviembre a las 23:00 horas, con el diagnóstico de primigesta, con embarazo de 36.5 semanas de gestación, por fecha de última menstruación, de término por clínica en el trabajo de parto, fase activa, se ingresa a la UTQ con 7 centímetros de dilatación y 70 por ciento de borramiento, con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto a las 23:40 horas. A las 04:20 horas pasa a expulsión, a las 04:37 se atiende parto sin complicaciones, obteniéndose producto único femenino de 3325 gramos, con apgar 8/9, con capurro de 37 semanas, durante el alumbramiento a las 04:58 presenta inversión uterina, se revierte manualmente bajo sedación, persistiendo con hemorragia a pesar del tratamiento con oxitocitos, ergonovina, carbetocina, sin revertir, por lo que a las 06:10 se decide realizar histerectomía obstétrica, terminando a las 07:30, presentando paro cardiorespiratorio irreversible a maniobras, dándose por muerta a las 07:40 horas:*

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Hemorragia obstétrica.

Inversión uterina.

[...]

El personal que solicita los componentes sanguíneos es el médico tratante, se envía el piloto al Hospital General Balbuena, que es el encargado de proveerlos, si se solicitan con pruebas rápidas, se firma la responsiva y en cuanto están disponibles se envían con el personal del Hospital.

Se anexa flujograma de solicitud de componentes hemáticos.



Se anexa una copia de las solicitudes que se realizaron a todos los hospitales, tanto de red como externos, durante las fechas señaladas se contaba con el personal médico y paramédico necesario para la atención de los pacientes.

Durante el mes de noviembre y diciembre el tiempo de espera en la Unidad de Urgencias fue de: 28.68 minutos.

En el turno matutino hay médicos que ingresan a las 06.30 horas de la mañana como enlace entre los dos turnos, durante la tarde hay médicos que egresan a las 15:00 horas, el personal vespertino ingresa a partir de las 14:00 horas, el turno nocturno, ingresan a partir de las 19:00 horas, el servicio de urgencias es un servicio que se encuentra cubierto las 24:00 horas del día, cada guardia (A,B,C) y cada turno cuentan con un asistente de la Dirección, para verificar que el servicio siempre se encuentre cubierto.

2. Escrito presentado por la hermana de la agraviada 1 recibido en esta Comisión el 29 de septiembre de 2009, del que se desprende lo siguiente:

*El día 10 de noviembre del año 2008, mi hermana, **agraviada 1** de 19 años de edad, empezó a tener dolores de contracciones, mi mamá inmediatamente la llevó al hospital a las 18:20 horas, ingresó al Hospital Gregorio Salas, donde tenía el pase para que la atendieran, fue el Dr. Rubén Centeno Naranjo quien la atendió, quien le recomendó que fuera a caminar unas dos horas para acelerar la labor de parto, ya que contaba con 4 centímetros de dilatación, posteriormente regresaron al Hospital Gregorio Salas a las 21:05 horas aproximadamente, siendo atendida de urgencias, quedándose en dicho hospital; después de una hora y media y siendo aproximadamente las 22:20 horas le dicen a mi mamá que debido a que no funcionaban los elevadores, no podría atender a la **agraviada 1**, diciéndole que no contaban con ambulancia para trasladarla a otro hospital, por lo que le recomendaron que buscaran otro hospital y se trasladara por sus propios medios, haciéndole firmar a nuestra madre la salida del hospital de mi hermana.*

Una vez en la calle y presentando mi hermana fuertes dolores del parto, se dedicaron a buscar un hospital de urgencia para que fuera atendida, llegando al Hospital Materno Infantil Inguarán, a las 23:15 horas aproximadamente, donde fue recibida, diciéndole a mi mamá que ingresaría y que como a las 10:00 horas del día siguiente le darían informes sobre el estado de salud de mi hermana. Fue a las 06:00 de la mañana del día 11 de noviembre del año 2008, cuando mi mamá recibe un telefonema por parte del Hospital Inguarán, en donde le dicen que se presente urgentemente a ese hospital, por lo que mi mamá se trasladó inmediatamente a dicho nosocomio, llegando aproximadamente a las 06:30 del día antes señalado, pasando con una doctora y una persona de Trabajo Social, informándole a mi mamá que mi hermana se encontraba muy grave en terapia intensiva, y como a las 07:00 horas le vuelven a informar que el estado de salud de mi hermana continuaba muy grave, siendo aproximadamente a las



07:50 horas cuando le informan a mi mamá que no se pudo hacer nada por mi hermana y que acababa de fallecer por una hemorragia, y no le dieron más información, solicitándole que realizara los trámites para la entrega del cuerpo, sin más información por parte de la doctora en turno y del responsable del Hospital, y sin permitirnos hablar con ningún médico procedimos a realizar los trámites para que nos entregaran el cuerpo de mi hermana.

Debo mencionar que del parto de mi hermana nació una niña, por lo que presento la presente denuncia o queja en contra de quien o quienes resulten responsables, de quienes solicitó ayuda económica para la manutención de dicha menor de edad.

[...]

3. Comparecencia de la peticionaria 1 (hermana de la agraviada 1) de fecha 4 de agosto de 2009, quien señaló que.

... desde la muerte de su hermana, su familia ha tenido que hacerse cargo de la manutención de la niña a la que dio a luz, quien afortunadamente a la fecha se encuentra bien de salud. Aclaró que tiene conocimiento que su hermana en un primer momento fue atendida en el Centro de Salud Atanasio Garza, donde llevó su control prenatal, de ahí fue referida al Hospital General Dr. Gregorio Salas para su alumbramiento, pero en virtud de que en la fecha en que acudió no servían los elevadores, acudieron de urgencia al Hospital Materno Infantil Inguarán.

4. Oficio DAJ/SAA/2969/09, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, recibido en esta Comisión el 19 de octubre de 2009, del que se desprende lo siguiente:

*...resumen clínico cronológico y detallado de fecha 6 de octubre de 2009, elaborado por la Dra. Alma Rosa Fong Hernández, Directora del Centro de Salud "Dr. Atanasio Garza Ríos"; así como copia certificada en ocho fojas útiles del expediente clínico, número M=G-2008-CB-6943, de la atención médica brindada en el Centro de Salud "Dr. Atanasio Garza Ríos", a la **agraviada 1**.*

Del Resumen Clínico se desprende lo siguiente:

*La **agraviada 1**, de 19 años de edad, fue atendida por control de embarazo, a partir del 19 de septiembre de 2008, cuando cursaba su semana No. 33 de gestación.*

6 de octubre de 2009.

La paciente se presentó al servicio de Consulta Externa del turno vespertino del Centro de Salud el día 19 de septiembre; durante la consulta refirió los siguientes antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años; vida sexual activa desde los 17; ritmo: 30x5;



F.U.R. 29/01/08, fecha probable de parto: 8/11/08. A la exploración física, tanto la paciente como su producto se encontraron en buenas condiciones. En su segunda y última consulta se presenta con exámenes de laboratorio que reportan una Biometría Hemática con hemoglobina de 11.1 g/DL, hematocrito de 37%, con moderada anisocoria y anisocitosis y el resto de indicadores dentro de las cifras normales al igual que la Química Sanguínea y el examen general de Orina. En la exploración física, se observó palidez de tegumentos, sin compromiso cardiorrespiratorio y un abdomen globoso con características normales para la edad gestacional de 37 y media semanas. Se otorga pase de referencia al que se anexan resultados de laboratorio, gabinete, además de referir como antecedente la aplicación de dos dosis de Td.

Con propósito de seguimiento 5 días después, la T.S. Sara León, establece contacto con la paciente, quien le informa que no había acudido al Hospital porque se había sentido bien.

5. En fecha 19 de octubre de 2009 se recibió en esta Comisión el oficio número DHGB/1815/19/10/09, suscrito por el Dr. Miguel Ángel E. Martínez Guzmán, Director del Hospital General Balbuena, mediante el cual remite la respuesta a los planteamientos de esta Comisión, emitido por el Jefe de Servicio de Banco de Sangre de la que se desprende sustancialmente lo siguiente:

1. Informo a usted que dicha solicitud en la cual se solicitan los concentrados eritrocitarios mencionados, no se encuentra registrada como recibida en el Banco de sangre del Hospital General Balbuena, así consta en la libreta de registro.

Todo proceso de solicitud de unidad de hemoderivados, se encuentra en una libreta en la recepción, en la cual se deben de registrar todos los datos de los pacientes que necesitan ser transfundidos y consta de: Fecha, Número progresivo, Servicio de donde provienen, Número de expediente, Hospital que solicita, Hora en la que es entregada la muestra piloto y recibida por el Banco de Sangre, Médico o persona que entrega la muestra piloto.

Este tipo de libretas de registro se encuentran establecidas desde hace más de 10 años, siendo instaladas con la finalidad de contar con la evidencia escrita de todas las solicitudes recibidas en este Banco de Sangre para poder llevar a cabo el seguimiento de los acontecimientos, en los cuales existe duda o controversia aclaratoria como en este caso.

En la fecha referida en el Banco de Sangre se encontraba una técnica laboratorista el turno vespertino y en la guardia nocturna dos técnicos laboratorista y un químico, Jefe de Sección.



2. Respecto del procedimiento que se sigue para solicitar unidades de sangre a otros hospitales de la red y el tiempo aproximado de espera se informó que dicho procedimiento inicia en base a una solicitud, especificando qué tipo y número de productos solicitados. Previo registro de la solicitud en las libretas específicas con todos los datos necesarios.

En cualquier prueba de compatibilidad el tiempo mínimo de elaboración es de una hora.

El horario de atención y operación del Banco de Sangre del Hospital General Balbuena, es de 24 horas de los 365 días del año.

En la fecha señalada, 11 de noviembre de 2008, se encontraba una Técnica Laboratorista, el turno vespertino y en la madrugada dos Técnicos Laboratoristas y un Químico Jefe de Sección.

Se reitera que el Servicio no se encontraba interrumpido.

Acompañando el informe se recibió el siguiente soporte documental:

*Copia de las libretas de registro de las fechas señaladas, libreta foliada del No. 1 al 192 con fecha de inicio 03 de febrero de 2008 y de término 06 de febrero de 2009, registros de la página 140, del 09 de noviembre de 2008 al 12 de noviembre de 2008, en las cuales no existe ningún registro a nombre de la paciente **agraviada 1** en el Hospital Materno Infantil Inguarán.*

Libreta de pruebas de compatibilidad, con fecha de inicio 04 de abril de 2008 y de término 27 de noviembre de 2008, registros de la página 140 al 09 de noviembre de 2008, al 12 de noviembre de 2008, en las cuales no existe ningún registro a nombre de la paciente, situación de esperarse, porque no se recibió muestra piloto de dicha paciente.

6. El 20 de octubre de 2009, se recibió en esta Comisión el oficio número D/422/2009, suscrito por el Dr. Carlos Vázquez Noriega, Director del Hospital General Gregorio Salas Flores, del que se desprende lo siguiente:

Resumen clínico

1.- Femenina de 19 años de edad que llegó al servicio de urgencias a las 17:52 horas y fue atendida a las 18:20 horas del mismo día, con los siguientes antecedentes: amenorrea secundaria a embarazo con fecha probable de parto 30 de noviembre con presencia de cefalea tensional en el primer trimestre. Control prenatal en Centro de Salud.

Otros antecedentes: menarca a los 14 años. Ritmo de 30x4 eumenorreica IVSA: con bajas a los 17 años, Gesta 2, Para 0, A1.



Motivo de atención: pródromos de trabajo de parto.

[...]

Se egresa dándole las recomendaciones de alerta médica para su atención oportuna en las próximas dos horas.

A las 21:05 horas del mismo día se vuelve a valorar encontrándose paciente con signos vitales normales con incremento de la actividad uterina, movimientos fetales espontáneos, sin pérdidas transvaginales.

Indicaciones: se ingresa para valoración del servicio de Gineco-Obstetricia en unidad de toco cirugía.

Se hace la anotación complementaria a las 22:20 horas del mismo día en donde se resalta que fue valorada por médico Ginecólogo (Dra. Martínez) indicando que dicha paciente puede acudir por sus propios medios a otra Unidad Médica. Se informa a los familiares. Se elabora hoja del Sistema de Referencia-Contrarreferencia.

7. El 4 de octubre de 2010, se recibió en esta Comisión el oficio número 459 suscrito por la Dra. Carmen Canchola Sotelo, JUD. Médico del Hospital Materno Inguarán, del que se desprende a preguntas expresas lo siguiente:

*1. La nota médica del el parto de la señora **agraviada 1** está firmada por el médico adscrito Dr. Aragón Zulik Ariel.*

2. El producto del parto nació a las 4:37 horas.

3. En el expediente no se encuentra referida la hora del alumbramiento.

Los datos del desprendimiento placentario se presentan entre uno y cinco minutos posteriores a la expulsión del niño.

La duración media de la tercera etapa del trabajo de parto (alumbramiento) es de 6 minutos y en el 3.3% de los casos dura más de 30 minutos.

4. No se encuentra referido en el expediente si se consideró que fue un alumbramiento prolongado.

Los datos de desprendimiento placentario se presentan entre uno y cinco minutos posteriores a expulsión del niño.

La duración media de la tercera etapa del trabajo de parto (alumbramiento) es de 6 minutos y en el 3.3% de los casos dura más de 30 minutos.



Si el alumbramiento duró más de 30 minutos podemos definir como placenta anormalmente retenida.

El producto nace a las 4:37 horas y pasa a quirófano a las 5:00 horas, se realizan maniobras de reducción de inversión uterina inicia histerectomía obstétrica a las 6:20. Se egresa a las 7:40 horas por defunción.

5. La inversión sucede durante el alumbramiento el cual se corrige con maniobras manuales, posteriormente se presenta la atonía uterina. Su diagnóstico se basa en la clínica, es el fracaso del útero para contraerse adecuadamente posterior al parto, y la manifestación clínica es la hemorragia.

El sangrado aproximado que presenta la paciente es de 2000CC.

El parto es a las 4:37, ingresa a quirófano a las 5:00 horas para maniobras manuales de reducción, se presenta atonía uterina y se inicia la histerectomía obstétrica a las 6:20 horas. Defunción a las 7:40 horas.

6. No se encuentra referido en el expediente cuál fue la causa probable de la atonía.

Causas probables:

- Útero sobredistendido: feto grande, mellizos, hidramnios.*
- Trabajo de parto prolongado.*
- Trabajo de parto muy rápido.*
- Trabajo de parto inducido o aumentado con occitocina.*
- Gran paridad.*
- Corioamnioitís.*
- Algunos anestésicos generales: hidrocarburos, halogenados.*
- Tejido placentario retenido:*
 - Cotiledón arrancado*
 - Lóbulo accesorio*
 - Placenta normalmente adherida: acreta, increta, percreta.*
 - Inversión uterina*
 - Rotura de útero*



- Desgarros y hematomas:
- Extensiones de episiotomía
- Desgarros de perineo, vagina y cuello uterino.

7. Placenta completa, cotiledones íntegros, membranas completas, cordón sin alteraciones, vasos completos.

8. Se aplicaron maniobras manuales durante 30 minutos aproximadamente, posteriormente se aplicó tratamiento farmacológico: carbetocina IV. Dosis única, ergonovina IM, dosis única.

A las 5:15 se toma piloto para solicitar paquetes globulares y plasma fresco, solicitándose al Hospital General de Balbuena, el cual es el más cercano a nuestra Institución.

9. No se encuentra referida en el expediente la probable causa de la atonía. (Ver numeral 6).

10. En el expediente no se encuentran referidas las maniobras que se realizaron para revertir la inversión, únicamente mencionan: se intenta corregir bajo anestesia general, así como con la aplicación de carbetosina y ergonovina.

Lo indicado es realizar maniobras manuales, tan pronto como se restaure la configuración normal del útero, se interrumpe la aplicación del agente empleado para relajarlo y se inicia la aplicación de uterotónicos, como carbetocina y ergonovina.

Maniobras manuales: la inversión uterina se acompaña de hemorragia inmediata que pone en peligro la vida, para reducir la inversión se ejerce tracción inmediata sobre el fondo uterino con la palma de la mano y los dedos en la dirección del eje largo de la vagina.

11. Se realizó reducción manual de la inversión uterina bajo anestesia general.

12. Se inició la búsqueda de concentrados eritrocitarios desde la 5.00 horas del día, se envía un piloto al Hospital General Balbuena que es el más cercano a la Institución, posteriormente se solicita a La Villa, Ticomán y Xoco, Hospital de la Mujer, Hospital Juárez, Hospital General.

A las 7:05 el Hospital de La Villa informa que tiene un concentrado eritrocitario y se envía por él.

Posteriormente el Hospital Rubén Leñero apoya con tres paquetes "O" negativo.



13. La atonía uterina que no revierte a maniobras manuales ni medicamentosas, es (sic) indicaciones de realizar histerectomía obstétrica, razón por la cual se da la indicación de pasar a la paciente a quirófano.

14. El servicio de enfermería toma el piloto y se entrega al Servicio de Trabajo Social, quien lo entrega al Servicio de Transporte, que lo lleva al hospital indicado.

15. En el Hospital de Balbuena existe una bitácora en la cual se registran las solicitudes de derivados sanguíneos de los diferentes hospitales.

8. En relación con el indebido funcionamiento de los elevadores del Hospital General Gregorio Salas, en la época en que ocurrieron los hechos que se reseñan, este Organismo documentó la queja CDHDF/III/122/CUAUH/09/N5167, en la que se refirió lo siguiente:

Existen problemas en la funcionabilidad y seguridad de los elevadores del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, sin que a la fecha las autoridades centrales hayan realizado alguna acción para resolverlos. Esto imposibilita el traslado de los pacientes a otras unidades, poniendo en riesgo su integridad y la del personal. El día 26 de julio se presentaron autoridades de la Oficialía Mayor y de la Jefatura de Gobierno, inspeccionando junto con los técnicos de las Empresas OTIS y SHINDLER, el funcionamiento de los elevadores, pero ambas compañías no se quieren hacer responsables, por lo que las autoridades llamaron a otra empresa, la cual puso a funcionar dichos elevadores, sin el mínimo de seguridad en ellos. Existen dictámenes en cuanto a la inseguridad de los elevadores, en ellos se menciona la nula seguridad en que se encuentran funcionando. Las autoridades Centrales del Hospital tienen conocimiento y se les ha informado por escrito, pero hasta la fecha no se ha resuelto este problema.

9. Opinión Médica elaborada por la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la que se destaca lo siguiente:

[...]

DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

*De acuerdo a la nota agregada del Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Salas (IV.1), la causa por la que no se le brindó atención médica a la **agraviada 1** fue por no contar con elevadores. Médicamente se considera que la falta de elevadores no es un motivo para negar la atención médica a una paciente, ya que no es un insumo indispensable para la atención de un parto, como podría ser no contar con médico especialista en ginecoobstetricia, carencia de instrumental médico, falta de medicamentos o material de curación, falta de sala de expulsión, entre otros.*



*También se comenta que la fase del trabajo de parto en la que se encontraba la señora **agraviada 1** al ser enviada o referida a otro hospital, no puso en peligro su vida, y ello se pudo constatar porque la paciente llegó al Hospital Materno Infantil de Inguarán.*

Respecto de la atención en el Hospital Materno Infantil Inguarán, se señala que se trata de paciente de 19 años de edad, sin antecedentes heredo familiares ni personales de importancia para el caso. Llega en trabajo de parto en fase activa, el manejo inicial se da de manera adecuada (toma de signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal, aplicación de soluciones, toma de estudios de laboratorio) hasta pasar a la sala de expulsión.

Con base en las notas arriba referidas, al momento del alumbramiento (salida de la placenta) se presenta inversión uterina (salida de la matriz a través de la vagina. Nota IV.3), esta patología se considera grave ya que ocasiona hemorragia tan intensa que conduce a la paciente a choque hipovolémico (choque por disminución del volumen de sangre) y que de no controlarse y reponerse la sangre perdida conduce a la muerte.

Con base en la literatura médica las causas que favorecen la inversión uterina, son la atonía del propio útero (flacidez de la matriz) y el acretismo placentario¹ (fuerte sujeción de la placenta al útero o matriz) en cualquiera de sus modalidades,² sin embargo, existiendo atonía y/o flacidez o no, la determinante es una incorrecta atención del alumbramiento, generalmente por una tracción realizada con mala técnica médica o intempestiva del cordón umbilical^{3,4}.

*Los médicos tratantes del Servicio de Ginecología afirmaron que la inversión uterina que presentó la señora **agraviada 1** se intentó corregir con éxito (las dos palabras: con éxito, están en la columna que se suele dejar a Enfermería para sus anotaciones, ver*

¹La placenta acreta puede estar implicada, aunque la inversión uterina puede producirse sin que la placenta esté firmemente adherida.

²Según Omar Dueñas G.1, Hugo Rico O.1, Mario Rodríguez B.2 del Servicio de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, en su artículo *Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario*, publicado en Rev. Chil. Obst. Ginec. 207; 74(2) 266-271. Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta: 1. Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio. 2. Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio. 3. Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos. Por su extensión se reconocen tres tipos: a) Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta; b) Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso; c) Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

³La causa predisponente es la atonía del útero. La determinante es la incorrecta atención del periodo del alumbramiento, con maniobras precipitadas e intempestivas (presiones sobre el fondo del útero, tracciones del cordón, etc.). A veces la inversión se produce espontáneamente. Schwarz, Ricardo L., *Obstetricia*, 4° edición, 1992, Buenos aires, El Ateneo Editorial, p. 469.

⁴La inversión uterina completa después del parto del lactante es casi siempre la consecuencia de una fuerte tracción de cordón umbilical unido a una placenta implantada en el fundus (...) con frecuencia, la inversión uterina está asociada con una inmediata hemorragia potencialmente fatal; sin tratamiento adecuado puede resultar en muerte. Cunningham, F. Gary, *Williams Obstetricia*, 21° edición, México, McGraw-Hill Interamericana, pp. 553-554.

Foja 000007). En la Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (Nota IV.5) señalaron como diagnóstico preoperatorio Inversión uterina corregida más atonía uterina. La operación proyectada fue restitución de inversión uterina bajo anestesia versus histerectomía obstétrica, y en la descripción de la técnica quirúrgica realizada afirmaron que realizaron maniobras para revertir la inversión uterina lo cual resulta contradictorio con la nota IV.4, la cual refiere que se obtuvo éxito al revertir la inversión en la sala de expulsión. Por otra parte, también existe inconsistencia con la nota de Enfermería (nota IV.7) y la nota de Registro de Anestesia y Recuperación (nota IV.10), ya que la nota de Enfermería señala que presenta inversión uterina parcial tratando de revertir manualmente y con medicamentos por médicos ginecoobstetras no logrando dicha (inversión), por lo que fue ingresada a quirófano para extirpar el útero o matriz. Por su parte en la nota de Registro de Anestesia y Recuperación (nota IV.10) se señala que uno de los diagnósticos preoperatorios fue inversión uterina, es decir, tal evento (la inversión uterina) no había sido corregido y por ello la operación realizada fue reversión de la inversión uterina.

Aunado a lo anterior, con base en las notas médicas de Ginecoobstetricia la paciente, después de haber sido supuestamente corregida la inversión uterina, presentó atonía uterina, lo cual fisiopatológicamente no es posible⁵ ya que una inversión uterina no produce atonía uterina, aunque dicha atonía sí puede producir una inversión uterina.

Por lo antes expuesto y dado que no es factible que una inversión uterina pueda producir una atonía uterina, y que la causa más frecuente de inversión uterina posterior a un alumbramiento es la aplicación de malas técnicas médicas, se puede inferir que en este caso la causa de la inversión uterina probablemente fue la aplicación de técnicas inadecuadas en el alumbramiento y ello fue la causa de muerte en el caso de la señora **agraviada 1** en el Hospital Materno Infantil de Inguarán.

Al parecer el Hospital Inguarán no cuenta con Banco de Sangre por lo que ante emergencias como la de este caso, se ven en la necesidad de solicitar el apoyo a otros hospitales. Llama la atención que en la Foja 000023 (nota IV.14) del expediente clínico se indica que el Centro Regulador les informa que los hospitales La Villa, Ticomán y Xoco son los únicos que en ese momento contaban con Banco de Sangre disponible, si se les informó esto, no se comprende por qué insistieron en repetidas ocasiones en el Hospital Balbuena, si de antemano sabían que no estaba disponible el servicio.

Se considera que la ambulancia perdió tiempo en trasladar los pilotos a este hospital pudiendo dirigirse en su lugar, a cualquiera de los otros tres hospitales.

El tratamiento que se brindó a la paciente al presentarse la inversión uterina fue el correcto (maniobras, medicamentos, tratamiento quirúrgico) sin embargo, la falta de

⁵Se consulta verbalmente con médico ginecólogo. Se anexa informe.



concentrados eritrocitarios y plasma fue crucial en este caso, ya que de haber contado con ellos, las posibilidades de sobrevivencia de la paciente hubieran sido mayores.

La revisión del expediente clínico hace notar que no se encuentra conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 (vigente en la época en que ocurrieron los hechos) en sus puntos 5.9⁶ y 5.10⁷, ya que en gran parte se utilizan abreviaturas, existen notas con letra ilegible (nota quirúrgica) y existen notas sin hora.

Con base en lo anterior se llega a las siguientes:

CONCLUSIONES

- 1. La falta de elevadores en una Unidad Médica no es una causa médica justificada para negar la atención médica a una paciente en trabajo de parto en fase activa. Sin embargo se hace notar que ello no puso en peligro la vida de la **Agraviada 1** y su hijo, en ese entonces por nacer.*
- 2. Aun cuando la causa más frecuente de inversión uterina es la aplicación inadecuada de técnicas médicas durante el alumbramiento (nacimiento de la placenta), no se puede afirmar médicamente que ésta haya sido la causa de la inversión que presentó la **Agraviada 1**, en virtud de que se han reportado casos de inversión espontánea, pero sí se puede señalar que existen inconsistencias en el expediente clínico elaborado en el Hospital Materno Infantil Inguarán, específicamente en lo relativo a que los ginecoobstetras tratantes afirmaron que la inversión uterina fue revertida antes de ingresar a quirófano, sin embargo en la propia Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica se señala que la operación proyectada fue restitución de inversión uterina bajo anestesia versus histerectomía obstétrica y en la descripción de la técnica quirúrgica realizada afirmaron que se revirtió la inversión uterina dentro del quirófano, esto último es corroborado con una nota de Enfermería en la que se señaló que no se tuvo éxito en la reversión con maniobra manuales.*
- 3. Debido a que la transfusión de sangre era un recurso terapéutico indispensable para la **Agraviada 1**, la falta de éste fue un factor que llevó a la paciente a la muerte, ya que los procedimientos médico-quirúrgicos que se habían realizado fueron correctos. Llamando la atención el hecho de decidir acudir al Hospital Balbuena, siendo que previamente se había corroborado que solo los hospitales La*

⁶Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

⁷Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado



*Villa, Ticomán y Xoco, tenían disponible el servicio de Banco de Sangre. Por ello, se puede afirmar que la falta de sangre contribuyó determinadamente en la muerte de la **Agraviada 1**, ya que de haber contado con este recurso probablemente el deceso no se hubiese presentado.*

4. *El expediente clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán no está elaborado conforme a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico vigente en esa fecha.*

10. El 1 de octubre de 2012, se recibió en este Organismo el oficio número 478, suscrito por el Dr. Martín Viveros Alcaraz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que refiere lo siguiente:

El Hospital Inguarán no cuenta con Banco de Sangre, existe convenio con un Banco Proveedor: el Hospital General de Balbuena, únicamente contamos con el Servicio de Transfusión Sanguínea.

En la red hospitalaria (del Distrito Federal) existen los siguientes bancos de sangre:

Hospital General Ticomán

Hospital General Balbuena

Hospital General Villa

Hospital General Iztapalapa

Hospital General Xoco

Hospital General Rubén Leñero.

De acuerdo a la ubicación del Hospital se determina un Banco proveedor.

El tiempo de espera cuando se solicita sangre fluctúa entre 20 y 45 minutos, cuando el carácter de la solicitud es urgente, realizándose pruebas salinas rápidas.

11. **Averiguación Previa FSP/B/T2/2369/09-11** iniciada por la peticionaria 1 contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán) por el delito de homicidio por responsabilidad profesional, misma que fue determinada con el no ejercicio de la acción penal el 29 de septiembre de 2011.
12. Oficio CG/CISS/SQDR/2042/2012 de fecha 28 de septiembre de 2012, signado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 31 de octubre de 2011, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/D/170/2009, iniciado con motivo de los hechos del caso que se presenta.



Caso 2. Expediente CDHDF/II/122/TLAH/09/D0169

13. Comparecencia de la **agraviada 2 en compañía de su esposo, quien manifestó que:**

El 2 de enero de 2009 acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, a fin de ser valorada por su embarazo.

En dicho hospital le realizaron estudios de sangre y orina y de la valoración practicada le indicaron que aún faltaba tiempo para que naciera el producto de su embarazo. Se le agendó cita para el 8 de enero, señalándole que requería la toma de un ultrasonido, mismo que se practicó en un laboratorio particular el 7 de enero, indicándole el personal del laboratorio que a través del estudio se observaba que se estaba quedando sin líquido amniótico.

Ese mismo día (7 de enero), acudió con un médico particular, el cual verificó el ultrasonido y le indicó que su embarazo estaba normal y que la falta de líquido también era normal.

El 8 de enero comenzó a presentar contracciones, por lo que se dirigió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, llegando aproximadamente a las 19:15 horas; sin embargo fue valorada hasta las 20:30 horas.

Durante la valoración médica le fue practicado el tacto vaginal, indicándole que apenas se encontraba abriendo el cérvix, por lo que aún no era tiempo de que diera a luz, regresándola a su domicilio con cita abierta a urgencias.

El 9 de enero, aproximadamente a las 04:00 am, reingresó al Hospital en virtud de que continuaba presentando severas molestias derivadas de las contracciones que tenía. En esa ocasión, personal médico nuevamente le practicó tacto vaginal y le indicó de nueva cuenta que apenas se encontraba abriendo el cérvix, por lo que no era el momento del alumbramiento.

Derivado de sus molestias, ella prefirió permanecer en el hospital, por si presentaba alguna emergencia.

Aproximadamente a las 11:00 horas de ese día (9 de enero), acudió al sanitario del hospital, en virtud de que inició con un fuerte sangrado, derivado del cual fue ingresada y valorada por personal médico, el cual nuevamente le indicó que aún no era tiempo de su alumbramiento, ya que las primerizas tardan más tiempo en dar a luz, dándole la indicación de que saliera del hospital y se tomara un jugo de naranja con dos cucharadas de azúcar.



Aproximadamente a las 14:30 horas de la misma fecha (9 de enero) ingresó de nueva cuenta al hospital, en virtud de que continuaba presentando las molestias ya mencionadas. En esa ocasión, el médico que la valoró determinó que ya presentaba 7 centímetros de dilatación, por lo que la retuvieron en el interior del hospital.

Varios minutos después fue trasladada al área de partos del hospital, donde personal médico le colocó un aparato para oír los latidos del corazón del bebé y fue en ese momento cuando se percataron que ya no respiraba, pues su corazón había dejado de latir. Pocos minutos después se le rompió la fuente; sin embargo, una doctora le mencionó que aun así no era tiempo del alumbramiento.

Aproximadamente a las 18:00 horas le tomaron una placa de rayos X, indicándole que su bebé había fallecido.

Durante el cambio de turno del hospital un médico le suministró un medicamento (se imagina que para expulsar el producto, pues nunca le informaron para qué era éste); sin embargo, así pasó toda la noche y fue hasta el día siguiente cuando otro médico le realizó de nueva cuenta el tacto vaginal y le indicó que requería cesárea, misma que le fue practicada varias horas después.

Pidió ver el cuerpo de su bebé y notó que no presentaba ninguna mal formación o problema de salud.

14. Oficio UM/ULCT/07/09 de fecha 29 de junio de 2009 firmado por el Dr. Antonio Albarrán García, Director del Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el que señala que, de acuerdo a la libreta de admisión a Urgencias, las fechas y horarios de ingreso de la **agraviada 2**, en las que solicitó ser valorada de su embarazo y posterior trabajo de parto fueron:

2 de enero de 2009, 15:25 horas;

8 de enero de 2009, 19:25 horas;

9 de enero de 2009, 10:25 horas.

*Los diagnósticos médicos en las ocasiones en que la paciente **agraviada 2** fue valorada en este Hospital son las siguientes:*

Fecha 02-01-09, hora 15:23, diagnóstico Primigesta con embarazo de 40.1 semanas de gestación sin trabajo de parto, probable preclampsia.

Fecha 08-01-09, hora 19:35, diagnóstico Gesta 1, embarazo de 41 semanas de gestación, en pródromos de trabajo de parto.



Fecha 09-01-09, hora 10:35, diagnóstico Primigesta de 26 años, con embarazo de 41 semanas de gestación, pródromos de trabajo de parto.

Fecha 09-01-09, hora 14:00, diagnóstico Embarazo de 40.1 semanas de gestación en trabajo de parto.

Fecha 09-01-09, hora 15:20, diagnóstico Óbito fetal por clínica.

Fecha 09-01-09, hora 21:45, diagnóstico Primigesta embarazo de 41.1 semanas de gestación. Oligohidramnios, trabajo de parto fase activa, ruptura prematura de membrana de 5 horas de evolución.

Fecha 10-01-09, hora 8:35, diagnóstico Embarazo de 41.2 semanas de gestación, producto óbito, falta de progresión de trabajo de parto secundario a paro en la dilatación cervical y rpm de 18 horas.

Fecha 10-01-09, hora 12:00, diagnóstico Cesárea tipo Kerr.

Fecha 10-01-09, hora 18:45, diagnóstico Post-operada de cesárea, probable enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo secundario a hipertensión transitoria.

Fecha 11-01-09, hora 12:00, diagnóstico Puerperio post-cesárea, óbito fetal, preclampsia.

Fecha 12-01-09, hora 10:00, diagnóstico Segundo día de puerperio post-cesárea.

Fecha 13-01-09, hora 9:03, diagnóstico Puerperio mediato, hipertensión gestacional en control.

- 15.** Informe médico de un médico cirujano adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el que se hace constar que el día 9 de enero del 2009 se encontraba laborando en el Servicio de Urgencias, a las 10:35 dio consulta a la paciente **agraviada 2**, de 26 años de edad, cursando 41 semanas de gestación. Inicia dolor tipo obstétrico hoy a las 4:00 horas con salida de tapón mucoso, refiriendo que tiene movimientos fetales frecuentes y recientes.

Con los datos se diagnosticó pródromos de trabajo de parto y se dieron indicaciones de alarma obstétrica; cita abierta en urgencias en 4 horas.

La paciente fue revisada nuevamente a las 14:00 horas encontrando aumento en el número e intensidad de las contracciones uterinas, dando indicaciones de que la prepararan para parto con solución glucosada al 5% y se tomaran muestras sanguíneas.



*Señala que el día de los hechos no había personal para manejar el equipo de ultrasonido, razón por la que no se le pudo realizar a la paciente. Indica que no tuvo otra participación en la atención médica de la **agraviada 2**.*

- 16.** Informe médico del Hospital Materno Infantil Tláhuac, elaborado por la Dra. Yolanda Granados Navarrete, médico adscrito a Ginecoobstetricia.

Se refiere a valoración de Urgencias por referir dolor de cadera de 30 minutos de evolución diagnosticando primigesta con embarazo de 40.1 semanas de gestación y probable preclampsia. Se dan datos de alarma.

*Fecha 08-01-09, hora 19:35, acude la **agraviada 2** al servicio de Urgencias, indica que a las 17:00 horas inicia dolor tipo obstétrico. Buena movilidad fetal. Plan: cita abierta a Urgencias, revaloración a las 23:00 horas.*

Fecha 09-01-09, hora 10:35, diagnóstico Primigesta de 26 años con embarazo de 41 semanas de gestación, pródromos de trabajo de parto. Plan: cita abierta a Urgencias y en 4 horas.

*Fecha 09-01-09, hora 14:00, **agraviada 2** acude a Urgencias por aumento en el número e intensidad de contracciones, con movimientos fetales.*

Fecha 09-01-09, hora 15:20, cérvix central 4 cm de dilatación, 60% de borramiento, salida espontánea de líquido citrino, miembros inferiores sin datos patológicos. No se cuenta al momento con USG y solicita rayos X de abdomen; cabalgamiento de huesos de cráneo. Informa al esposo de producto óbito.

Fecha 09-01-09, hora 21:45, continúa en trabajo de parto con signos vitales normales. Cérvix con 5 cm de dilatación, membranas rotas. USG: producto único sin actividad somática, ni frecuencia cardíaca fetal, el producto se encuentra en situación longitudinal.

*Fecha 10-01-09, hora 8:35, **agraviada 2** programada para cesárea, producto óbito, falta de progresión de trabajo de parto secundario a paro en la dilatación cervical. A la exploración física: actividad uterina regular 4 en 10 minutos.*

Fecha 10-01-09, hora 12:00, se realiza cesárea tipo Kerr, obteniendo a las 10:10 horas producto óbito de 3,370 gr, talla 51 cm, impregnado de meconio con livideces, placenta pequeña muy calcificada, impregnada de meconio, cordón umbilical normal, líquido sumamente escaso y meconial.

Fecha 11-01-09, hora 12:00, primer día de puerperio post-cesárea, óbito fetal, preclampsia.

Fecha 12-01-09, hora 10:00, cursa segundo día de puerperio post-cesárea, se reporta estable en buen estado general.

Fecha 13-01-09, hora 9:03, cursa puerperio mediato.

17. Averiguación Previa FTH/TLH-2T3/0041/09-01 iniciada por agraviada 2 y su esposo contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil de Tláhuac) por negación del servicio público y práctica indebida del servicio público, en la que se encuentra dictamen pericial forense, en el que se hace constar la práctica de la necropsia de ley en el cadáver del producto, teniendo como resultado lo siguiente:

El cadáver corresponde a un producto de la gestación del sexo femenino, de 40 semanas de vida intrauterina, quien mide 51 cm de estatura, 32 cm de perímetro torácico y 27 cm de perímetro abdominal, con peso de 3,500 gr, perímetro cefálico 33 cm, pie 9 cm. El cadáver presenta restos de meconio en cabeza y tronco; con presencia de cordón umbilical de 6 cm en su extremo distal.

Conclusión:

Producto del sexo femenino, de 40 semanas de gestación.

Sí era viable.

No vivió, ni respiró fuera del seno materno.

Sin lesiones al exterior.

Causa de muerte: asfixia no natorum.

La averiguación previa FTH/TLH-2T3/0041/09-01 fue consignada al Juzgado Sexto de Paz Penal, donde actualmente continúa desahogándose el proceso penal instaurado en contra de los médicos señalados como responsables, por los delitos de negación del servicio público y práctica indebida del servicio público.

18. Opinión médica sobre el caso de la **agraviada 2**, elaborado por la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en el que se verificó si el presunto retraso en la atención médica, así como la inadecuada valoración de la cual fue objeto la agraviada 2 en el Hospital Materno Infantil Tláhuac para atender su embarazo, condicionó la muerte del producto. Dicha opinión en sus conclusiones advierte lo siguiente:

Con base en el análisis realizado se formularon las siguientes Conclusiones:

- *Los médicos que realizaron la necropsia al cadáver del producto de la **agraviada 2** no precisaron ni demostraron documentalmente la causa de muerte, confundieron*

mecanismo de muerte con causa de muerte. La asfixia no natorum (déficit de oxígeno intenso y/o crónico) no es una causa de muerte, es un mecanismo de muerte.

- *La necropsia médico legal realizada por médicos del Servicio Médico Forense tiene severas deficiencias y no cumple con criterios internacionales para la realización de la misma, a saber:*

- a) Realizaron lo que se conoce en el lenguaje médico como una autopsia a ciegas, ya que la realizaron sin conocer los antecedentes médicos de la **agraviada 2**, así como la evolución del embarazo y el parto.*
- b) No realizaron estudios histopatológicos del producto, el cordón umbilical, la placenta ni las membranas corioamnióticas.*
- c) En el Informe de Protocolo de Necropsia del hijo de la **agraviada 2** no existe el apartado más importante de un dictamen que es la discusión o valoración del caso, por lo que en dicho documento no existe ningún razonamiento o argumento médico que vincule los hallazgos realizados durante la necropsia con la conclusión a la que se llegó.*
- d) La conclusión a la que se llegó del Informe del Protocolo de Necropsia realizado en el Servicio Médico Forense del Distrito Federal al producto de la **agraviada 2**, no está documentada ni sustentada en argumentos de la ciencia médica.*

- *Es probable que la disminución de líquido amniótico (oligohidramnios) produjo la compresión del cordón umbilical durante el trabajo de parto, el cual condujo a sufrimiento y asfixia fetal. Es posible que las omisiones como: no dar seguimiento al oligohidramnios que presentaba la **agraviada 2**, y no verificar y registrar la frecuencia cardíaca fetal durante las contracciones uterinas al menos cada 30 minutos, no permitieron establecer oportunamente el diagnóstico de sufrimiento fetal.*

- *Las valoraciones médicas no fueron las adecuadas, ya que no se hospitalizó a la **agraviada 2** para establecer el bienestar fetal ni se diagnosticó el sufrimiento fetal oportunamente.*

- *En relación con los puntos anteriores se determina que la atención médica proporcionada a la agraviada 2 no fue la adecuada.*

19. Oficio CG/CISS/SQDR/1210/2010 de fecha 4 de octubre de 2010, firmado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno se encuentra integrando el expediente CI/SSA/D/156/2009 iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja y que después de realizar diversas actuaciones, determina la elaboración del proveído de inicio de procedimiento administrativo disciplinario.

20. Dictamen de la Dra. Graciela Reyes Aguilar, perito médico adscrita a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, por el delito de homicidio por responsabilidad profesional. De la revisión que realiza a los antecedentes del caso, tomando como elementos de juicio médico las notas médicas del expediente del Hospital Materno Infantil Tláhuac, los ultrasonidos obstétricos, el partograma, la necropsia de ley, concluye que:

a) Si existió por parte de los CC. Jaime Alberto Olivares Valdés, Jesús Zamudio Flores, Héctor Arturo Guzmán Aguirre, Claudia Martínez Pablo, José Manuel Bustamante Rodríguez y Carlos Antonio Cantellanos Ávila, MALA PRÁCTICA, IMPERICIA O NEGLIGENCIA TUVO COMO RESULTADO LA MUERTE FETAL POR ASFIXIA DE LA RECIÉN NACIDA DE 40 SEMANAS DE GESTACIÓN. Respuesta: El Dr. Jaime Alberto Olivares Valdés tuvo a la vista a la paciente a las 19:35 horas del 8 de enero del 2009, quien tenía 2 horas con dolor de tipo obstétrico, tuvo a la vista el ultrasonido realizado el día anterior que indicaba 41 semanas de gestación y oligohidramnios leve a moderado; no realiza partograma y no solicitó la valoración del caso al Servicio de Ginecología, enviando a su domicilio con cita abierta a Urgencias, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.

El Dr. Jesús Zamudio Flores tuvo a la vista a la paciente el 9 de enero del 2009, a las 4:35 horas, con 11 horas con dolor de tipo obstétrico y también tuvo a la vista el ultrasonido en cuestión; tampoco realizó el partograma ni solicitó valoración del caso al Servicio de Ginecología, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.

El Dr. Héctor Arturo Guzmán Aguirre tuvo a la vista a la paciente en dos ocasiones, el 9 de enero del 2009, a las 10:35 horas, cuando la paciente ya contaba con 17 horas en trabajo de parto, tampoco realiza el partograma, cita a la paciente en 4 horas más y no detecta datos de sufrimiento fetal en la bebé. A las 14:00 horas ingresa a hospitalización a la paciente, la cual ya tenía 21 horas en trabajo de parto y aun así no detectó el sufrimiento fetal del producto, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.

*La Dra. Claudia Martínez Pablo, ginecóloga, al momento en que valora por primera vez a la paciente a las 15:20 horas, detecta que el producto ya no presentaba frecuencia cardíaca fetal, dio aviso al familiar y solicitó estudios complementarios corroborando la muerte del producto de la gestación de la **agraviada 2**. No existiendo en su atención médica mala praxis médica porque recibió obitado al producto de la gestación.*

El Dr. José Manuel Bustamante Rodríguez recibe la guardia nocturna del Hospital Tláhuac el 9 de enero del 2009, no existiendo en su atención médica mala praxis médica porque recibió obitado al producto de la gestación y vigila el trabajo de parto de la madre.



*El Dr. Carlos Antonio Cantellanos Ávila recibe la guardia matutina del Hospital Tláhuac el 10 de enero del 2009 y realiza la operación cesárea por falta de progresión del trabajo de parto a la paciente **agraviada 2**. No existiendo mala praxis en su actuación médica.*

*b) Precisar quién de los médicos no atendió debidamente en la praxis médica a la agraviada 2. Respuesta: Los médicos del Servicio de Urgencias: El Dr. Jaime Alberto Olivares Valdés, el Dr. Jesús Zamudio Flores y el Dr. Héctor Arturo Guzmán Aguirre, por no solicitar oportunamente la valoración médica de la especialidad de Ginecología y dejar a la paciente en trabajo de parto prolongado, sin adecuado control del trabajo de parto mediante apertura de partograma realizaron una atención tardía a la paciente **agraviada 2**.*

*c) Especificar si los médicos que realizaron el procedimiento a la **agraviada 2** incumplieron con las obligaciones que les impone la legislación de la materia, especificando la norma oficial que se incumplió. Respuesta: La Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993, en su punto 5.4.2., indica la necesidad de llevar un registro del trabajo de parto mediante la realización de un partograma, en el presente caso no se realizó oportunamente y no se detectó el sufrimiento fetal durante las 21 horas que duró su trabajo de parto.*

d) Debido a qué situación presenta protuberancia y/o prominencia en la cabeza del producto de sexo femenino de 40 semanas de gestación, para lo cual deberá tomar todas y cada una de las constancias que obran en la presente Averiguación Previa. Respuesta: La protuberancia del cráneo que presenta el cadáver de la recién nacida se debe a un moldeamiento de los huesos del cráneo al imbricarse la sutura, es frecuentemente observado en algunos bebés durante el trabajo de parto, se debe a que al tratar de salir hacia el canal del parto, los huesos del cráneo se adaptan y moldean y se le conoce como caputsucedaneum.

Caso 3. Expediente CDHUS/II/122/VC/09/D4787

21. Oficio DAJ/SAA/002591/09 de fecha 4 de septiembre de 2009, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, mediante el cual remitió resumen clínico de la atención médica prenatal otorgada a la **agraviada 3**.

*Nombre de la paciente: **agraviada 3***

Edad: 38 años



Acude la paciente al Centro de Salud TIII Dr. Rafael Carrillo, por primera vez el día 8 de enero de 2009, siendo el motivo de la consulta que presentaba amenorrea secundaria a embarazo.

Entre sus antecedentes heredo familiares de importancia, presenta el de padre y tío paterno con hipertensión arterial, negando algún otro antecedente heredo familiar, así como personal y patológico de importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes ginecoobstétricos, refiere inicio de vida sexual a los 19 años de edad, gestas IV, paras III, Abortos 0, con fecha de última menstruación el 24 de septiembre de 2008 y con fecha probable de parto el 1 de julio de 2009.

Recibe su primera consulta en este Centro de Salud el día 8 de enero de 2009, encontrándose su estado de salud dentro de límites normales. En esa ocasión presenta embarazo de 10.8 semanas de gestación. Indicándole como tratamiento el uso de ácido fólico, dieta hiposódica, se indican estudios de laboratorios prenatales y ultrasonido obstétrico. Se cita a la paciente cuando tenga resultados de laboratorio.

Acude a consulta el 31 de marzo de 2009, para continuar con su control prenatal; encontrándose sana, con un embarazo de 28 semanas de gestación y en esta ocasión ya se manifiesta la presencia de foco fetal con FC de 140 x minuto, nuevamente se solicitan exámenes de laboratorio, ya que no se los había realizado. Se le indica continuar con ácido fólico y se agrega fumarato ferroso. Se le dan indicaciones de pasar a trabajo social para recoger su canasta nutricional.

Se presenta a consulta el día 2 de abril de 2009, presenta ultrasonido obstétrico con reporte de 27 semanas de gestación. Se refiere clínicamente sana, presenta exámenes de laboratorio. No hay general de orina en la unidad. Diagnóstico en esta ocasión, multigesta de 28 semanas de gestación.

El 27 de mayo de 2009 acude a consulta, no se encuentran datos de patología alarmante para el embarazo. A la exploración del abdomen con foco fetal de 140 x minuto, con presentación del producto cefálica, longitudinal y dorso a la derecha. El diagnóstico en esta ocasión es de embarazo de 36 semanas de gestación.

Se realiza en esta visita su pase de referencia a 2º nivel de atención para la atención del parto. A solicitud de la paciente se refiere al Hospital Materno Infantil Inguarán de los Servicios de Salud del Distrito Federal, advirtiéndole la trabajadora social que su hospital de referencia es el Hospital General Iztapalapa, y a pesar de ello solicita el Materno Infantil Inguarán (firma de enterada la referencia), se le indica por parte de Trabajo



Social que para no tener contratiempos lleve su hoja de referencia, credencial de elector y su adscripción al seguro popular.

No se tiene contrarreferencia de la atención del parto.

Existe la constancia en la libreta de control de haber recibido en 4 ocasiones la canasta nutricional.

22. Oficio DJJDM/551/2009 de fecha 1 de septiembre de 2009, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió resumen clínico de la atención médica prenatal otorgada a la **agraviada 3**.

Femenino de 38 años de edad, quien ingresa a la institución el día 10 de julio del 2008 (sic), a las 13:48 horas, con el diagnóstico de ingreso: multigesta con embarazo de 41.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación y 40.1 semanas por ultrasonido, sin trabajo de parto.

Los estudios clínicos que se solicitaron fueron los siguientes: grupo y Rh, perfil y coagulación, biometría hemática, prueba sin stress, ultrasonido obstétrico del 6 de julio.

Nota de alta: diagnóstico de ingreso: embarazo de 41 semanas de gestación.

Diagnóstico de egreso: puerperio mediato, prolapso anorrectal.

Tratamiento: atención de parto, episiotomía.

Producto masculino de 3050 gramos, apgar no valorado.

Exploración física: buen estado general, hidratada, tegumentos de coloración normal, abdomen con útero involucionado, genitales con líquidos normales, prolapso anorrectal, extremidades sin patologías.

Pronóstico bueno para la vida.

En relación al producto:

Hora de nacimiento 12:20 horas.

Dx. de ingreso, recién nacido de término, apnea secundaria, probable asfixia perinatal, descartar alteraciones metabólicas.



23. Certificado de defunción en el que se señala:

Causas de la defunción:

Acidosis metabólica severa.

Hipertensión pulmonar del recién nacido.

Crisis convulsivas.

24. Entrevista con la **agraviada 3 y el peticionario en la que refirieron lo siguiente:**

Ella llevó su control prenatal en el Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Carrillo, ubicado en la Delegación Iztapalapa.

Durante su atención prenatal el personal médico y de enfermería que la atendió en todo momento le informó que su embarazo era perfecto, ya que el bebé se encontraba en buenas condiciones de salud, aunado a que ella no presentaba ninguna sintomatología que pusiera en riesgo su salud.

En su última consulta en el Centro de Salud le fue entregada la hoja de referencia al Hospital Materno Infantil Inguarán, a fin de continuar su atención en ese lugar y finalmente fuera atendido su parto.

Aclara que éste se trataba de su cuarto embarazo y el parto tenía como fecha probable para realizarse (de conformidad con lo señalado por los médicos que la atendieron) entre el 1 y 5 de julio de 2009.

En virtud de lo anterior acudió al área de urgencias del Hospital Materno señalado el 5 de julio de 2009 donde se valoró su estado de salud y se le indicó que aún no se encontraba en trabajo de parto.

Al día siguiente y tomando en consideración las fechas probables de su parto (1 al 5 de julio), acudió nuevamente al hospital aludido, donde se le practicó un ultrasonido y el médico que la valoró le informó que todo se encontraba en buenas condiciones y que esperara entre ese día y el 10 de julio, ya que en cualquier momento podría entrar en labor de parto.

El 10 de julio acudió de nueva cuenta al área de urgencias del hospital, a fin de monitorear su embarazo (aclara que para esa fecha ya presentaba un embarazo de casi 41 semanas de gestación), toda vez que no presentaba contracciones ni salida de líquido por la vagina.

En esa ocasión y tomando en consideración las semanas de gestación que presentaba, los médicos que la valoraron determinaron ingresarla a la sala de labor del hospital, donde el médico que la revisó estableció que aún no se encontraba en trabajo de parto latente y la dejó recostada hasta el día siguiente, ello en virtud de que éste consideró que debía tratarse de un parto natural. Aclara que entre el 8 y 9 de julio, sentía fuertes movimientos de su bebé al interior de su vientre; sin embargo, para la fecha del nacimiento del mismo, dejó de sentirlo.

Durante su estancia en la sala de labor de parto (10 de julio), varios médicos de los diversos turnos la valoraron; sin embargo, coincidieron en que su parto debía ser por la vía natural y tenía que esperar. Fue así que hasta el día siguiente por la mañana (11 de julio), un médico del turno matutino la valoró y le suministró un medicamento para inducirle el parto, pues consideró inaceptable que los médicos de los otros turnos manifestaran que aún no se encontraba en trabajo de parto, y no hubieran adoptado medidas para inducirle el mismo.

Posterior a lo realizado por el médico presentó el rompimiento de la fuente y el líquido vaginal desprendía un olor sumamente fétido.

Derivado de lo anterior, su hijo nació aproximadamente a las 11:20 horas del 11 de julio de 2009.

Aclara que al momento de su nacimiento, su hijo no presentó ningún movimiento y no lloró; sin embargo los médicos le informaron que no se preocupara, que durante el parto habían existido complicaciones y que el bebé había nacido cansado; no obstante, con el paso de los días se estabilizaría.

Al día siguiente —12 de julio de 2009— el peticionario tuvo oportunidad de visitar a su hijo recién nacido en el área de cuneros del hospital, donde le informaron que había nacido con un peso de 3,050 gramos, y lo observó en buenas condiciones físicas, ello derivado de que presentaba buen tamaño y un color normal como el de los demás recién nacidos.

El 13 de julio el peticionario acudió a visitar a su hijo y fue apartado de la fila de los padres que intentaban ingresar al hospital, informándole el personal médico que su bebé había fallecido; sin proporcionarle mayores datos.

*Posteriormente, a la **Agraviada 3** un pediatra del hospital (desconoce su nombre) le informó que su bebé había fallecido por la negligencia de los médicos que atendieron a su esposa, toda vez que se les pasó el parto y por ende dejaron morir al producto. El médico le recomendó no dejar las cosas así y denunciar los hechos, a fin de llegar hasta las últimas consecuencias.*

*Aclara la **Agraviada 3** que fue dada de alta del hospital el mismo lunes en que a su esposo le fue notificada de la muerte de su bebé. Ella egresó en muy malas condiciones, toda vez que aún presentaba fuertes dolores en su cuerpo, propios del esfuerzo que realizó al momento en que nació su hijo, incluso derivado de dicho esfuerzo presentó un problema en el recto, por lo que fue enviada a valoración por un médico proctólogo.*

El martes 14 de julio, personal del hospital se comunicó vía telefónica con ellos para informarles que si no acudían a la brevedad por el cuerpo de su hijo, éste ya no les sería entregado. En la misma fecha acudieron al nosocomio mencionado, donde les fue entregado el cuerpo de su hijo. Aclaran que en virtud del dolor que les causaba la situación que vivieron no revisaron que el cuerpo que les fue entregado correspondiera al de su hijo, sino una vez que les fue entregado buscaron inmediatamente apoyo para sepultarlo.

Varios días después de los acontecimientos, acudieron a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y también a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, donde realizaron sus denuncias y se dio inicio a las investigaciones correspondientes.

Solicitan el apoyo de este Organismo, a fin de que se investiguen los hechos y se acredite la deficiente atención médica que se le proporcionó para atender su parto, la cual trajo como consecuencia la muerte de su hijo recién nacido.

Asimismo, derivado de dicha investigación se sancione a los responsables de la atención médica proporcionada a su familiar. Del mismo modo, en nombre de su hijo fallecido, los médicos del hospital pongan mayor énfasis en la atención que brindan a los pacientes, a fin de evitar que hechos similares a los sucedidos vuelvan a pasar con otra familia.

25. Opinión médica realizada por personal de este Organismo en relación con la atención médica brindada a la **Agraviada 3.**

Discusión

*La **Agraviada 3**, de 38 años de edad, cursaba su cuarto embarazo, siendo los anteriores el nacimiento por parto vaginal, llevando su control prenatal en el Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Carrillo, siendo su primera consulta el 8 de enero de 2009, presentando en ese momento un embarazo de 28 semanas de gestación por FUR y teniendo una fecha probable de parto el 1 de julio de 2009. Cursando según notas*

médicas un embarazo sin complicaciones, el 27 de mayo le otorgan hoja de referencia, solicitando la paciente fuera enviada al Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII), ya que por su domicilio le correspondía el Hospital General Iztapalapa.

El día 6 de julio acudió al HMII, sin que se tenga documentado si fue a consulta externa o al servicio de Urgencia, pero le realizan un ultrasonido en donde refiere que es por el servicio de Urgencias, que reportó una FCF de 122 latidos por minuto, la cual se encuentra en el límite de la FCF normal (siendo la frecuencia fetal normal de 120-160 latidos por minuto); ese mismo día realizan un estudio de Fisiología Obstétrica y Medicina Materno-Fetal y en dicho estudio hacen la especificación que la paciente presenta tendencia al síndrome supino hipotensivo. No se encuentra ningún documento que señale el motivo por el cual acudió la paciente ese día, la indicación para haber realizado el ultrasonido y el estudio de Fisiología Obstétrica; por lo cual se le solicitó información adicional al Hospital, sobre en qué casos se realiza este estudio y en específico el motivo por el cual se le realizó a la **agraviada 3**.

En las respuestas recibidas, dan una serie de padecimientos por los cuales se realiza, pero no hacen la aclaración de cuál de todos esos padecimientos presentaba la paciente; aparentemente solo que a criterio médico presentaba un embarazo de 40.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación. Pero considerando lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que en su numeral 4.9 define el parto (o embarazo) con producto a término al producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación y en el numeral 4.10 que el parto (o embarazo) con producto a postérmino es cuando el producto del organismo materno es de 42 o más semanas de gestación.

Por lo que considerando lo que establece la Norma Oficial con las semanas de gestación que se mencionan en el informe, todavía se consideraba un embarazo de término (sí pasaba las semanas de gestación pero todavía no podía considerarse tardío o postérmino), lo cual no ingresa en ninguna de las alteraciones que ellos mencionan; así como en la evolución de su embarazo no hay alguna de las patologías que refieren como indicación. Por lo que se observa una falta de documentación o criterio para la realización de dicho estudio, el cual no queda asentado en ninguna nota ni en la solicitud adicional de información, que justifique la realización de éste. Aunque parezca redundancia, no está documentado qué es lo que llamó la atención al médico para haber indicado dicho estudio, pero la realización de éste deja el antecedente de que la paciente tiene la tendencia a la presencia del síndrome supino hipotensivo.

Ahora bien, en esta fecha (6 de julio de 2009) que la paciente ingresó aparentemente al servicio de Urgencias, sin que se tenga la documentación certera de que ingresó a ese

servicio (solo el reporte del ultrasonido), ya tenían el reporte de ambos estudios realizados; así como el o los médicos tratantes ya deberían de haber tenido sus antecedentes, dentro de los cuales destaca ser una mujer de edad superior a los 35 años, con gran pariedad, con un embarazo de término (40.5 semanas de gestación) y que sus anteriores embarazos se habían resuelto por vía vaginal sin complicaciones.

*Todos estos antecedentes que presenta son factores predisponentes que condicionan sufrimiento fetal y corroboración por estudios de disminución de la frecuencia cardiaca fetal y tendencia por parte de la madre a presentar síndrome supino hipotensivo (que también es una causa que condiciona la presencia de sufrimiento fetal); se tenía que haber realizado la evaluación global de todos estos condicionantes y haberse hospitalizado a la **agraviada 3** para término del embarazo por vía abdominal (realizarle cesárea).*

De acuerdo a lo mencionado en la literatura médica, el síndrome supino hipotensivo es por compresión de la vena cava inferior por el útero, implicando una disminución del flujo de sangre arterial materna hacia la placenta; así se condiciona hipotensión y bradicardia materna, dando por resultado desaceleraciones en la FCF, siendo este un factor condicionante o desencadenante del sufrimiento fetal. Por lo que en dicho Hospital en donde se iba a realizar la atención del parto, ya se tenía el conocimiento de que la paciente tenía propensión a presentar este síndrome y por consiguiente una bradicardia a nivel fetal (disminución de la FCF); documentado en el ultrasonido realizado el 6 de julio reportó una tendencia a la baja (122 latidos por minuto); sin que se tenga documentado que los médicos de dicho Hospital que la valoraron hayan tomado alguna medida sobre el reporte de los estudios, se le hayan dado indicaciones a la paciente sobre la presencia del síndrome supino hipotensivo y las repercusiones que pudiera presentar este en el producto.

El día 10 de julio la paciente vuelve a acudir a valoración por el servicio de Urgencias, sin que presentara actividad uterina ni pérdidas transvaginales, el orificio cervical interno se encontraba cerrado, pero debido a que por FUR ya presentaba 41.2 semanas de gestación es ingresada por considerar la presencia de un embarazo prolongado; a su ingreso presentaba una FCF de 125 latidos minutos (igualmente, con tendencia a la baja). Debido a que cuando ingresa propiamente al área de labor presentaba una actividad uterina irregular y en la nota se especifica que la FCF era de 142 latidos por minuto (sin que se especifique la técnica que utilizaron para su determinación) deciden iniciar prueba de trabajo de parto.

Hay que hacer la aclaración que a su ingreso no hace mención de los estudios realizados en ese Hospital el 6 de julio y que ya reportaban un compromiso sobre la circulación fetal y por consiguiente factores predisponentes para presentar sufrimiento

fetal; por estos estudios y antecedentes conocidos, no debía haberse iniciado la conducción del trabajo de parto, ya que durante el trabajo de parto la circulación del cordón umbilical se puede modificar por compresión o estiramiento, ocasionando una alteración en la gasto feto-placentario.

No se encuentra documentado si se inició realmente la prueba de trabajo de parto y cómo fue la evolución de la misma; según lo especificado en los lineamientos técnicos de la Cesárea segura la prueba de trabajo de parto tiene como objeto conseguir la evolución del trabajo de parto y que toda prueba debe apegarse a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y decisión oportuna del momento de su terminación. Dentro de los requisitos que debe presentar la paciente es tener una dilatación de 4 cm. o más, actividad uterina regular y membranas rotas; dentro de los cuidados durante esta prueba están el mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 minutos) y auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. En el momento en que se indica esta prueba la paciente no presentaba estos requisitos, por lo que el personal médico no estaba cumpliendo con las indicaciones para iniciar dicha prueba.

Se indica por médicos iniciar la administración de oxitocina para inducción del trabajo de parto, pero no se especifica en las notas de enfermería la hora en que se inició su administración. En la literatura médica se menciona que la inducción de oxitocina se realiza en solución intravenosa y que contenga 5 unidades de oxitocina, aumentando de 3 en 3 mU/min cada hora, hasta obtener una dinámica uterina efectiva.⁸

Hasta la última nota del día 10 de julio a las 21:00 horas, aparentemente continuaba sin modificaciones en la actividad uterina, cambios en el orificio cervical o alteraciones en la FCF; la siguiente valoración es al siguiente día a las 6:00 horas, siendo que hasta ese momento no hay una adecuada respuesta clínica a la inductoconducción, presentando una dilatación cervical mínima (2 centímetros) a pesar de haber iniciado la administración de oxitocina. Pero 2 horas y media después ya hacen mención que la actividad uterina se hace regular, presentando 3 contracciones en 10 minutos, el cérvix ya presentaba 4 centímetros, borramiento del cuello uterino del 80% y las membranas seguían integra.

Por las características del cuello uterino, consideran que se encuentra ya en fase activa del trabajo de parto, continuando con la conducción del trabajo de parto con 5 unidades de oxitocina que inició su administración a las 10:00 horas, pero posteriormente se indica agregar a la solución 15 unidades más, sin que se encuentre documentado la

⁸ Fajardo Rodríguez, Otoniel; *Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas*; Rev Cubana ObstetGinecol 2001; volumen 27 (2); páginas 135-140.

hora en que se agregaron, pero fue antes de que ingresara a la sala de expulsión. Considerando lo mencionado anteriormente sobre la inducción del trabajo de parto, el aumento de la oxitocina no se realizó de esta manera, al contrario, hubo lapsos en las que se suspendía la administración de ésta, se volvía a indicar e incluso se le administraron 15 unidades juntas entre las 10:00 y las 12:00 horas; dando esta indicación aunque en las notas aparentemente ya presentaba una actividad uterina regular. El numeral 9.1.3 de la Norma Oficial sobre el expediente clínico menciona que en las notas de enfermería debe constar la ministración (administración) de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía en que se le brindaron; por lo que en cuanto a la administración de oxitocina, no cumple con lo estipulado en este numeral, pues no se especifican horarios de administración y suspensión de la misma.

Se vuelve a realizar valoración a las 12:00 horas, la paciente ya presentaba una dilatación del cuello uterino de 10 centímetros y el borramiento era del 100%, hasta este momento y debido a que no había presentado ruptura de las membranas amnióticas, la realizan manualmente; observando que el líquido amniótico tenía meconio ++, no fétido, pero que la FCF era de 140 latidos por minuto. Las contracciones ya eran de 3 a 4 en 10 minutos, ya presentaba un patrón de contracciones uterinas más regular, por lo que pasan a la paciente a la sala de expulsión.

Al encontrarse la paciente en la mesa de la sala de expulsión, su posición es forzosamente en decúbito, señalan que la FCF era de 145 latidos por minuto, pero no se encuentra en la nota a qué hora se tomó dicha frecuencia, estimando que la paciente pasó a la sala a las 12:00 horas y la hora de nacimiento del producto es a las 12:20 horas. En el periodo expulsivo es cuando hay un aumento de las contracciones uterinas y por las mismas y la posición en que se encuentra la paciente, el flujo sanguíneo se ve alterado hacia la placenta y es cuando más se puede presentar la hipoxia en el producto (tanto por un síndrome supino hipotensivo o el Efecto Poseiro).

En la literatura médica⁹ se cita que en el periodo expulsivo las contracciones uterinas presentan una intensidad superior a los 80 mmHg, nivel por encima del cual el flujo arterial útero-placentario hacia el espacio intervelloso está interrumpido. La presión intraabdominal de los esfuerzos del pujo se suman al efecto deletéreo de la presión uterina sobre la circulación placentaria y la oxigenación fetal. La compresión cefálica es intensa luego de la ruptura de las membranas ovulares y durante el descenso de la cabeza fetal; muchas veces la madre se encuentra en posición supina o de litotomía, lo que favorece el síndrome supino hipotensivo y el efecto Poseiro. Hacia el final del trabajo de parto, la mujer frecuentemente se encuentra en acidosis metabólica,

⁹Alonso Tellechea, Justo; *La frecuencia cardíaca fetal en el periodo expulsivo del parto*; Universidad de la republica Oriental de Uruguay; Departamento Clínico de Perinatología; página 15.

agravada durante el período expulsivo por apneas prolongadas y por la producción de ácido láctico por los músculos que intervienen en los esfuerzos de pujo; la circulación en el cordón umbilical puede ser modificada por una compresión o estiramiento, lo que lleva a una disminución o a una interrupción del gasto feto-placentario. Todo este cuadro conlleva a que se pueda presentar un sufrimiento fetal.

*Como ya se había señalado anteriormente, la **agraviada 3** presentaba por clínica y documentado con estudios (realizados el 6 de julio) factores predisponentes para que el producto presentara sufrimiento fetal; sin que se terminara su embarazo desde el primer ingreso (6 de julio), ni el día del segundo ingreso (10 de julio) a pesar de que se supone que esta documentación (reporte de estudios) ya estaba dentro del expediente de la señora. En lugar de ello, se realizó inductoconducción del trabajo de parto y se dejó evolucionar hasta el día 11 de julio para su nacimiento vía vaginal, que también condiciona disminución del fasto feto-placentario y por consiguiente puede presentar sufrimiento fetal.*

Conclusiones

*La **agraviada 3** a su ingreso a Hospital Materno Infantil Inguarán ¿tenía alguna indicación médica para la realización de la operación cesárea?*

*Por los datos que se obtienen del expediente, la **agraviada 3** ingresa al servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil Inguarán los días 6 y 10 de julio de 2009. Por los antecedentes que presentaba (paciente mayor de 35 años, multigesta, embarazo de más de 40 semanas de gestación) y estudios practicados el día 6 de julio donde se reporta un ultrasonido con frecuencia cardíaca fetal de 122 latidos por minuto y estudio de Fisiología Obstétrica y Medicina Materno-Fetal que concluye tendencia al síndrome supino hipotensivo; todos los cuales son factores predisponentes o causales de que se presente un sufrimiento fetal, sí se tenían criterios e indicaciones para realizar la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea).*

En su caso, ¿existe documentación que señale las razones por las cuales no se realizó la cesárea?

No existe documentación que avale el por qué no se realizó la cesárea; al contrario, como ya se mencionó en la discusión del caso, no hay nota de valoración del día 6 de julio. Se tiene documentado que la paciente acudió en esa fecha por los estudios realizados únicamente, con lo cual hay un incumplimiento a la Norma Oficial del expediente clínico en sus numerales 5.4, 5.9, 5.13 y 7.1. Y en las notas del día 10 y 11 de julio no se encuentra documentado (no se menciona el resultado en ninguna nota

médica o simplemente que se señale que se habían realizado) el reporte de los estudios del 6 de julio.

En su caso, la cesárea hubiera contribuido a que el producto naciera en mejores condiciones.

*Si, ya que como se refiere en la discusión, la **agraviada 3** presentaba factores predisponentes para que el producto presentara sufrimiento fetal, lo cual conlleva a una hipoxia, síndrome de aspiración meconial y asfixia perinatal; las características clínicas que se presentan en esta alteración, son las que presentaba el producto al nacer y durante su estancia hospitalaria. Lo que justifica las condiciones en las que nació el producto.*

De la documentación existente en el expediente de queja de esta CDHDF (que incluye los expedientes clínicos), se puede establecer con precisión ¿cuál fue la causa de muerte del producto y si dicha causa se puede atribuir a una mala práctica médica?

De la documentación que contiene el expediente de queja, no existe ninguna que nos pueda establecer con precisión la causa del fallecimiento del producto; pues no se cuenta con un Protocolo de Necropsia que nos indique exactamente la causa del deceso. Por lo que el fallecimiento del producto no lo podemos atribuir a una mala práctica médica; pero las malas condiciones en las que nació (cuadro de asfixia perinatal) sí se pueden atribuir a una mala práctica médica.

Es necesario hacer la observación de que los expedientes médicos tanto de la madre como del producto no cumplieron con lo señalado en:

Los lineamientos técnicos de la Cesárea, en lo referente a la prueba de trabajo de parto (en los requisitos para realizarla y los cuidados durante la misma) y en lo señalado en el numeral 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, sobre la verificación de la contractilidad uterina y latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

Lo establecido en el numeral 5.4.2.5 de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y 9.1.3 Norma Oficial del Expediente Clínico en referencia a los medicamentos utilizados, dosis, hora, cantidad administrada.

Lo señalado en los numerales 8.1, y 8.3 de la Norma Oficial del expediente clínico, en referencia a las notas de ingreso y evolución de hospitalización, principalmente del producto y 8.1.1 sobre los signos vitales.

26. Oficio DJUDM/268/2010 de fecha 8 de junio de 2010, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió la siguiente información:

Cardiotocografía anteparto:

Método que evalúa el estado de salud enfermedad del feto mediante el registro simultáneo de las características de la frecuencia cardiaca fetal y la contractilidad uterina.

Indicaciones:

Hipoxia crónica fetal.

Síndrome de insuficiencia placentaria

Hipomotilidad fetal

Enfermedad vascular hipertensiva crónica

Restricción del crecimiento fetal

Embarazo prolongado

Diabetes mellitus/gestacional

Anemia microcítica e hipocrómica

Antecedente de óbito de causa desconocida

Isoinmunización al factor RH

Oligohidramnios

Sufrimiento fetal crónico

A criterio médico.

El personal encargado de realizarlo e interpretarlo es el médico especialista.

27. Oficio DJUDM/334/2010 de fecha 12 de julio de 2010, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió la siguiente información:

Criterio médico para la realización del estudio cardiocartográfico:

El personal encargado de realizarlo e interpretarlo es el médico especialista, basándose en las indicaciones previas, criterio médico de embarazo de 40.5 semanas por fecha de última menstruación.



28. Mediante oficio DGDH/DEA/503/4667/2012-10 de fecha 16 de octubre de 2012, suscrito por la agente del Ministerio Público, Titular de la Unidad Investigadora B-1 sin detenido en la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos se informa que la averiguación previa FVC/VC-1/T1/1674/09-07 iniciada por la agraviada 3 contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán), fue remitida a la Coordinación de Servicios Periciales para determinar la responsabilidad de los médicos tratantes.

29. Oficio CG/CISS/SQDR/2043/2012 de fecha 28 de septiembre de 2012, firmado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 21 de octubre de 2011, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/D/139/2009 iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja.

Caso 4. Expediente CDHDF/III/122/AO/09/D7560

30. Oficio DAJ/SAA/3812/09 de fecha 18 de diciembre de 2009 signado por el licenciado Darío Manuel Castorena Rojí, Encargado del Despacho de la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remite copia del resumen clínico de la **agraviada 4**, del que se desprende lo siguiente:

Edad: 20 años. La paciente acude por primera vez a la Unidad el 16 de abril de 2009, es atendida por el doctor Archibaldo Mendoza Reyes, la paciente trae consigo USG que se realizó en el laboratorio de Análisis Clínicos Maya. El diagnóstico fue primigesta con embarazo de 8 semanas de gestación (corroborado con el USG), se le prescribe ácido fólico 4 mgr, una diaria y fumarato ferroso 200 mgr vía oral. Se solicitan exámenes prenatales (BH, QS, EGO, CPS 3 VDRL, Grupo Sanguíneo y RH). En todas las notas médicas el embarazo aparentemente cursa normoevolutivo.

Fue atendida en los servicios de odontología y nutrición como parte integral de la atención.

Se le proporciona en 5 ocasiones canasta nutricional. En la última consulta médica el 21 de octubre de 2009 se le hace hoja de referencia al Hospital Enrique Cabrera para seguimiento y atención de parto, el diagnóstico de referencia fue primigesta con embarazo de 36 semanas de gestación, normoevolutivo.

El 28 de octubre de 2009, se le realizó visita domiciliaria de seguimiento, en donde la paciente refiere que sí fue atendida en el Hospital Enrique Cabrera, tiene cita abierta y en caso de cualquier síntoma acudirá al hospital de inmediato.

31. Oficio HGEC/0257/10 recibido en esta Comisión el 1 de marzo de 2010, signado por la doctora Arcelia Martínez González, Directora del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, en el que remite copia del resumen clínico de la **Agraviada 4** suscrito por el doctor Víctor Manuel Gaspar Flores, Jefe de Ginecoobstetricia y la doctora Cristina Zenón Martínez, Jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de los que se desprenden lo siguiente:

*La **agraviada 4** acude el día 11 de noviembre de 2009 en trabajo de parto con diagnóstico de embarazo de 39.1 semanas de gestación, fase activa, por lo cual se ingresa al área de labor para vigilancia y atención del parto. Así como monitorización continúa de la frecuencia cardíaca fetal. El día 11 de noviembre de 2009 a las 22:50 horas presenta variaciones de la frecuencia cardíaca fetal con descensos hasta de 100 latidos por minuto con líquido meconial, por lo que se decide interrupción del embarazo urgente por vía abdominal. A las 23:50 horas se obtiene producto por vía cesárea del sexo masculino, peso 2,960, talla 49 cms., apgar 8-9, placenta completa normal, cordón umbilical normal. El día 12 del mes de noviembre de 2009 a las 05:48 horas, la paciente presenta hipotonía uterina que no cede con medicamentos oxitócicos y maniobras mecánicas de compresión y debido a la hemorragia obstétrica importante se decide pasarla a quirófano para histerectomía obstétrica.*

Diagnóstico médico de ingreso: embarazo de 39.1 semanas de gestación, trabajo de parto fase activa y el diagnóstico de egreso fue: puerperio quirúrgico complicado. Postoperada de histerectomía total abdominal por atonía uterina irreversible y shock hipovolémico severo.

Los estudios clínicos que se le practicaron fueron: VH completa, tiempos de coagulación, Grupo y RH.

Ingresa el día 11 de noviembre de 2009 a las 16:30 horas y se egresa el día 12 de noviembre de 2009 a las 9:00 horas, por vía área con referencia al Hospital General Ticomán, ya que no contábamos con terapia intensiva, la cual requería la paciente que había tenido shock hipovolémico severo y aunque se corrigió era mejor ser manejada en la terapia. El diagnóstico fue el siguiente: puerperio quirúrgico inmediato, cesárea histerectomía obstétrica secundaria a atonía uterina irreversible más shock hipovolémico.

Pronóstico para la vida bueno y la para la función reproductiva negativo.



El personal médico que atendió el parto es el siguiente: Dr. González Rodríguez Jesús, médico ginecoobstetra, doctora Silva Médico residente R1 de ginecoobstetricia, instrumentista Rocío de T/N.

Los motivos por los que no se le dieron informes a los familiares fue porque no estaban presentes en ningún momento, llegaron aproximadamente 20 minutos después de que se había retirado el helicóptero con la paciente al traslado a otra unidad hospitalaria (Ticomán). Lo anterior consta en la nota médica del día 12 de noviembre de 2009 a las 6:13 de la mañana.

Del resumen médico de la intervención del doctor Jesús González Rodríguez, médico tratante de la paciente se desprende que:

Acudo a la guardia del 11 de noviembre de 2009, turno nocturno, al pase de visita se me refiere paciente de 19 años de edad, primigesta con embarazo de 39.1 semanas de gestación, en trabajo de parto fase activa a la cual se observó líquido meconial.

A la exploración ginecológica con presencia de variaciones en la FCF con descensos a 100 x por lo que se decide interrumpir la gestación vía abdominal para disminuir los riesgos perinatales, se realiza cesárea sin complicación alguna.

Hallazgos: Recién nacido masculino con peso de 2,960 gramos, talla 49 cm, a las 23:21 horas, líquido meconial, presencia de circular de cordón a cuello.

Se nos reporta que la paciente presenta sangrado en recuperación a las 2:50 horas del 12 de noviembre de 2009, se inician maniobras manuales y farmacológicas por presencia de hipotonía, la paciente se encuentra con disminución de sangrado y a las 4:00 horas se indica reportar eventualidades y vigilancia estrecha del sangrado, se nos avisa a las 5:36 que la paciente se encuentra con hipotensión, se explora y se encuentra aún con hipotonía, por lo que se decide pasar de primera instancia a la ligadura de arterias hipogástricas, pero al realizar la laparotomía, encuentro útero atónico por lo que se decide realizar histerectomía obstétrica para preservar la vida de la paciente, realizándose sin complicación, sin daño a los órganos vecinos y pasando a recuperación conciente y alerta.

El cirujano fue el doctor Jesús González Rodríguez, Primer ayudante, doctora Acevedo Escobedo Elizabeth, segundo ayudante doctora Ríos Chiney Yolanda.

Del resumen clínico suscrito por la doctora María Cristina Zenón Martínez, Jefa del Servicio de Neonatología se desprende lo siguiente:



Nombre del paciente: **Agraviada 4**

Fecha de ingreso: 11-11-09

Fecha de egreso: 16-11-09

DX de ingreso: Recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional.

DX de egreso: Recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional.

Se trata de recién nacido masculino, producto de la gesta 1, de madre de 20 años de edad, hemotipo A positivo, con control prenatal en 7 ocasiones, llega a la unidad tocoquirúrgica en trabajo de parto, se detecta sufrimiento fetal agudo, por lo que se realiza cesárea bajo anestesia general, se obtiene producto único vivo el 11-11-09 a las 23:24 horas, del sexo masculino que llora y respira al nacer, se califica con apgar 8/9, peso 2,960, talla 48 cm, ingresa al cunero de crecimiento y desarrollo por condiciones maternas (anestesia general); sin embargo, se nos notifica que la madre es trasladada al Hospital Ticomán, por lo que el recién nacido permanece en custodia en el servicio antes mencionado, durante su estancia se mantuvo con signos vitales dentro de parámetros normales, tolerando adecuadamente la vía oral, uresis y evacuaciones presentes y normales, el 16-11-09 se nota tinte icterico zona KII, se toman exámenes de laboratorio de control encontrándose dentro de parámetros normales con grupo sanguíneo A positivo, se toma tamiz neonatal folio 1972835. Durante su estancia se habló con el padre para que bajo responsiva de él se egresara al paciente por el estado de salud de la madre; sin embargo, refirió que por el momento no podía hacerse cargo del recién nacido ni tenía familiar que lo ayudara, por lo que el paciente quedó en custodia hasta el 16-11-09 que la madre acudió y se egresó al paciente con ella.

32. Oficio DAJ/SAA/0805/2010 de fecha 25 de marzo de 2010 suscrito por el licenciado Pedro Fuentes Burgos, Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el que envía Resumen Médico suscrito por la doctora Martha Patricia Galindo García, Jefa del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Ticomán y en el que se lee:

Fecha de ingreso: 12 de noviembre de 2009.

Fecha de egreso: 15 de noviembre de 2009.

Diagnóstico de ingreso: postoperada de histerectomía total abdominal más ligadura de hipogástricas. Enfermedad hipertensiva del embarazo a descartar choque hipovolémico clase funcional IV coagulopatía por consumo, trombocitopenia, síndrome anémico secundario.

Diagnóstico de egreso: choque hipovolémico corregido. Síndrome anémico secundario en corrección. Postoperada de cesárea kerr, puerperio quirúrgico patológico mediato. Postoperada de histerectomía total abdominal por atonía uterina más ligadura de hipogástrica.

El día 12 de noviembre de 2009, ingresa al servicio de urgencias paciente femenino de 20 años de edad, procedente del Hospital General Enrique Cabrera con diagnóstico de postoperada de cesárea por embarazo de término y sufrimiento fetal agudo con sangrado postquirúrgico 500 cc presentando atonía uterina en postoperatorio, con hemorragia de 1800 cc refractaria a tratamiento médico, por lo que se pasa a histerectomía total abdominal con ligadura de hipogástricas, con sangrado transoperatorio de 800 cc, con un total de 3000 cc, hemotransfundiéndose 4 paquetes globulares y 3 plasmas frescos congelados, se solicita a unidad de terapia intensiva de Ticomán, ya que su hospital se encuentra en contingencia.

El 12 de noviembre de 2009 se ingresa al servicio de terapia intensiva en donde se recibe a paciente hemodinámicamente estable, reactiva con signos vitales estables, se continúa monitoreo estrecho y vigilancia de sangrado activo por coagulopatía, durante su estancia evoluciona de forma satisfactoria con escala de Glasgow de 15 puntos con ventilación espontánea y equilibrio ácido base sin repercusión aguda pulmonar por transfusión, cardíaco sin alteraciones en ritmo, ni apoyo vasopresor no ameritando incluso acceso venoso central, digestivo con abdomen blando depresible sin megalias con peristalsis presente y tolerando la dieta enteral. Renal con volúmenes urinarios adecuados y reporte de azoados en límites normales, hematológicamente sin descompensación con corrección de cifras de hemoglobina y hematocrito así como de plaquetas sin evidencia de coagulopatía o sangrado activo, por lo que no amerita más hemotransfusión, catabólicamente en control y medio interno en equilibrio a nivel infeccioso sin foco identificado, cubierta con monoterapia antimicrobiana de forma profiláctica, por lo que el día 13 de noviembre de 2009 se decide egreso al servicio de ginecoobstetricia para continuar manejo. El 14 de noviembre del 2009, paciente hemodinámicamente estable, sin complicaciones posoperatorias, se inicia vía oral y deambulación. El 15 de noviembre del 2009, paciente con evolución satisfactoria, signos vitales dentro de parámetros normales, tolerando vía oral, uresis presente, canaliza gases sin datos de irritación peritoneal.

Herida quirúrgica limpia de bordes afrontados, sin datos de proceso infeccioso, al tacto vaginal cúpula vaginal cerrada, bien suspendida, con manchado hemático de guante explorador, miembros inferiores sin edema y reflejos osteotendinosos normales. Se decide alta por mejoría.

- 33.** Opinión médica de personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en el que señala lo siguiente:

Discusión del caso

Se trata de **agraviada 4**, de 20 años de edad, quien cursaba con primer embarazo de 39.1 semanas de evolución, acudió con dolor obstétrico de 24 horas de evolución, percibe movimientos fetales. A la exploración física se observó con tensión arterial de 110/80, sin fiebre. Abdomen con fondo uterino de 30 cm, con producto único vivo en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, con frecuencia cardiaca fetal de 145, con actividad uterina irregular. Cérvix posterior, con 5 cm de dilatación, 80% de borramiento, amnios íntegro, calota dura. Se ingresa a unidad Tocoquirúrgica para conducción y atención de trabajo de parto. Se indicó solución glucosada al 5%, más 5 U de oxitocina, así como biometría hemática y tiempos de coagulación.

A las 22:50 horas se refiere que detectan variaciones de la frecuencia cardiaca fetal con descensos hasta 100 latidos por minuto, en este momento el líquido amniótico se aprecia meconial, por lo que se decide interrupción del embarazo por vía abdominal urgente.

Se realiza cesárea Kerr, hallazgos: Masculino con peso de 2960 gr, talla 49 cm, hora de nacimiento: 23:21 horas, placenta completa, líquido meconial +++ y con circular a cuello. Sangrado: 500 ml.

Las notas de enfermería refieren que a la 1:00 hrs, T/A 113/81, paciente post puerperio quirúrgico, involución uterina a altura de cicatriz umbilical. Sangrado muy abundante, se administran medicamentos, pasa a sala de ginecología. A las 2:50 horas, T/A 95/60 mmHg, paciente presenta sangrado abundante, 500 ml, se avisa al médico, la revisa, se canaliza por otra vía venosa, se revisa por segunda vez drenando 500 ml. Se administró una ampula de ergonovina, 5 unidades de oxitocina. A las 3:25 horas se administró una ampula de ergonovina. A las 4:17 horas se administró una ampula de gluconato de calcio. A las 6:13 horas se le practicó laparotomía exploradora por hemorragia obstétrica, se encuentra útero totalmente atónico por lo cual se decide histerectomía obstétrica, sacrificando el órgano para preservar la vida de la paciente.

La paciente pasa a recuperación con signos vitales de: frecuencia cardiaca 150, frecuencia respiratoria de 26, saturación 100%, tensión arterial 178/97 mmHg. Presenta estertores subcrepitantes basales, no cuenta con reporte gasométrico cardiaco; canalizada con tres vías periféricas, con un sangrado total de 3000 ml, se han hemotransfundido 3 paquetes globulares y 2 de plasma. Se solicita interconsulta a nuestro servicio, sin embargo, por estar la unidad en contingencia por influenza, no es ingresada a terapia intensiva.

Fue referida al Hospital General Ticomán el 12 de noviembre de 2009, en donde refiere que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, reactiva con signos vitales estables, se continúa monitoreo estrecho y vigilancia de sangrado activo por

coagulopatía¹⁰. Durante su estancia evoluciona de forma satisfactoria, fue egresada el día 15 de noviembre de 2009.

En lo que respecta a los planteamientos del problema, se solicita establecer si existieron motivos de carácter médico que justificaran la realización de la cesárea a la **agraviada 4**, la literatura médica refiere que una de las causas fetales por las que podría estar indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea) es el sufrimiento fetal agudo. Dos de los signos que se vinculan con el sufrimiento fetal¹¹ son la frecuencia cardíaca fetal menor a 120 latidos por minuto así como la irregularidad en la frecuencia de los latidos fetales. En el caso que nos ocupa la nota prequirúrgica (ver numeral 4.1.2) refiere alteraciones en la frecuencia cardíaca y disminución del mismo signo (100 latidos por minuto).

Por lo anterior, se concluye que el producto de la **agraviada 4** presentaba sufrimiento fetal, situación clínica que constituye una indicación médica para la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea).

En lo que respecta al segundo planteamiento que refiere establecer si el tratamiento médico y medicamentoso fue el adecuado por la hemorragia obstétrica que presentaba la **agraviada 4**, en ese sentido la literatura médica¹² refiere que la hemorragia obstétrica¹³ es la primera causa de muerte materna en el mundo. Es una situación urgente que compromete la vida de las mujeres. Los principios básicos para el tratamiento del choque hemorrágico de origen obstétrico son: el manejo óptimo del tiempo, la reposición adecuada del volumen sanguíneo, el trabajo en equipo y la insistencia en el uso de las diferentes maniobras para la disminución de la hemorragia. La pérdida de más de 1000 ml es un buen punto de corte para iniciar las maniobras de reanimación. En el caso que nos ocupa, en las notas de enfermería (ver numeral 4.1.4) se refiere que la **agraviada 4** ingresó al área de Recuperación a las 1:30 horas del 12 de noviembre de 2009 presentando sangrado transvaginal muy importante. A las 2:50 horas se cuantificó una hemorragia de 1000 ml, por lo que se establece que el punto de partida para iniciar las maniobras de reanimación fue a las 2:50 horas.

La misma literatura refiere que durante los primeros veinte minutos se debe restaurar el volumen circulante y la identificación de la causa y control de la hemorragia. El

¹⁰ Trastorno que afecta a la capacidad de la sangre para coagularse.

¹¹ Shwarcz, Ricardo, *Obstetricia*. 4ª Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina. 1992. Pág. 422

¹² Vélez Álvarez, Gladis Adriana, et al. Código Rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol.60, No. 1, 2009, (34-48).

¹³ Relacionada con el embarazo, parto y post parto.

medicamento de elección para el manejo de la atonía uterina¹⁴ es la oxitocina administrada en infusión. Si no hay contraindicaciones se debe administrar metergina simultáneamente. Si con estos medicamentos no se logra el control se debe adicionar misoprostol¹⁵. Durante los 20 a 60 minutos siguientes se deben mantener las maniobras compresivas, como el masaje uterino bimanual o la compresión externa de la aorta y el suministro de uterotónicos. En el caso de la agraviada se hace constar que la paciente presentaba atonía uterina hasta las 5:48 horas (Ver numeral 4.1.8), los medicamentos que se administraron fueron a las 2:50 horas una ampula de ergonovina y 5UI de oxitocina. A las 3:25 horas se le indicó nuevamente una ampula de ergonovina. A las 3:35 horas una ampula de gluconato de calcio. Por todo lo anterior, es posible establecer que existió mala práctica médica ya que en este caso se observó un retraso en la atención de la paciente debido a que desde la 1:30 horas se advirtió la hemorragia postparto y no se proporcionaron medicamentos hasta las 2:50 horas, es decir 80 minutos después. Asimismo, no se administraron otros medicamentos para aumentar el tono del útero como misoprostol el cual está indicado como segunda opción, después de la oxitocina. La literatura médica refiere que después de una hora de hemorragia e hipoperfusión, con o sin tratamiento, existe una alta probabilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID) por lo que se deben realizar pruebas de coagulación y antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico es necesario garantizar la recuperación de la coagulación. En este caso no se hizo constar la realización de estudios de laboratorio para determinar los tiempos de coagulación.

Si el sangrado continúa hasta los sesenta minutos de inicio de la hemorragia se debe indicar la administración de hemoderivados, la realización de procedimientos quirúrgicos (ligadura de arterias uterinas, histerectomía) y vigilancia en una unidad de cuidados intensivos. En el caso que nos ocupa, en el expediente clínico se refiere que a las 6:11 horas se iniciaron la laparotomía exploradora y la transfusión de hemoderivados, es decir, más de tres horas después de que inició la hemorragia.

Por todo lo anterior, se establece que existió mala práctica médica ya que se observó, que no se proporcionó una atención médica oportuna y urgente que requería la **agraviada 4** por la hemorragia postparto que presentaba, situación que comprometía su vida. No le proporcionaron otros medicamentos para tratar la atonía uterina como misoprostol y de esta manera tratar de preservar el órgano por tratarse además de primigesta de 20 años de edad, asimismo por la evolución y gravedad de la hemorragia condicionó alteraciones de la coagulación lo cual complicaba aún más el control de la hemorragia. Asimismo, la administración de hemoderivados y la laparotomía

¹⁴Ausencia anormal de tono o tensión muscular del útero.

¹⁵Pertenece a las prostaglandinas, análogo de PGE₁ y es un protector de la mucosa gástrica y agente antiulceroso



exploradora se practicaron más de tres horas después de que la agraviada 4 presentara la hemorragia posparto.

*En lo que se refiere a establecer si existieron causas médicas por las cuales fue trasladada a otro centro hospitalario, en el expediente clínico se hace constar que la **agraviada 4** presentaba choque hipovolémico clase funcional IV, coagulopatía por consumo, trombocitopenia y síndrome anémico secundario, entidades clínicas que por su gravedad ponen en riesgo la vida y requieren manejo por terapia intensiva. En las notas médicas (ver numeral 4.1.13) se refiere que la unidad hospitalaria se encuentra en contingencia por la influenza por lo que no es posible ofrecer ese servicio a la paciente. Por lo que fue trasladada al Hospital General Ticomán.*

*Por lo anterior, se concluye que sí existieron causas médicas por las que la **agraviada 4** debía ser trasladada a alguna unidad médica que contara con el servicio de Terapia Intensiva.*

CONCLUSIONES

*El producto de la **agraviada 4** presentaba sufrimiento fetal, entidad clínica que constituye una indicación médica para la interrupción del embarazo por vía abdominal.*

Se observó mala práctica médica ya que existió un retraso en el diagnóstico de la causa de la hemorragia posparto, el tratamiento medicamentoso fue insuficiente e inoportuno lo cual produjo alteraciones de la coagulación y por consiguiente complicar el control de la hemorragia. Lo que conllevó posteriormente a la pérdida del útero por parte de la paciente.

*La **agraviada 4** presentaba choque hipovolémico, coagulopatía por consumo, trombocitopenia y síndrome anémico secundario, por lo que requería ser tratada en la unidad de Terapia Intensiva. El Hospital General Enrique Cabrera no contaba en ese momento con ese servicio ya que se encontraba en contingencia por la infección por el virus de la influenza. Por lo anterior, se establece que sí existían razones médicas para que la **agraviada 4** fuera trasladada a otra instancia hospitalaria.*

- 34.** Escrito de la **agraviada 4** de fecha 21 de noviembre de 2009, en el que señala que el 11 de noviembre de 2009 acudió al Hospital Enrique Cabrera, al área de urgencias de ginecoobstetricia alrededor de las 4:00 pm., ya que llevaba mitad de labor de parto, por lo cual le indicaron que se quedaría hospitalizada y le pidieron a su esposo que pasara a Trabajo Social para la documentación y esperar el informe médico de su esposa.

*La **agraviada 4** hizo saber el trato que recibió al estar internada en el área de gineco obstétrica, señala que cuando ingresó la enfermera le suministró un suero con oxitocina para acelerar la labor de parto siendo entre las 4:00 y 5:00 pm. Tiempo después el doctor se acercó y le dijo que le iba a romper la fuente para que el bebé naciera más rápido; después se acercó otro doctor quien le pidió que pujara pero después de mucho tiempo y al no ver que el bebé se asomara, el doctor antes citado le indicó que se trataba de sufrimiento fetal, llamando al camillero y a todo el personal médico para trasladarla al quirófano. Una vez en ese lugar, el médico le pregunta a la enfermera sobre el pediatra y ésta le responde que está ocupado. Él le dice a ella que no le importa, pues se trata de un caso de sufrimiento fetal.*

Posterior a ello le suministran la anestesia alcanzando a escuchar que le iban a suministrar anestesia general y no local, lo cual desconoce si era correcto. Una vez realizado esto se lleva a cabo la operación y al término de la misma, sin una reacción de ella, el doctor le grita: “¡ahí está tu bebé!”. Sin embargo, por los efectos de la anestesia, ella logró verlo a lo lejos y de manera borrosa. Posterior a ello es trasladada a otro cuarto en donde se encuentran varias mamás con sus bebés, indicándole a ella que hasta que suba a piso se lo darían. Mientras tanto continuaba presentando los efectos de la anestesia, no obstante consiente de los hechos que iban aconteciendo.

Tiempo después, los efectos de la anestesia cesaron y ella comenzó a sentir severos dolores similares a contracciones, lo cual derivó en que se quejara con la enfermera en turno, indicándole ésta que se le iba a suministrar un medicamento. Pasado un rato, continuó presentando severos dolores, lo cual originó que se volviera a quejar con la enfermera señalada, indicándole ésta que se tenía que aguantar, pues era algo normal. Ella insistió en que era mucho el dolor que tenía y esto derivó en que dicha enfermera la revisara, observando que presentaba un sangrado más de lo normal, gritándole a un médico para que él la revisara de urgencia. Al lugar llegó el mismo médico que fue el que le rompió la fuente, el cual la revisa y comienza a oprimirle el vientre. Así mismo realiza un tacto vaginal, indicándole que tiene que aguantarse porque está en riesgo su matriz. Dichos ejercicios los realizó durante un buen rato, indicándole a la enfermera que no la habían limpiado bien; también indicándole que le cambiaran el pañal por el exceso de la pérdida de sangre. Minutos después llegó al lugar el doctor que le practicó la cesárea, el cual le dijo al que le rompió la fuente que ya no hiciera nada, porque lo que estaba haciendo era que no contrajera el útero y que perdiera más sangre. Ello derivó en que le suministraran otro medicamento, el cual con el paso de los minutos no le hizo el efecto deseado y los dolores continuaron. Al observar el doctor que no existía mejoría alguna, le indicó que buscaría a su familia para que firmaran unos papeles y la pudieran intervenir; sin embargo, después de varios minutos, el doctor regresó al lugar indicándole que sus familiares no se encontraban en el hospital. En consecuencia ella le pidió firmar el documento de autorización, dado que era insoportable el dolor.

Debido al fuerte dolor que presentaba, tomó la pluma y sin leer el documento lo firmó. Posterior a ello informó al doctor que además de los fuertes dolores presentaba un fuerte frío, que no sentía las manos y que la cabeza le daba vueltas. También ya no alcanzaba a ver bien, ocasionando que se desvaneciera. Sintió que posterior a su desvanecimiento dos personas la colocaron en una camilla y la llevaron a quirófano, lugar donde le aplicaron anestesia nuevamente con una mascarilla perdiendo totalmente el conocimiento. Finalmente, al despertar observó a muchas mujeres moviéndose con rapidez y en ese momento se entera que la trasladarían a otro hospital de urgencia, sin saber que en ese momento ya le habían quitado la matriz, situación de la que se enteró hasta que ingresó al Hospital General Ticomán.

*El esposo de la **agraviada 4** refirió que mientras su esposa ingresó a revisión, alrededor de las 4 de la tarde, una doctora le hizo saber que se quedaría hospitalizada, diciéndole que se encontraba a la mitad de labor de parto. Minutos después se le informó que su procedimiento sería un poco tardado, debido a que se trataría de una cesárea. Así pasaron varias horas sin que supiera nada de su familiar, quien se encontraba al interior del hospital. Fue hasta las 12 de la noche cuando un enfermero salió a dar informes a los familiares y él le cuestionó sobre su esposa, indicándole que iba a entrar a ver qué pasaba; no obstante, si no salía era que todavía no había nacido su hijo.*

Media hora después salió una enfermera o doctora, quien preguntó por él y le informó sobre su peso, tamaño y la hora de su nacimiento, es decir, que era un niño, que midió 49 cm y que nació alrededor de las diez; preguntó también cómo se encontraba su esposa, informándole que se encontraba bien, sin decirle que le habían practicado una cesárea. Esa servidora pública le hizo firmar una hoja donde debía poner que había recibido informes; él insistió en preguntar cómo se encontraban los dos, tanto su esposa como su hijo, respondiéndole de nueva cuenta que bien. Él preguntó si tenía qué esperar y ésta le respondió que no, que se retirara y que fuera al día siguiente a la hora de visita. En consecuencia se retiró confiando en lo que le habían dicho, sin saber todo lo que le sucedía a su esposa al interior del hospital, ya que nunca le marcaron al teléfono que dejó en el área de Trabajo Social, fue hasta el día siguiente cuando le llamaron a la casa de su abuelita, diciéndole que su esposa se había puesto grave, que tenía que ir de urgencia al hospital, ya que la iban a trasladar a otro. Al llegar al hospital, la trabajadora social le indicó que si no había visto el helicóptero que había despegado segundos antes de que él llegara, ya que en el mismo su familiar había sido trasladada a otro hospital. Al lugar llegó un doctor quien le informó que su esposa se había puesto grave, por lo cual le habían tenido que quitar la matriz, no obstante su hijo se encontraba bien.



35. Mediante oficio DGDH/DEA/503/5219/2012-11 de fecha 22 de noviembre de 2012, suscrito por la agente del Ministerio Público, Titular de la Unidad Investigadora B-1 sin detenido en la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos se informa que la averiguación previa FSP/B/T1/2675/09-12, iniciada por la **agraviada 4** contra quien resulte responsable (médicos del Hospital General Enrique Cabrera) se encuentra pendiente de determinar, esperando que comparezca la doctora Gabriela Barrón Cano, a fin de poder desahogar lo solicitado por peritos en materia de medicina de esa Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

36. Oficio CG/CISS/SQDR/1705/2011 de fecha 9 de agosto de 2011, firmado por Gustavo Ávila García, entonces Contralor Interno en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 9 de agosto de 2009, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/Q/0204/2009, iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja.