



V. EVIDENCIA ANEXO I

Caso A. Expediente CDHDF/II/121/AO/09/D1320

1. Hoja de partograma y/o evolución de trabajo de parto de fecha 21 de febrero de 2009, suscrita la Doctora Olivares, adscrita al Hospital General Enrique Cabrera, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

Hoja de Partograma y/o Evolución del Trabajo de Parto

UNIDAD MEDICA ECB CLAVE _____

IDENTIFICACION	
NOMBRE <u>[REDACTED]</u>	No. DE EXP. <u>[REDACTED]</u>
EDAD <u>22 a.</u>	FECHA <u>21/02/09</u>
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	
FUM <u>29/05/08</u> GESTA <u>1</u> PARA <u>0</u> ABORTOS <u>0</u> CESAREAS <u>0</u>	
SEMANAS DE GESTACION <u>38 sdg/turn</u>	VIGILANCIA PRENATAL (No. veces de) _____
GRUPO SANGUINEO _____ RH _____ REACCION LUTICA _____	
EVOLUCION DEL EMBARAZO <u>actividad uterina regular</u>	
DATOS CLINICOS AL INGRESO	
HORA DE INGRESO <u>18:00</u>	FECHA Y HORA DE CONTRACCION C/DOLOR _____
CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS <u>3</u>	TONO <u>++</u>
HEMORRAGIA <u>no</u>	EDEMA <u>no</u>
FR <u>20</u>	PULSO <u>80</u> TA <u>110/80</u> TEMP <u>36°C</u>

2. Nota médica de fecha 22 de febrero de 2009, suscrita Doctora Olivares, adscrita al Hospital General Enrique Cabrera, la cual consta en el expediente clínico de la persona agraviada A y contiene la siguiente información:

FECHA Y HORA	NOTAS
22/2/09	NOTA DE EVOLUCION MEDICA Y PREQUIRURGICA
8:50hrs	Embarazo de 39 SDG por FUM + FDP PA + trabajo de parto de progreso
TA: 110/80	siu.
FR: 80%	S. se refiere con dolor tipo obstetrico de moderada intensidad
FR: 20X'	percibe movimientos fetales, niega datos de vasoconstricción
	O. Alerta bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso abdominal
	con peristalsis presente, globoso por utero gestante PUVI
	longitudinal cefálico izquierdo PCR 145X, tacto vaginal cervix
	posterior blando 4cm dilatación 70% de borramiento, producto
	abocd, plvis ginecódde, extremidades sin edema, HOTS norma
	les
	A. Paciente con diagnósticos ya referidos en 12hrs de trabajo de
	parto, se decide interrupción del embarazo via abdominal por
	trabajo de parto estacionario y por maximo beneficio materno
	fetal se explica a la madre los motivos de la cirugía y a su
	familiar y los posibles riesgos quirúrgicos inmediatos y
	tarde. pasara a quirófano en cuanto haya tiempo quirúrgico
	Dra. Olivares MAGO R3 Marmolejo /R3 S.ca/R1 Weifa Mendoc
	4-166(4)) Oscar



Recomendación 3/2015

3. Oficio número 2-5470-09, de fecha 25 de marzo de 2009, suscrito por el Doctor Víctor Manuel Gaspar Flores, Jefe del Servicio de Gineco- obstetricia del Hospital General Enrique Cabrera, en el que se informó lo siguiente:

[...]

A) Los médicos del área de ginecoobstetricia que atendieron a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada A] el día 21 de febrero del 2009, con el cargo de médicos especialistas en ginecoobstetricia de base adscritos al hospital Enrique Cabrera fueron:

Dr. Armando López Parra
Dra. Graciela Olivares Fernández
Dra. Magda Icel Salgado Jacobo
Dr. Mario Roberto Silva Cancino

B) Ingresa con diagnóstico de paciente primigesta de 23 años de edad que cursa con embarazo de 38.1 semanas de gestación en trabajo de parto.

Se ingresa al servicio de labor tococirug[i]a para hidratación y conducción de trabajo de parto con vigilancia obstétrica solicitud de laboratorio control.

Se administró oxitocina sustancia que provoca contracciones uterinas y se administró para regularizar el trabajo de parto.

C) Los médicos especialistas en ginecoobstetricia de base adscritos al hospital Enrique Cabrera que laboraron en fecha 21 al 23 de febrero del 2009 fueron:

21 de febrero de 2009 8:00 a 21:00 hrs. Jornada
Acumulada
Dr. Armando López Parra
Dra. Graciela Olivares Fernández
Dra. Leticia García Gómez
Dr. Jorge Avendaño Minutti

Velada nocturna de 21 al 22 del 2009 21:00 a 8:00 hrs.
Dra. Magda Icel Salgado Jacobo
Dr. Mario Roberto Silva Calcino
Dra. Mar[í]a E. Acevedo Escobedo

Día 22 de febrero del 2009 8:00 a 21 hrs. Jornada Acumulada
Dr. Armando López Parra
Dra. Graciela Olivares Fernández
Dra. Leticia García Gómez
Dr. Jorge Avendaño Minuté

Velada nocturna de 22 al 23 de febrero 2009 21:00 a 8:00 hrs.
Dr. Jesús González Rodríguez
Dr. Santiago García García
Dra. Ana María Velazco Guzmán

Día 23 de febrero del 2009 7:00 a 14:00 hrs.
Dra. Aleli Ruiz Morales
Dra. Jessica Pérez Paz



Recomendación 3/2015

Día 23 de febrero del 2009 14:00 a 22:00 hrs.
Dra. Gabriela Barrón Cano
Dr. Manuel Fuentes Lavastida
Dr. Armando Morales Vargas

D) Se informó el día de su ingreso con el diagnóstico de embarazo de término en trabajo de parto fase latente.

El día 22 de febrero del 2009 se informa a la mamá de la interrupción del embarazo por vía cesárea por falta de progresión de trabajo de parto.

Día 23 de febrero del 2009, 7:10 hrs., no hay familiar, firmado por la Dra. Ruiz para informar de la laparotomía por choque hipovolemico grado 1 por atonía uterina. A las 10:35 hrs. Firma el esposo en la nota postoperatoria informándole que se le practicó una histerectomía total abdominal mas salpingooforectomía izquierda. [Negrillas fuera de texto original]

Día 23 al 25 paciente permanece en terapia intensiva adultos recibe informes la mamá y esposo.

Día 26 se informa a la mamá del estado de salud.

Día 27 se informa al esposo [...] [Nombre del cónyuge de la persona agraviada A] y anota en el expediente que está agradecido por la atención recibida del hospital.

28 de febrero del 2009 alta por mejoría.

[...]

4. Opinión médica de fecha 13 de noviembre de 2009, emitida por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la que se señaló lo siguiente:

[...]

Discusión

[...] la señora [...] [Nombre de la persona agraviada A] de 23 años acudió el 21 de febrero de 2009 al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" por presentar dolor tipo obstétrico y actividad uterina irregular, siendo ingresada con el diagnóstico de embarazo de 38.1 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente. En la documentación no está especificado a qué hora empezó a presentar dolor y la hora en que se presentó la salida del tapón mucoso, por lo que no hay evidencia de a qué hora inicia el trabajo de parto.

Debido a que presentaba 3 centímetros de dilatación y borramiento del 50% deciden iniciar la conducción del trabajo de parto, con la administración de oxitocina; casi 15 horas después de su ingreso la paciente continuaba con la misma dilatación y borramiento, sin tener progresión del trabajo de parto, la frecuencia cardiaca fetal se encontraba en parámetros normales, por lo que deciden interrumpir el embarazo por vía abdominal.

Realizan cesárea tipo Kerr, obteniendo un producto femenino a las 12:28 horas (más de 18 horas después de su ingreso, presentando como complicación hipotonía uterina transitoria en cuerno izquierdo, que aparentemente fue revertida con la administración de oxitocina y ergonovina; la presencia de hipotonía o atonía uterina de acuerdo con lo que menciona la literatura médica, es una de las principales causas de la hemorragia obstétrica, ésta puede presentarse en el transcurso del tercer trimestre o en el puerperio y cuando hay una pérdida de 500 ml o más de sangre de los órganos genitales; la atonía es definida como la hemorragia puerperal precoz, debido a la falta de contracción



Recomendación 3/2015

uterina, por lo tanto es la causa más frecuente de hemorragia postparto y el tratamiento inicial es el masaje uterino y uso de oxitócicos.

En referencia al manejo que se le dio al momento de presentar la hipotonía, fue adecuado según lo mencionado; revirtiendo en el momento y realizan cierre de cavidad abdominal.

La paciente a la salida del quirófano presentaba una presión arterial de 119/70, en el tiempo en que estuvo en recuperación la presión descendió a 95/62 y a su ingreso a piso de Ginecología era de 94/61. A su ingreso a piso, no se realizó nota de ingreso, lo cual está estipulado en el numeral 8.1 de la Norma del expediente clínico; a pesar de que en las órdenes médicas se indicó la administración de soluciones intravenosas con oxitocina y ergonovina intramuscular, durante su estancia en piso, la paciente continuó presentando disminución en la presión arterial, que fue anotada por el servicio de enfermería, siendo hasta de 91/60 y por la madrugada hacen anotación de que la involución uterina es negativa.

Por parte del personal médico hay una mala vigilancia del estado de la paciente, la cual tenía que estar siendo monitorizada, considerando que durante el transoperatorio presentó la hipotonía uterina y requería estar vigilando la presión arterial y como se presentaba la subinvolución uterina; lo cual también está considerado en el numeral 5.5.1.4 de la Norma Oficial de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en el que especifican que "en las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas."

Hecho que no consta que haya sido valorado por parte del personal médico, sino hasta casi 18 horas después de la intervención (Cesárea) es que valoran a la paciente y la encuentran con presión arterial de 100/40, con palidez de tegumentos, taquicardia, el abdomen a tensión, con secreción hemática por herida quirúrgica y peristaltismo ausente; diagnosticando un choque hipovolémico grado III y un probable hematoma disecante, por lo cual la programan para realizar una laparotomía exploradora.

Debido a que verbalmente el laboratorio les informó que presentaba una hemoglobina de 3.4 mg/dl, inician transfusión de concentrados eritrocitarios antes de su ingreso a quirófano y durante la cirugía; al abrir cavidad encuentran hematomas en ligamento ancho y ambos correderas paritocólicas, hematoma en el espacio de Retzius y el cuerno uterino hipotónico, hemoperitoneo de 500 ml y en el evento quirúrgico propiamente se presentó un sangrado de 900 ml.

Debido a presencia de hipotonía, que en algunas notas está referida como atonía uterina, se realizó histerectomía total abdominal y salpingooforectomía izquierda; en la literatura médica se encuentra que al dar medidas conservadoras para la atonía (uso de oxitócicos) y hay fracaso del tratamiento, se debe recurrir a las histerectomía postparto, también se refiere que las indicaciones de una histerectomía postparto son variadas, pero la causa principal en la atonía uterina y normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea. Dentro de las principales complicaciones que se pueden presentar después de una histerectomía es el choque hipovolémico y la coagulación intravascular diseminada puede aparecer como complicación mediata.

La atonía o hipotonía uterina tiene diversas causas: sobredistensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal; multiparidad, especialmente más de 5 partos; parto precipitado; tratamiento de preeclampsia con sulfato de magnesio; uso de inhibidores de la contractilidad uterina como los antagonistas de los canales de calcio; corioamnionitis; uso de analgésicos halogenados y cansancio uterino por parto prolongado o distocia entre otros.



Recomendación 3/2015

El único factor predisponente que presentaba la paciente era el de un embarazo prolongado, pero como ya se mencionó, no está documentado el tiempo en que se inició el trabajo de parto; además de que no había datos para realizar una operación cesárea hasta que no se confirmó el trabajo de parto estacionario.

Con esto quiero decir, que si bien por parte del actuar médico no se podía haber prevenido la presencia de una hipotonía o atonía uterina, que en este caso fue refractaria al tratamiento conservador con el uso de oxotocina y ergonovina; si **podía haberse prevenido la presencia de un choque hipovolémico grado III**, con las respectivas repercusiones metabólicas. Con los datos clínicos que presentaba la paciente, se podía haber hecho el diagnóstico presuncional y haber realizado la intervención quirúrgica antes y no hasta casi 20 horas después de la cesárea. La realización de la histerectomía abdominal era inevitable ante la atonía, a fin de evitar que continuara la hemorragia.

La paciente posterior a la segunda intervención (laparotomía exploradora) ingresa a Terapia Intensiva por el deterioro hemodinámico que presentaba, los médicos de la Terapia Intensiva, también hacen la observación de que la paciente fue pasada a quirófano 16 horas después de la hipotonía, siendo la pérdida de sangre severa, pudiendo tener repercusión en el pronóstico de la paciente. Durante su estancia en la terapia, se le dio manejo para mejorar el estado de hidratación, la anemia y diversas alteraciones metabólicas (acidosis metabólica); por lo que egresa de ese servicio aparentemente el día 25 de febrero (ya que en la nota de egreso, no se encuentra la fecha y no hay nota de ingreso al servicio de Ginecología).

Ya estando en el servicio de Ginecología, presentaba una presión arterial dentro de los parámetros normales, la hemoglobina y el hematocrito reportaban una ligera disminución, pero a las condiciones en que estaban al ser reintervenida por segunda vez, ya se pueden considerar normales; por lo que egresa del Hospital el día 28 de febrero de 2009.

Conclusiones

La atención médica que se le proporcionó a la agraviada, se puede dividir en dos eventos:

1. Se le proporcionó una adecuada atención para la resolución del embarazo, corrección del origen del choque hipovolémico (atonía uterina) y para recuperación del choque hipovolémico que presentó, con mejoría de su estado hemodinámico y egresando aparentemente por mejoría.

2. No hubo una adecuada vigilancia de su estado posterior a la realización de la cesárea, tomando en consideración que durante el evento quirúrgico presentó hipotonía uterina. No cumpliendo por consiguiente con lo que se menciona en el numeral 8.1 de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y del 5.5. de la Norma Oficial Mexicana de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en específico del numeral 5.5.1.4.

Al no cumplirse con lo establecido con estos numerales de dichas Normas, no hubo una adecuada valoración y seguimiento de las condiciones de la paciente y que repercutió en la progresión de un choque hipovolémico grado III y que se haya reintervenido casi 18 horas después del evento de la hipotonía uterina.

[...]



Recomendación 3/2015

5. Acta circunstanciada de fecha 30 de julio de 2013, suscrita por una médica de esta Comisión, en la que consta entrevista realizada a la persona agraviada A, en los siguientes términos:

[...] Posterior a la cirugía en donde me quitaron la matriz, he presentado dolor en parte baja de mi abdomen del lado derecho, el cual regularmente se presenta más intensamente cada mes, también dolor en el seno derecho, dolores de cabeza y [...] acné. El dolor en abdomen como si fuera cólico, he sufrido estreñimiento también desde esa fecha, siento inflamado mi estómago [...]

[...]

Después de que salí del Hospital entré en un cuadro depresivo importante, tenía ganas de salir corriendo de mi casa, me sentía desesperada, tenía ganas de aventar a mi hija por la ventana, pues sentía que todo lo que pasé fue por ella; hasta la fecha cada año que es su cumpleaños, empiezo a llorar. Después de que me dieron de alta, la gente comentaba si iba a tener otro hijo y después reaccionaban y decían *ah si ya no puedes*, me siento mal como mujer pues ya no puedo tener más hijos por el hecho de haberme quitado la matriz.

[...]

6. Ampliación de Dictamen Médico emitido el 17 de octubre de 2013, por la Doctora Graciela Reyes Aguilar, Perito Médico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el cual obra en la averiguación previa FSP/B/T1/00648/09-03, iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

[...]

EXISTEN DEFICIENCIAS DE PERSONAL MÉDICO POR PARTE DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSÍO, YA QUE LOS DÍAS DOMINGO NO CUENTA CON PERSONAL MÉDICO ADSCRITO ESPECÍFICAMENTE EN EL ÁREA DE PISO DE GINECOLOGÍA; DEJANDO DESCUBIERTA DICHA ÁREA Y OCACIONÁNDOSE QUE LAS EVENTUALIDADES QUE OCURRAN ESTÉN A CARGO DE LOS MÉDICOS DE ADMISIÓN Y LABOR MEDIANTE LLAMADA TELEFÓNICA POR PARTE DE ENFERMERÍA. ESTA DEFICIENCIA DE PERSONAL MÉDICO OCACIONÓ QUE LA PACIENTE [...] ESTUVIERA EN PELIGRO DE MORIR POR CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

ES DIFÍCIL CORROBORAR SI ALGUNO DE ESTOS TRES MÉDICOS EFECTIVAMENTE RECIBIERON EL RECADO HECHO POR LA ENFERMERA DE PISO DE NOMBRE MAYRA YADIRA RAMÍREZ CORRALES, YA QUE ELLA NO ESPECIFICA QUIÉN LE TOMÓ LA LLAMADA Y NO SE CORROBORÓ SI DICHA PERSONA EFECTIVAMENTE DIO EL RECADO.

LOS MÉDICOS ASIGNADOS AL ÁREA DE ADMISIÓN Y LABOR, EN CASO DE ASISTIR AL PISO DE GINECOLOGÍA AL REVISAR AL PACIENTE, IMPLICARÍA ABANDONAR SU PROPIO SERVICIO, LO CUAL TAMBIÉN ES UN RIESGO POTENCIAL PARA LAS PACIENTES QUE TIENEN A SU CARGO.

LA DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSÍO TUVO RELACIÓN DIRECTA CON LA DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBIÓ LA PACIENTE [...], PORQUE ASIGNAR TRES SERVICIOS DIFERENTES A CADA MÉDICO ES INOPERANTE, OCASIONA CONFUSIÓN Y DILUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES: TAL SITUACIÓN ADVERSA DE NO CORREGIRSE SE REPETIRÁ NUEVAMENTE EN EL MENCIONADO NOSOCOMIO.

[...]



Recomendación 3/2015

7. Valoración de Impactos Psicosociales de fecha 31 de octubre de 2013, realizada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la que se asienta lo siguiente:

[...]

III. Entrevista

a) Ocupación y contexto familiar previo a los hechos.

[...]

[...] y [...] [Nombre de la persona agraviada A] planearon tener a su primer hijo, en ese momento ella tenía 22 años. Entre los planes para el futuro era [...] tener 2 hijos más. Cuando [...] se enteró de que estaba embarazada se sintió muy feliz. Acudió a un médico particular y posteriormente obtuvo servicio de gratuidad en el Centro de Salud donde inicialmente acudía cada 8 días para su atención y luego cada vez que lo consideraba necesario. Su embarazo fue algo que [...] querían y deseaban; representaba para ella una ilusión ser madre y tener un hijo.

La evolución del embarazo fue normal, acudía a revisión constantemente. [...] su embarazo fue tranquilo, no tuvo ninguna molestia ni complicación en su salud; más que los síntomas de asco y antojos pero siempre procuró cuidarse. El parto estaba programado para finales de febrero o principios de marzo de 2009.

[...]

b) Descripción de los hechos

El día 20 de febrero de 2009 [...] [Nombre de la persona agraviada A] sentía dolor en su vientre, se encontraba aproximadamente en la semana número 38 de su embarazo, acudió al Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; llegó cerca de las 15:00 horas, al llegar le dijeron que no había personal que la atendiera por lo que tuvo que esperar hasta las 18:00 horas, una vez que la revisaron le dijeron que tenía 3 centímetros de dilatación y que tendría que regresar, por tal motivo le indicaron presentarse al siguiente día 21 de febrero. [...] confió en lo que le dijeron los médicos y se retiró.

El 21 de febrero se presentó en dicho Hospital, le indicaron que se desvistiera pues se quedaría a labor de parto; sin embargo, ella notó que no había ningún avance, la revisaban constantemente, posteriormente comenzaron a inyectarla en el suero para que se presentara la dilatación. Esta situación continuó durante la noche y por lo tanto le dijo a una doctora que se quería ir porque no dilataba y la estaban lastimando, pero no accedieron a dejarla ir y a la siguiente mañana indicaron que la prepararían para la cesárea ya que no había dilatado. Comenta que una enfermera dijo: *"ay siempre hacen lo mismo, las preparamos y ya cuando ven la de a de veras corre todo el mundo"*, posteriormente la pasaron al quirófano y le estaban poniendo la inyección en la raquea y una de las doctoras dijo: *"todo lo que empieza mal, termina mal"*, cuando despertó estaban sacando a su bebé.

Desde que [...] llegó al Hospital y no se presentó la dilatación se preocupó, refiere: "yo quería que me hicieran cesárea, porque pensaba si me están inyecte e inyecte iban a lastimar a mi bebé". Menciona que la inyectaron 7 u 8 veces porque salió del hospital con costra en la espalda al igual que moretones en los glúteos porque la inyectaron varias veces. Cuando nació su bebé escuchó decir al médico: *"está perdiendo mucha sangre"*, desconoce lo que le hicieron y posteriormente la cosieron, la sacaron de ahí, le llevaron a su hija y la subieron a piso, después una enfermera la fue a inyectar otra vez,



Recomendación 3/2015

preguntando porque la iban a inyectar, comentándole que era para detener el sangrado. En el transcurso de la noche, presentó dolor intenso y no se podía levantar por el dolor del vientre, en la noche comenzó a gritar que le dolía, menciona que **estuvo llamando al personal del hospital toda la noche y nadie la atendió**: "ya después de tanto gritar me ganó el sueño y ya ni vi a mi niña, la tenía acostada al lado de mí y ni la atendí". [Negrillas fuera de texto original]

Al día siguiente que despertó se encontraban alrededor de ella varios doctores y uno de ellos comentó. "señora está usted muy amarilla parece que vio un fantasma" [...] le dijo al doctor que ya no volvería a tener hijos porque se sentía muy mal a lo que el doctor le contestó: "no señora, usted ya no va a volver a tener hijos" en forma de burla y sin haberla revisado aún. Después una doctora la destapó y vio que se estaba desangrando, de inmediato se comunicaron con su familia e indicaron que la bajarían a quirófano, la inyectaron, recuerda un poco que cuando iba en camino al quirófano le dieron a firmar un documento el cual no sabe qué decía, nadie le explicó nada antes, ni en el trayecto. Perdió el conocimiento y no supo más hasta que despertó, no sabía dónde se encontraba hasta que las enfermeras le dijeron que estaba en terapia intensiva. Entregaron a su hija el lunes a la familia, mientras que ella permaneció ocho días en el hospital, saliendo hasta la semana siguiente.

No fue informada de las causas que llevaron a que se le realizara una histerectomía, ni de las consecuencias de la misma, al respecto indica: "no me informaron nada, ya cuando me dijeron que me habían hecho una histerectomía, no comprendí en ese momento", una prima entró llorando y le indicó que le habían quitado el útero y el ovario, diciéndole que ya no iba a poder tener hijos, a lo que las enfermeras comentaron, "es que estás bien jovencita para que te hicieran esto". [...] Desde el sábado que [...] había tenido a su bebé, a su familia le dijeron "aquí ya no se puede quedar nadie, todos váyanse", sólo se comunicaron vía telefónica porque tenían que bajarla a operar de urgencia sino podía morir, les dijeron a sus familiares que fueran al Hospital, la primera en enterarse de lo sucedido fue su suegra, su mamá le comentó que sólo había escuchado "yo sólo escuché que te habían quitado el útero que te habían pasado a amolar", preguntándole a la suegra de [...], ésta sólo comentó que era una complicación pero que se encontraba bien.

Ninguno de los familiares firmó la autorización, a ella sólo le dieron una hoja pero se encontraba casi inconsciente, solo le dijeron que la iban a bajar a quirófano pero nunca le informaron para qué, "yo nada más les dije que me cuidaran a mi hija que estaba solita". Los días que [...] estuvo en el hospital no tuvo a su hija puesto que se la habían llevado desde el lunes, los días que se quedó, su familia la iba a visitar, el papá de su hija, su prima, su mamá y su hermana. Comenta que la atención de los enfermeros y doctores después de la intervención fue buena pero cuando la subieron a piso la dejaron hasta el último. Así subió el director de Ginecología preguntado quién era [...], ella le dijo que era su hermana, enseguida le enseñó una hoja y le dijo ¿con esto le van a pagar al hospital?; sin entender a qué se refería, a los que el doctor le contestó; "es que puso una demanda en contra del hospital".

[...]

Durante su recuperación su mamá fue quien le ayudó, actualmente es quien la ayuda al igual que una prima del papá de su hija, quien le daba de desayunar, en los primeros 8 días de la recuperación, puesto que todavía tenía sangrados, no quiso regresar al



Recomendación 3/2015

hospital para quitarse los puntos, decidiendo acudir con una doctora cercana a su domicilio para que se los retirara.

[...]

IV. Conclusiones.

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [Nombre de la persona agraviada A], están directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja y [...] relacionados a la falta de una atención médica adecuada que derivó de la necesidad de realizarle una histerectomía. Situación que generó un proceso de parto inseguro e indigno a su condición de mujer y madre, generando un fuerte estrés así como sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión, afectando su salud, el establecimiento del vínculo afectivo con su bebé, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como en su rol de género. Lo anterior generó una ruptura en la continuidad de su vida cotidiana, cambios de roles de familia, sensación de cambio en su proyecto de vida, en las esferas que componen su identidad y rol de género, que derivaron en su integridad psicofísica.

2.- [...] Los dos primeros meses después del parto presentó llanto constante anhedonia, tristeza, desesperanza, trastornos del sueño, irritabilidad, falta de apetito, pérdida de peso, crisis de ansiedad, sentimiento de inseguridad, así como imposibilidad de relacionarse afectivamente con su hija, los anteriores son síntomas asociados a un cuadro depresivo derivado de la pérdida de su capacidad reproductiva la cual afectó los atributos asociados a su rol de género; la histerectomía supone, en ocasiones, un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer. Actualmente han disminuido los síntomas depresivos, pero aún presenta afectaciones somáticas en dinámica de sueño, y al recordar los hechos o hablar de ellos presenta afectaciones somáticas como son dolor de cabeza, temblor de cuerpo, náuseas y vómito.

3.- Además de las afectaciones psicosociales antes descritas, los hechos motivo de la queja, han generado daños en su integridad física, en su ámbito familiar y proyecto de vida. Respecto a las afectaciones físicas, como consecuencia de la extirpación de la matriz ha presentado molestias en sus senos, problemas gastrointestinales, así como dermatológicos y un desequilibrio hormonal; respecto a los cuales no ha contado con la atención y seguimiento médico adecuado. En el segundo aspecto, se generó una desestructuración en su núcleo familiar y debido a la imposibilidad de volver a ser madre, su proyecto de vida en pareja lo considera limitado.

[...]

8. Oficio CGDF/CISS/SQDR/3386/2014, de fecha 19 de noviembre de 2014, suscrito por el Licenciado Salvador Ayala Delgado, Contralor Interno en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por el cual informó lo siguiente:

[...] el doce de septiembre de dos mil doce, fue emitida la resolución respectiva dentro del procedimiento administrativo disciplinario que nos ocupa, en la que los ciudadanos **Ana María Velasco Guzmán, Leticia García Gómez, Jesús González Rodríguez y Santiago García García**, fueron sancionados en atención a las irregularidades que le fueron acreditadas.

[...]



Recomendación 3/2015

9. Acta circunstanciada de fecha 20 de enero de 2015, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta el resumen del Dictamen 183/10 emitido por la doctora Martha E. Arellano González de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el que se concluye lo siguiente:

[...]

PRIMERA.- Apreciamos elementos de mal praxis en la atención médica otorgada a la C. [...] [Nombre de la persona agraviada A], por parte del personal médico del turno vespertino y nocturno del servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General 'Dr. Enrique Cabrera Cosío' de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, al no vigilar a la paciente durante el puerperio inmediato (ignoramos quien o quienes eran los responsables de la paciente en los turnos vespertino y nocturno del 21 de febrero de 2009).

SEGUNDA.- No apreciamos mal praxis en la actuación de la Dra. Alelí Ruiz Morales al realizar la histerectomía e inhibir la hemorragia a la C. [...] [Nombre de la persona agraviada A], pues ante la gravedad de la paciente y ponderando el riesgo de muerte, tomó la decisión correcta.

TERCERA.- Las lesiones que se provocaron por la omisión de cuidados, pusieron en peligro la vida de la paciente.

CUARTA.- Apreciamos incumplimiento a las disposiciones de la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, correspondiente a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido que incidieron en la evolución y complicaciones reportadas en la paciente.

QUINTA.- Apreciamos incumplimiento a las disposiciones de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, que no incidieron en la evolución y complicaciones reportadas en la paciente.

[...]

Caso B. Expediente CDHDF/II/122/TLAH/09/D3844

10. Resumen clínico recibido en fecha 23 de junio de 2009, elaborado por el Doctor Jorge Villalpando Hernández, Jefe de la Unidad Médica del Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el que se informa lo siguiente:

[...]

Paciente: [...] [Nombre de la persona agraviada B]

[...]

Edad: **23 años**

Fecha de Ingreso: **15/May/09**

Fecha de Egreso: **19/May/09**

RESUMEN:

Femenino de 23 años de edad con los siguientes antecedentes Gineco-Obstétricos:

[...]

Su padecimiento actual Lo (sic) refiere de un día de evolución, la noche previa aproximadamente a las 22:00 horas, con salida de líquido transvaginal y al día siguiente a las 5:00 AM pérdida de movimientos fetales, motivo de consulta al Servicio de Urgencias. A la Exploración Física: TA 100/70mmHg, FC 84X, FR22X, peso 75 Kg., Talla 1.54. Tranquila, orientada, adecuada coloración de tegumentos, compromiso cardiopulmonar, abdomen con útero gestante, fondo uterino 30 cm con producto único,



Recomendación 3/2015

presentación podálica, situación longitudinal, frecuencia cardiaca fetal no audible con Pinard, se coloca registro cardiotocográfico marcado 90X. Tacto vaginal con cérvix posterior 1 cm de dilatación, forma de guante limpio. Extremidades sin alteraciones. Laboratorio de Urgencias (15/May/09): [...], TP 13.2, TPT 31.7, Hb 11.5, Plaquetas 312 000, Leuc. 8.1, glucosa 187, cristalografía: negativo. **Diagnóstico: Gesta2, Para 1, Embarazo de 30 semanas de gestación por F. U. M. + Sufrimiento Fetal Agudo, Sufrimiento Fetal Agudo, Probable Óbito Fetal, Pb. Diabetes Gestacional.** Se decide interrupción del embarazo por operación cesárea, realizada el mismo día bajo bloqueo peridural, obteniendo óbito masculino, peso 905 g, hora de nacimiento: 15:55h, macerado, polihidramnios. Laboratorio (19/May/09) Glucosa 88.

La evolución fue satisfactoria, siendo egresada con diagnóstico de **Puerperio quirúrgico** mediato el día 19 de mayo de 2009 y con indicaciones de continuar control en el Centro de Salud. [...]

11. Nota informativa de fecha 8 de julio del 2009 signada por el Dr. Mario Baltazar Rivas, médico de modulo I T-II Zapotitlán, en la que se informa lo siguiente:

[...]

En relación a la atención recibida a la paciente: [Nombre de la persona agraviada B] de 23 años, atendida por su servidor Dr. Mario Baltazar Rivas, responsable del módulo I del Centro de Salud T-II "Zapotitlán", y bajo protesta de decir verdad, le comento lo siguiente:

La paciente acude a su primera consulta para control prenatal el día 24 de noviembre de 2008, donde se realiza, Historia clínica y se le diagnostica Embarazo de 7.1 por fecha de última regla, se le indica que debe de iniciar tratamiento a base de Ac. Fólico y Fumarato Ferroso 1 tab. al día, además de aplicarse refuerzo de Td, se solicita estudios de laboratorio (prenatales) y Ultrasonografía, además de informarle sobre detención de CaCu y mamas, se le cita parta [sic] el 18 de diciembre del 2008, y se presenta el día 10 de diciembre del 2008 con ultrasonido particular con fecha de 10 de diciembre de 2008, donde reporta: 1.- embarazo con producto único vivo intrauterino de 8.3 semanas de gestación por CRL. 2.- reacción corial homogénea. 3.- líquido amniótico y cordón umbilical normales.- fecha probable de parto 19-07-09.5.- se sugiere control ultrasonografico [sic]. Donde firma el Dr. Rafael Oseguera León médico radiólogo.

El 28 de enero de 2009 se vuelve a presentar a su consulta con embarazo de 14.3 semanas de gestación se le inicia a la paciente realizarse estudios de laboratorio que ya se le habian indicado encontrándose el embarazo sin alteraciones con gastritis agregada indicándole ranitidina tab. 150 mg 1 cada 12 hrs.

[...]

El día 19 de febrero se presenta a consulta con resultados de laboratorio (prenatales) donde reporta BH: Normal, VDRL, Negativo, EGO, IVU, se le cita para el 12 de marzo del 2009 y se presenta hasta el 26 de marzo con un embarazo de 20.6 semanas de gestación; se le cita para el 6 de abril y se presenta hasta el 17 de abril con un embarazo de 23.6 por ultrasonografía sin alteraciones y se le cita para el 14 de mayo del 2009.

El día 14 de mayo se presenta la paciente para su control y refiere la paciente que se presenta secreción trasvaginal de color café no fétido pero si con prurito y ardor cursa con el embarazo de 27.5 semanas de gestación por ultrasonografía con fondo uterino de 35 cm por arriba de la sínfisis del pubis con FCF: de 144x en cuadrante inferior



Recomendación 3/2015

izquierdo sin presentar además de miembros inferiores ni datos de vasoespamos [sic], se le indica la aplicación de óvulos vagitrol 1 por las noches por diez días.

El 15 de mayo del presente año se presenta a consulta de urgencias en este centro de salud a las 12:35 argumentando salida de líquido tras vaginal, iniciando el 14 de mayo a las 22:00 horas (14:30 hrs. después de su inicio) en esta consulta es atendida por el Dr. Ernesto Zarco García médico del módulo 2 a quien le corresponde atender ese día las urgencias, por lo que atendió a la paciente a la hora antes mencionada encontrando un embarazo de 32 semanas de gestación y descarta ruptura prematura de membranas por lo que se le da pase de referencia al Hospital Ma[ter]no [sic] Tláhuac, la paciente presentaba abundante salida de líquido tras vaginal acompañada por prurito y restos cori placentarios, dolor abdominal, menciona que el producto dejó de moverse, a la exploración física T/A: 100/70 mmHg. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globos a expensas de útero grávido con producto prob. Transverso, dorsal, derecho, frecuencia fetal de 120 x' al tacto vaginal con abundante flujo café y cuello cervical cerrado, en la hoja de referencia se le solicita a la paciente que escriba con puño y letra "se me indica acudir hoy mismo" ya que paciente pretendía acudir al hospital para su atención cuando tuviese más dolores abdominales.

De acuerdo a lo ya mencionado en estas líneas la paciente acudió a sus consultas prenatales sin alteraciones se le realiza estudios de laboratorio y ultrasonido sin que reportaran alteración alguna; por lo que en base al expediente clínico [...] de la paciente [...] realizada en este centro de salud T-II Zapotitlán [sic], todas las notas de evolución e historia clínica fueron realizadas en base a lo que la paciente manifestó en su momento, se realiza visita de seguimiento por la trabajadora social Araceli Blancas Álvarez de fecha 21 de mayo del 2009, y le comenta el esposo [...] que acudieron al hospital el 15 de mayo del 2009 donde fue atendida el mismo día, realizándole cesárea y que el producto tenía sufrimiento fetal, y posteriormente le informan que el producto ya estaba muerto y presentaba deformidad en cuello, pierna y testículos así como al parecer la señora [...] presentaba glucosa y presión alta y fue dada de alta el 19 de mayo del 2009. [...]

12. Oficio número DAJ/SAA/1847/09 de fecha 9 de julio de 2009, signado por Lic. Luis Ángel Vázquez Martínez, Director de Asuntos Jurídicos del Servicio de Salud Pública del Distrito Federal, en el que se informa lo siguiente:

[...]

De la lectura de los documentos mencionados, se desprende que la atención médica brindada en el Centro de Salud T-II "Zapotitlán", a la peticionaria fue oportuna y acorde al embarazo que presentaba, pues mensualmente acudió a consulta, siendo la última de ellas el 14 de mayo; en donde se le indic[ó] tratamiento y signos de alarma; sin embargo, el día 15 de mayo se presentó consulta de urgencia a las 12:35 p.m. argumentando salida de líquido trasvaginal [sic] iniciado el 14 de mayo a las 22:00 hrs.(14:30 hrs. después de su inicio), haciendo oportunamente la referencia al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, solicitándole que escriba con puño y letra "se me indica acudir hoy mismo", ya que la paciente pretendía acudir al hospital para su atención cuando tuviese más dolores abdominales.

[...]



Recomendación 3/2015

13. Opinión médica sin fecha, suscrita una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual se indica lo siguiente:

[...]

Análisis de documentación

Para la documentación de esta opinión, se me proporcionó copias del expediente clínico de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada B], del Centro de Salud TII Zapotitla [sic] (en adelante CSZ) y del Hospital Materno Infantil Tiáhuac (en adelante HMIT).

Resumen clínico del caso

La señora [...] de 23 años de edad, acude al CSZ por primera vez el día 24 de noviembre de 2008, siendo atendida a las 12:07 horas; con un peso de 63 Kg., 146 centímetros de estatura, TA¹ de 100/60 y refiriendo presencia de mareos, náuseas sin llegar a vómito, cefalea, somnolencia y con antecedentes ginecólogos de G [gesta] 2, P [parto] 1, [...]. Por lo que la impresión diagnóstica es de embarazo de 7.1 SDG por FUM, con FPP el 12 de julio de 2009.

Se realiza estudio de ultrasonido obstétrico el día 10 de diciembre el laboratorio particular y concluyen embarazo con producto único vivo intrauterino de 8.3 semanas de gestación por CRL, reacción corial homogénea, líquido amniótico y cordón umbilical normales, fecha probable de parto 19 de julio de 2009 sugiriendo control ultrasonográfico. Acude el día 11 de diciembre a su control prenatal, presentando estudio de USG, pesando 63.100 Kg. y TA de 100/70, refiriendo entonces presencia de somnolencia y artralgias, náusea y vómito ocasional; en la exploración de abdomen lo encuentran globoso a expensas de útero grávido con PU [producto único], con **FU DE 17 cm.**, sin percibir con Pinard FCF ni movimientos fetales, no hay presencia de edema. Diagnosticando **embarazo de 8.4 semanas** por USG e IVU [infección en vías urinarias], por lo que prescriben ampicilina 500 mg cada 8 horas, cita para el 8 de enero de 2009 y está la anotación de reposo relativo, signos de alarma y pronóstico reservado (sin que se haga la anotación del porqué de estas observaciones).

El 28 de enero de 2009 va nuevamente a control prenatal, pesando 68.600 Kg., presentando una TA de 110/70 y refiriendo presencia de dolor tipo opresivo en ambos hipocondrios, de 1 mes aproximadamente de evolución; en la exploración el abdomen presenta **FU de 23 cm.**, aun sin percibir movimientos fetales ni FCF con Pinard, con diagnóstico de **embarazo de 14.3 semanas** por USG y gastritis, prescribiendo ranitidina cada 12 horas, realización de laboratorios lo más pronto posible y mismas recomendaciones de la consulta anterior (continuando sin justificar tales observaciones).

Su siguiente consulta en las notas tiene fecha del 19 de enero, pero en las notas informativas del CSZ mencionan que fue el día 19 de febrero; acudiendo únicamente por su control prenatal, sin presentar alguna sintomatología, presentando sus estudios de laboratorio, con BH (18) y QS (19) normal, por EGO [examen general de orina] presencia de IVU, con un peso de 69.800 Kg. y TA de 100/60. Abdomen con **FU de 26 cm.**, sin percepción aun de FCF con Pinard, con escasos movimientos fetales; cursando con un **embarazo de 17.4 semanas** por USG, dando mismas indicaciones.

Su quinta consulta de control prenatal fue el día 26 de marzo, presentando para entonces un peso de 72.500 Kg. y TA de 100/70, asintomática; el abdomen con un **FU de 300 cm.** Con producto longitudinal cefálico libre, con FCF de 140 por minuto en cuadrante inferior derecho; presentando **embarazo de 20.6 semanas** por USG, solo

1



Recomendación 3/2015

dando indicaciones ya comentadas. La siguiente consulta es el 17 de abril, presentando un peso de 75 Kg. y TA de 90/50, nuevamente asintomática; abdomen con **FU de 32 cm.**, FCF de 144 por minuto; contando en esta fecha con un **embarazo de 23.6 semanas** por USG.

El día 14 de mayo acude a otra consulta de su control prenatal, refiriendo presencia de secreción transvaginal, de color café, no fétido pero si con prurito y ardor. Con un peso de 76.600 Kg. y TA de 100/70; el abdomen con PUV [producto único vivo] longitudinal cefálico, **con FU de 35 cm.** Y FCF de 144 por minuto. Con diagnóstico de **embarazo de 27.5 semana** por USG y a mano hace la anotación de vulvovaginitis; solicitando USG e indica vagitrol V óvulos 1 al día.

Al siguiente día (15 de mayo), sin que se tenga hora en la nota, acude nuevamente al CSZ refiriendo salida de líquido en cantidad abundante del día anterior por la noche, acompañado de prurito y restos corioplacentarios, dolor abdominal y también hace mención que dej[ó] de percibir movimientos de su bebé; con un peso de 74 Kg. y TA de 100/70, abdomen con producto transverso, al parecer pélvico, con dorso derecho, con FCF de 120 por minuto, al TV cavidad con flujo de color café, abundante, fétido, cuello cerrado. Con **diagnóstico de embarazo de 32 semanas**, descartar ruptura de membranas; a mano está la anotación de valoración por USG, valoración por Ginecología, por lo que dan pase para HMIT.

En la hoja de referencia hacen mención que cursa con embarazo de 32 semanas, refiriendo salida de líquido transvaginal en cantidad abundante, iniciando el día 14 de mayo a las 22:00 horas; acudiendo al CSZ a las 12:35 horas del día 15 de mayo a valoración. El abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto probablemente transverso, dorso derecho, probablemente pélvico, con FCF de 120 por minuto. Se envía para descartar ruptura prematura de membranas, valoración por ultrasonido y por Ginecoobstetricia.

La paciente llega al HMIT a las 13:44 horas refiriendo que un día anterior a las 22:00 horas presenta salida de líquido transvaginal y ese día aproximadamente a las 5:00 horas ya no percibe movimientos del producto; en la exploración física el abdomen con útero gestante, **con FU de 32 cm.**, palpando partes fetales pero sin auscultar FCF; presentando una TA de 110/70, en la exploración vaginal con cérvix posterior, cerrado, blando, con salida de líquido transvaginal escaso. Por lo que dan el diagnóstico de **embarazo de 30 semanas de gestación por FUM**, ruptura prematura de membranas de más de 16 horas de evolución, probable óbito fetal; decidiendo su ingreso a labor.

A las 15:30 horas hay una nota en donde hacen mención que la paciente refiere salida de líquido transvaginal de 2 días de evolución y ausencia de movimientos fetales; el abdomen con útero gestante, **FU de 30 cm.**, con producto único, PP [presentación pélvica], SL [situación longitudinal], DI (24) y FCF no audible con Pinard, por lo que colocan RCTCG (25) que marca 90 latidos por minuto; TV (26) con cérvix posterior, con 1 cm. De dilatación y el guante sale limpio. En sus laboratorios presenta ligera disminución de la hemoglobina de 11.5 (27) g/dL y el hematocrito de 34%, pero hay un aumento de la glucosa de 187 mg/dL; también en el reporte mencionan que la crystalografía [prueba de la confirmación diagnóstica de la ruptura de membranas] es negativa. Dan el diagnóstico de embarazo de 30 semanas más probable diabetes gestacional, más sufrimiento fetal agudo probable óbito; debido a que no cuentan con ultrasonido para corroborar el diagnóstico, deciden la realización de cesárea.

Describen en la técnica quirúrgica que estando la paciente bajo BPD realizan asepsia y antisepsia de la región abdominal, realizan incisión hasta llegar a cavidad uterina, realizan histerotomía Kerr, amniotomía y hacen maniobras para extracción pélvica, obteniendo producto óbito masculino de 905 gr. De peso a las 15:55 horas, macerado,

Recomendación 3/2015

con polihidramnios. Se realiza el alumbramiento, revisión de la cavidad uterina y cierran pared por planos.

En las indicaciones posteriores a la cesárea, prescriben la administración de amikacina cefotaxima y metronidazol, así como bromocriptina, los cuales se le indicaron los días que permaneció hospitalizada. Durante su estancia hospitalaria cursa con buena evolución, con tolerancia a la vía oral, peristalsis presente; la herida quirúrgica bien afrontada, útero evolucionando y loquios escasos serohemáticos, no fétidos; se toma una glucosa de control la cual reporto 88 mg/dL. Debido a su adecuada evolución, se da de alta el día 19 de mayo con el diagnóstico de egreso de puerperio quirúrgico inmediato.

Discusión

Considerando todo lo anterior, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada B] de 23 años de edad acudió por primera vez al CSZ el día 24 de noviembre de 2008 por presentar mareos, náusea, cefalea y somnolencia; hizo mención que su última menstruación fue el día 05 de octubre de 2008, se estableció el diagnóstico de embarazo de 7.1 SDG por FUE [fondo uterino según edad]. En laboratorio particular se realiza un ultrasonido obstétrico el día 10 de diciembre y reporta un embarazo de 8.3 semanas, con líquido amniótico y cordón umbilical normales, pero hacen la anotación de que sugieren control ultrasonográfico, sin especificar porqué.

Posteriormente siguió llevando su control prenatal en el CSZ. La literatura médica cita que en el control prenatal se realizan diversas actividades con la finalidad de obtener un mejor estado de salud de la mujer y de su hijo; también la prevención, el diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal. Dentro de las acciones que se realizan son: cálculo de la ganancia del peso materno, medición de la presión arterial, medición de la altura uterina, identificación de signos y síntomas de alarma (como son cefalea, alteraciones visuales, sangrado, secreciones vaginales); en estadios más avanzados de embarazo verificar la frecuencia cardíaca fetal y la presentación del producto.

De acuerdo a la documentación médica con la que se cuenta, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada B]. Acudió en total a 7 consultas de control prenatal (considerando que la primera fue el día 24 de noviembre); los hallazgos de dichos controles se esquematizan en el recuadro, así como los de su consulta de Urgencia en el CSZ y de los de la valoración HMIT.

En las notas que se encuentran dentro del expediente, el médico tratante no hace ninguna mención sobre el crecimiento importante del fondo uterino, ni da alguna indicación o realización del USG para descartar alguna alteración; se solicita [é]ste hasta el día 14 de mayo, cuando anteriormente ya se veía el crecimiento uterino; teniendo que haberse indicado con anterioridad. También en las notas no está documentado que se haya realizado el registro del crecimiento uterino (altura del fondo uterino) en la gráfica, ni la elaboración del carnet prenatal.

En las notas médicas lo que llama la atención es el hecho de que el médico hace la indicación de reposo relativo, le señala signos de alarma (sin que quede especificado en la nota cu[á]les son) y pronóstico reservado; de acuerdo a todas las notas el embarazo aparentemente era normoevolutivo (embarazo sin complicaciones), por lo que es de llamar la atención el hecho de que considere que deba estar en reposo relativo y que el pronóstico sea reservado, sin hacer la aclaración en la nota del porqué dio estas indicaciones.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención detención y tratamiento de la anemia, preeclampsia,



Recomendación 3/2015

infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo; lo cual no hacen explícito en las notas, solo hacen el comentario ya señalado, sin dar una motivación de las mismas indicaciones.

Ahora bien, la peticionaria en los hechos de la queja hace el señalamiento de que por el ultrasonido que se realizó, le informaron que estaba produciendo líquido amniótico en exceso, lo cual fue del conocimiento del médico del CSZ y que [é]ste le informó que no había ningún problema con esa situación. En la documentación que se me proporcionó del CSZ no hay ningún indicio o nota que indique que la paciente presentaba el problema de producción excesiva del líquido amniótico (polihidramnios o hidramnios); en donde se menciona la presencia de polihidramnios es en el expediente del HMIT, en la descripción de la técnica quirúrgica.

El polihidramnios como apunta la literatura médica es una cantidad excesiva de líquido amniótico en relación con la edad gestacional, siendo un diagnóstico de sospecha la altura del fondo uterino, cuando excede la esperada para la edad gestacional; en estos casos las mediciones seriadas de la altura uterina al momento de las consultas prenatales deben alertar al médico tratante a considerar cu[á] es la causa del tamaño anormal. Para lo cual la ecografía obstétrica puede confirmar la presencia de volumen de líquido amniótico anormalmente aumentado.

La importancia de la vigilancia de esta alteración es que el embarazo puede estar en riesgo de presentar ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, hemorragias postparto por atonía uterina, sobredistensión [sic] uterina o desprendimiento de placenta. Debido a que puede presentar estas complicaciones, se ha valorado la administración de indometacina; la cual de acuerdo a diversa literatura médica, funciona disminuyendo el flujo plasmático renal de los fetos, por consiguiente disminución del filtrado glomerular y por tanto la diuresis fetal se ve disminuida.

Dentro de los principales factores de riesgo relacionados con la muerte fetal tardía que cita la literatura media son: la atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, ruptura prematura de membranas y alteraciones en el líquido amniótico.

Si bien no se tienen datos absolutos y fidedignos para confirmar la presencia de polihidramnios, porque como ya comenté, dentro de la documentación solo se hace mención de una sola ocasión dentro del expediente del HMIT y por lo referido por la peticionaria. Pero el cuadro clínico que presentó y las complicaciones que el polihidramnios puede presentar, son compatibles con el que present[ó] la señora [...]; por lo que es muy factible haya presentado dicha alteración y que no se documentó por parte del médico tratante del CSZ.

Conclusión

La atención prenatal que se le proporcionó a la agraviada en el Centro de Salud TII Zapotitla no fue la adecuada, pues no cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en referencia a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Específicamente el médico que llev[ó] el control prenatal de la paciente del CSZ, no tomó en consideración lo establecido en dicha Norma Oficial, en cuanto a las actividades realizadas durante el control prenatal y la finalidad de cada una de [é]stas; no llevó un adecuado conteo de las semanas de gestación, ya que no corresponden las semanas que están anotadas en el expediente clínico con la evolución normal, considerando el único USG que se tiene documentado; no se documentó cu[á] fue la causa de que la altura del fondo uterino se presentara por arriba del percentilo 90, ni las acciones que se realizaron para verificar alguna alteración o complicación del



Recomendación 3/2015

embarazo, ni se dio terapéutica para el manejo de la misma complicación. Tampoco se documentó porque consideró que la paciente debía tener reposo relativo y que el pronóstico fuera reservado, si aparentemente, según notas médicas de él mismo, la paciente cursaba con un embarazo normal y sin complicaciones.

[...]

14. Valoración psicosocial de fecha 6 de abril de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

El 14 de mayo de 2009, comenzó a presentar dolor de cabeza, espalda y vómito, por lo que su pareja [...] la acompañó al Centro de Salud Comunitario de Zapotitla en Tláhuac, para ver al doctor Mario Baltazar Rivas, mismo que le había proporcionado el seguimiento a su embarazo, al ser revisada por dicho doctor, éste le indico que todo se encontraba bien, que los malestares que tenía eran normales y la regresó a su casa sin proporcionarle medicamento alguno.

Posteriormente, el 15 de mayo de 2009, [...] [Nombre de la persona agraviada B] siguió sintiéndose mal y en compañía de [su pareja], se presentó de nueva cuenta al Centro de Salud, pero debido a que el doctor Baltazar se encontraba ocupado, fue atendida por otro doctor, a quien [...] [Nombre de la persona agraviada B] le informó que se había roto la fuente, el doctor de manera inmediata le preguntó que por qué estaba allí y [...] [Nombre de la persona agraviada B] le comentó que un día antes fue con el doctor Baltazar y éste le dijo que todo se encontraba bien.

El médico que le proporcionó la atención en ese momento a [...] [Nombre de la persona agraviada B] la acostó y revisó, le aviso que estaba sacando la placenta, motivo por el cual tenía que ser enviada al hospital y le dio a firmar diversos documentos para la canalización al Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

Al serles entregada la documentación [la persona agraviada B y su pareja] abordaron un taxi para trasladarse al dicho Hospital, llegando al lugar aproximadamente a las 14:00 horas, por lo que se dirigieron al área de urgencias mostrando la documentación que les fue proporcionada en el Centro de Salud, junto con dos ultrasonidos que [la persona agraviada B] se había realizado al contar con dos meses y medio de embarazo y otro de cuatro meses y, en los que les habían comentado que el embarazo marcha[ba] bien.

Después de esperar por un tiempo prologando para ingresar a consulta; [...] fue atendida por una doctora que le puso un aparato para oír los latidos del bebé, pues no contaban con ultrasonidos, por lo que al escuchar los latidos del corazón del bebé, la doctora le dijo a [...] [Nombre de la persona agraviada B] que su bebé se estaba muriendo, toda vez que el latido no era normal, era muy rápido.

Al terminar de revisar los latidos del bebé, la doctora comenzó a comprimir el estómago de [...] [Nombre de la persona agraviada B] para checarla, provocando con ello que [...] [Nombre de la persona agraviada B] vomitará, al ver está acción otro doctor se acercó a la persona que estaba atendiendo a [...] [Nombre de la persona agraviada B], con el fin de regañarla debido a la manera en que estaba llevando a cabo la revisión, haciéndole saber que necesitaba pasar [la persona agraviada B] a cesárea.

Aproximadamente a las 19:00 horas, [la persona agraviada B] fue ingresada a quirófano para practicarle la cesárea, al salir de quirófano el personal médico le informó alrededor las 12:00 de la noche, que ya le habían hecho la cesárea pero que su bebé estaba muerto, la forma tan abrupta en que se le informó [sobre] la muerte de su hijo, provocó se pusiera a gritar cuestionando la muerte de su hijo y exigiendo el verlo; sin embargo,



Recomendación 3/2015

el personal médico le dijo que no y que tenía que callarse pues asustaría a las demás pacientes, razón por la cual de manera inmediata le suministraron un calmante.

Por lo tanto, [...] [Nombre de la pareja de la agraviada B] fue notificado de lo sucedido [...], justificando el hecho de no permitirle a [la persona agraviada B] el tener contacto con su hijo, por el estado de alteración en el que se encontraba. Alrededor de las 2:00 horas, [...] despertó del efecto del calmante y la enfermera le aviso que su esposo ya se estaba encargando de los trámites para la entrega del cuerpo de su bebé, al respecto comenta: "yo quería ver a mi bebé, exigía verlo y me dijeron que no".

Al despertar comenzó a sentir dolor y solicitó que le proporcionará un medicamento para calmarlo, pero no se lo proporcionaron, sólo le indicaron que el dolor "era normal". Al mismo tiempo, sentía que tenía un pie entumido y colgando, por lo que le solicitaba apoyo a las enfermeras para acomodarlo, obteniendo como respuesta: "así como estás acostada no estás bien, acomódate bien"; posteriormente cuando fue pasando el dolor se percató que estaba en una camilla del lado, tal vez por el dolor y el efecto del calmante no podía percatarse de ello, además de que el dolor le impedía moverse por sí misma.

[...] [Nombre de la persona agraviada B] solicitó a la enfermera ver a su esposo ya que deseaba saber el motivo de la muerte de su hijo y saber si [él] ya había tenido contacto con el bebé; sin embargo, la enfermera le hizo saber que no era posible y que no insistiera porque la respuesta era no. Además la doctora que le practicó la cesárea, la responsabilizo por la muerte de su hijo, ya que según ella, [la persona agraviada B] no se había alimentado de la forma adecuada y no había dado el seguimiento adecuado durante el embarazo.

En cada inspección o recorrido que hacían los doctores en el hospital, [la persona agraviada B] les solicitaba informes respecto a la muerte de su bebé; pero lo único que le daban como respuesta era que no sabían con exactitud el por qué o bien que le preguntara a su esposo. Al preguntarle [...] a su esposo que si tenía conocimiento del por qué falleció su hijo, [él] le comentó que el personal médico deseaba que donaran el cuerpo del bebé para estudiarlo y así saber la causa de su muerte, razón por la que [ella] se negó pues era su primer hijo y ella deseaba sepultarlo[...].

[La persona agraviada B] permaneció en el Hospital una semana, durante su estancia, el personal médico que realizaba las revisiones le preguntaban el por qué estaba allí y qué dónde se encontraba su bebé, por lo que en cada momento debía indicar que su bebé estaba muerto, en algunas ocasiones, cansada de que en cada momento le recordaran lo sucedido, les pedía que revisaran los informes médicos en lugar de preguntarle y las enfermeras o doctoras/es le comentaban: "te estoy preguntando a ti", esto lo decían gritando, [...].

De igual forma, cuando se presentó la trabajadora social a preguntarle unos datos, [la persona agraviada B] le preguntó el motivo de la muerte de su hijo y ésta le manifestó que no debía preocuparse por eso, que mejor se preocupara por ella, ya que a veces ese tipo de situaciones se daban para que ella pudiera ser una mejor mamá, porque luego había personas que no sabían ser madres.

Por otro lado, cuando [la persona agraviada B] hizo del conocimiento de la psicóloga del hospital el trato que se le estaba proporcionando, ésta le sugirió que al salir del lugar buscará ayuda psicológica, porque ella no podía hacer algo al respecto, pues no se lo permitían que mejor les contestara lo que preguntaban. [...]



Recomendación 3/2015

[La persona agraviada B] le solicitó a [su pareja] que la sacará del hospital porque no toleraba el hecho de seguir dando explicaciones de cuál era el motivo por el que se encontraba allí, además de que el personal médico la responsabilizaba por la muerte de su hijo, por lo que su esposo decidió llevársela, [...] al solicitar el alta de [...] [Nombre de la persona agraviada B], las enfermeras comenzaron a regañar[lo] y a decirle que debía firmar unos documentos pues ellas no [se] harían responsables de lo que sucediera a [la persona agraviada B], además de hacer de su conocimiento que ella ya no iba a poder tener hijos y que eso era porque no se había cuidado adecuadamente durante el embarazo.

Al llegar a su casa se presentó una hemorragia, por lo que su esposo tuvo que llevarla a un hospital particular, donde pararon la hemorragia y le curaron la infección que tenía en la herida de la cesárea. Una semana después su esposo la llevó nuevamente al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, donde informó de la hemorragia que había presentado, una doctora que los atendió les dijo que eso era normal, por lo que él solicitó que le diera esa explicación por escrito y firmada, la doctora le respondió "yo no te voy a firmar nada, yo te estoy diciendo a ti que es normal." Por lo que decidieron continuar con la atención con un médico particular.
[...]

Conclusión

Los impactos descritos en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre de la persona agraviada B] están **directamente relacionados con los actos de violencia obstétrica a los que estuvo expuesta y que se relacionan con la violación a derechos humanos que se investiga en este Organismo, aunado al grave impacto que la muerte de su hijo representó.** Situación que generó un proceso de parto inseguro e indigno a su condición de mujer y madre, generando un fuerte estrés así como sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión, afectando su salud. Enfrentó un proceso de duelo el cual se vio agravado por procesos de revictimización, y la experimentación de otra pérdida, que fue el tiempo que pensó que estaba impedida su capacidad reproductiva, afectando su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social. El impacto a su sistema de creencias y sensación de seguridad, se relaciona con el miedo a acudir nuevamente a una institución de salud pública y a los pensamientos constantes de inseguridad respecto a la integridad de los hijos que nacieron posteriormente.

Lo anterior generó una ruptura en la continuidad de su vida cotidiana, cambios en relaciones de familia, sensación de cambio en su proyecto de vida, en las esferas que componen su identidad, que han imposibilitado un desarrollo adecuado a nivel individual, familiar y social. La sintomatología descrita por la [...] [nombre de la persona agraviada B], es consistente con los resultados de los instrumentos psicométricos aplicados, es la esperada en mujeres que han estado expuestas a contextos de violencia, como son síntomas asociados a depresión, duelo y ansiedad, los cuales generan una pérdida en la calidad de vida.

[...].

A casi seis años de los hechos, [nombre de la persona agraviada B] aún presenta síntomas leves de depresión y síntomas moderados a severos de ansiedad, que afectan de manera significativa su salud mental y relaciones sociales. Sintomatología que está relacionada con la violencia obstétrica a la que estuvo expuesta y respecto a la cual, hasta el momento, no ha recibido atención profesional.

[...].



Caso C. Expediente CDHDF/III/122/GAM/09/D4655

15. Orden médica para el control tratamiento de pacientes hospitalizados de fecha 18 de julio de 2009, suscrita por un médico adscrito al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Secretaría de Salud

Ordenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados


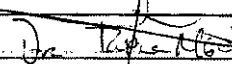
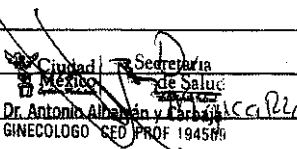
UNIDAD MEDICA: H.M.I.C. CLAVE: 403

NOMBRE:	No. EXP.
SERVICIO:	CAMA:
FECHA Y HORA	ORDENES DEL MEDICO
18/07/09	NOTA de Indicaciones
	① Ajuinos
	② Sol. HORMONIA 1000cc PVP
	③ Medicamentos:
	① Metoclopramida 20mg IV DU
	② Escitalopram 30mg IV DU
	④ Medidas generales:
	- IGE y EUT
	- Pausa UN
	- Preparar para UTI
	- Reetar contraindicadas
	- Tasa BH, TP, TTT
	⑤ Análisis
	Dr. Martínez MA
	Dr. Luis Ruiz
	SECRETARÍA DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTIL DE CUAUHTEPEC
18/07/09	Ajuinos
16:45	2. Sol. Glucosada 5% 1000 cc + 10.0 Oxidone 100mg x 100
	3. Dupireline 1gr IV (6hrs CO)
	1. IGE y EUT
	Vigila AU
	Enviar reporte de laboratorio
	Dr. Ayerza



Recomendación 3/2015

16. Orden médica para el control tratamiento de pacientes hospitalizados de fechas 18 y 19 de julio de 2009, suscrita por diversos médico adscritos al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepec, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

FECHA Y HORA	ORDENES DEL MEDICO
18/07/09	1. Ayuno
19:00	2. Sol. Glucosada 5% 1000 cct 20U Oxitocina c 12 q. cur.
	3. Ampicilina 1g ivc (6hrs c)
	4. CGE y SUT
	Vigilar actividad uterina,
	Realizar report de laboratorio
	Reportar eventuales
	 Dr. Espinoza M.A.G.O. Myrica 2260
22/10	Pase a casa
	BH. cl diferencial VSG PCR pl manías
	Resto igual
	Muspriatol 5 D. 
19/07/09	<u>Indicaciones</u>
07:30	1. Ayuno
	2. Sol. Glucosada 5% 1000 cct 20U Oxitocina
	a 12 q. cur.
	3. Muspriatol sublingual 1 tab.
	Ampicilina 1g ivc (6hrs)
	7 CGE y SUT
	Tome BH con diferencial VSG PCR
	Reportar eventuales
	 Ciudad de México Secretaría de Salud Dr. Antonio Alvarado y Carbajal GINECOLOGO CED PROF 194588



17. Nota médica de sin fecha, suscrita por el médico ginecólogo Sergio Ayuso Jiménez adscrito al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

Ciudad México		Secretaría de Salud	
Notas Médicas		ECNM-4	
UNIDAD MEDICA		CLAVE	
NOMBRE:	No. EXP:		
SERVICIO: DISTRITO FEDERAL	1 08 09	CAMA:	
FECHA Y HORA	NOTAS		
	A QUIEN CORRESPONDA :		
	En cuando a mi participación en la atención medica de la		
	Ingresó a LABOR 14:30 hrs con Dx de embarazo de 20 sem		
	ABORTO INEVITABLE x ruptura prematura de membranas		
	procedente del servicio de urgencias		
	Se le realiza nota de ingreso por médicos internos		
	Se indica conducción de trabajo de aborto a las 16:45 hrs		
	con oxitocina a goteo establecido anotado por		
	medico residente (a su llegada a laborar) de 2da año		
	x indicación verbal posterior a haberme informado		
	del Dx y condiciones clinicas de la paciente		
	Se entregó a turno siguiente con el mismo manejo		
	establecido		
	ACLARANDO que durante mi turno me fue imposible		
	revisar clinicamente a la paciente por encontrarme		
	Solo con dos medicos internos de pregrado y haber exceso de		
	trabajo (4 casacas 2 legrados 2 partos)		
	solo corroboré que se encontrara con signos vitales estables		
	y clinicamente sin riesgos por la vida de la misma		
	Atte DR AYUSO JIMENEZ SERGIO		
	Dr. Sergio Ramón Ayuso Jiménez GINECOLOGO CED. PROF. 1278495		
	SECRETARIA DE SALUD DISTRITO FEDERAL		

Handwritten mark



Recomendación 3/2015

19. Oficio número D/100/09 de fecha 3 de agosto de 2009 suscrito por el Doctor Jesús Alberto Martínez Cervantes, Director del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, mediante el que se informa lo siguiente:

[...] 1. Ingresó a esta unidad el día 18 de julio del 2009 a las 13:40 horas, la C. [...] [Nombre de la persona agraviada C] con diagnóstico de aborto inevitable de 21 semanas, ruptura de membranas y sangrado transvaginal. 2. Se inició manejo de aborto inevitable el día 18 de julio el cual se suspende el día 19 de julio a las 23:00 horas. 3. El día 20 de julio se realiza ultrasonido obstétrico donde se concluye que cursa con embarazo de 22.6 semanas con presencia de líquido amniótico normal, diámetro biparental de 52.6 cm. Longitud femoral de 39.8 cm. Placenta lateral derecha grado 1. 4. Se mantiene en observación hospitalaria hasta el día jueves 23 de julio del 2009, reportándose estable, por lo que se egresa. 5. El día 23 de julio se da información personal al padre, madre y a la C. [...] [Nombre de la persona agraviada C], ofertándose el control prenatal en esta unidad con supervisión directa por su servidor [...].

20. Oficio número D/112/09 de fecha 14 de agosto de 2009, suscrito por el Doctor Jesús Alberto Martínez Cervantes, Director del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, en el que se informa lo siguiente:

[...] MÉDICOS QUE ATENDIERON Y RESPONSABLES DEL SERVICIO A LA C. [...] [Nombre de la persona agraviada C] DEL DÍA 18 AL 23 DEL JULIO 2009.

RESPUESTA A.

Dr. Romero Guzmán Juan José, Asistente de la Dirección, horario de 08:00 a 20:00 horas, sábados, domingos, y días festivos.

Dr. Montañés Ávila Rubén, médico General del servicio de Urgencias, horarios de 08:00 a 20:00 horas, sábados, domingos y días festivos (laboró 18 de julio).

Dr. Antonio Albarrán y Carvajal, médico especialista gineco-obstetra, con horario de 08:00 a 20:00 horas, sábados, domingos y días festivos (laboró 18 y 19 de julio).

Dr. Ayuso Jiménez Sergio Ramón, médico especialista gineco-obstetra, horario de 08:00 a 20:00 horas (laboró el 18 de julio).

Dr. Morelos Vizcaya Luís Víctor, médico especialista, gineco-obstetra con horario de 08:00 a 20:00 horas, miércoles y domingo (laboró el día 19 de julio).

Dra. Tapia Ramírez Carolina, médico especialista, gineco-obstetra, horario de 19:00 a 07:00 horas, martes, jueves y sábados (laboró el día 19 de julio).

Dr. Moreno López Raúl de Jesús, médico especialista, gineco-obstetra, con horario de 20:00 a 08:00 horas, lunes, miércoles y viernes (laboró el día 19 de julio por ausencia de gineco-obstetra de guardia).

Dra. Solares Sánchez Marina, asistente de la dirección, horario de 20:00 a 07:00 horas, Guardia "A" nocturna (laboró 19 de julio).

Dra. Martínez Martínez Juana, médico especialista, gineco-obstetra, horario de 07:00 a 15:00 horas, lunes a viernes (laboró 20, 21, 22 y 23 de julio)

Dr. García Abdeslem, Flavio Héctor, médico especialista, gineco-obstetra, horario de 07:30 a 14:30 horas de lunes a viernes (laboró 20 de julio, realizó ultrasonido obstétrico).

Dr. Sarabia Alcocer Fidel, médico especialista, radiólogo, horario de 14:30 a 21:30 de lunes a viernes (laboró el 20 de julio, realizó ultrasonido obstétrico).



Recomendación 3/2015

Dr. Sánchez Jiménez Pedro, médico especialista, gineco-obstetra, horario de 18:00 a 06:00 horas, martes, jueves y domingos (laboró el 21 de julio)

Dr. Razo Vegas José Luís, médico especialista, gineco-obstetra, horario de 14:00 a 22:00 horas, de lunes a viernes (laboró 20, 21 y 22 de julio)

[...]

EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN NOTAS MÉDICAS

El 18 de julio del 2009 a las 13:40 ingresa con diagnóstico de aborto inevitable, con dolor obstétrico más sangrado transvaginal abundante, abdomen gestante más ruptura de membranas por Tamier más sangrado transvaginal.

18 de julio del 2009 a las 19:00 horas

Paciente consciente, tranquila con buena coloración de piel y tegumentos, abdomen con fondo uterino de 20 cm. Actividad uterina irregular, tacto vaginal cerviz posterior lateralizado a la izquierda, corto, blando, dehiscente, con escaso sangrado transvaginal no fétido.

Se encuentra en conducción de trabajo de aborto, se inicia antibióticos profilácticos.

18 de julio del 2009 a las 23:30 horas

Cerviz posterior, resistente, orificio externo deshiciente [sic], interno cerrado.

19 de julio del 2009 07:30 horas

Tacto vaginal cerviz posterior resistente, dehiscente orificio cervical externo con escaso sangrado, se indica dosis única misoprostol.

19 de julio del 2009 23:30 horas

Signos vitales estables, no fiebre, no calosfríos sin compromiso cardiopulmonar, producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto, no se detecta actividad uterina regular, sólo esporádica de baja intensidad y corta duración, cérvix con situación posterior con 75% de borramiento, entreabierto en orificio, no permite el paso a un dedo, hay manchado de sangre oscura no fétida, se suspende inducción de parto y se solicita ultrasonido.

20 de julio del 2009 7:20 horas

Frecuencia cardíaca fetal no audible con pinard, tacto vaginal cérvix blando, orificio cervical externo dehiscente, orificio cervical interno cerrado, sangrado escaso, valsava [sic] y tamier no valorables, sin datos de corioamnionitis [sic], pendiente ultrasonido.

20 de julio del 2009 ultrasonido turno matutino

Producto único vivo pélvico con diámetro biparietal de 52.6 mm. y longitud femoral de 39.8 placenta lateral derecha grado 1 en la escala de Granum, líquido amniótico apreciativamente normal, concluyendo embarazo de 22 semanas y líquido amniótico normal.

20 de julio del 2009 14:00 horas

Producto único con movimientos adecuados, sin presencia de sangrado transvaginal, exámenes de laboratorio, hemoglobina 10.9 hematocrito 32 proteína C reactiva positivo 1:20.

21 de julio del 2009 7:20 horas



Recomendación 3/2015

Signos vitales: TA 90/60 FC: 80 FR: 20 T. 36.5

Asintomática, percibe movimientos fetales, producto único frecuencia cardíaca fetal no audible con Pinard, al tacto vaginal sangrado transvaginal mínimo en guante explorador.

21 de julio del 2009 14:00 horas

Signos vitales: TA 90/60 FC 70 FR 20 T. 36

Asintomática, percibe buena motilidad fetal, secreción vaginal de aspecto sanguiza [sic]. Consciente tranquila con buena coloración de tegumentos, abdomen globoso a expensa de producto único vivo frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto rítmico audible con Doptone, exploración vaginal diferida.

21 de julio del 2009 18:11 horas

Asintomática, buen estado general, fondo uterino acorde 20 semanas frecuencia cardíaca difícil con Pinard, toalla sin pérdidas transvaginales, continúa mismo manejo.

22 de julio del 2009 07:50 horas

Signos vitales: TA 80/60 FC 80 FR 20 T. 37

Embarazo de 21 semanas, amenaza de parto pretérmino en remisión, asintomática, percibe movimientos fetales, despierta, cardiopulmonar normal, abdomen con útero gestante producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal, no audible con Pinard, tacto vaginal diferido, toalla testigo mínimo manchado, se espera egreso en breve.

22 de julio del 2009 14:00 horas

Asintomática, consciente tranquila, buena coloración de tegumentos cardiopulmonar sin compromiso, producto único vivo, frecuencia cardíaca 140 por minuto rítmico audible con Doptone, cérvix formado cerrado datos de cervicitis, sangrado fresco proveniente de cavidad uterina escaso.

22 de julio del 2009 ultrasonido turno vespertino

Producto con adecuados movimientos corporales actividad cardíaca, en situación longitudinal, polo cefálico en cuadrante superior derecha, dorso posterior DBP 52 mm. longitud femoral de 40 mm. Frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto, líquido de cantidad y calidad adecuados. Concluyendo embarazo único, vivo con edad gestacional de 21 semanas.

23 de julio del 2009 07:55

Hoja de alta hospitalaria

Signos vitales: TA 90/60 FC 80 FR 20 T. 36

Paciente consciente, tranquila, con adecuada coloración de piel y tegumentos, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen semigloboso a expensa de útero gestante sin actividad uterina, tacto vaginal, cérvix posterior cerrado, formado con escaso sangrado transvaginal. Actualmente con adecuada evolución clínica por lo que se egresa del servicio con las siguientes indicaciones: con dieta normal, acudir en caso de fiebre, sangrado vaginal, dolor abdominal, cefalea, zumbidos de oídos, salida de líquido vaginal y cita en la consulta externa en 4 semanas para control prenatal.

RESPUESTA B.

La paciente ingresa con diagnóstico de aborto inevitable (se considera cuando se ha presentado ruptura de las membranas y el dato es la presencia de salida de líquido amniótico transvaginal) por sangrado. Durante las primeras 34 horas de hospitalización,



Recomendación 3/2015

recibió tratamiento para el diagnóstico de ingreso que consiste en inducción de parto con oxitocina y misoprostol. Es revalorada y ante la duda se suspende tratamiento médico. Se realizó ultrasonido con dos médicos de diferentes turnos, en donde se detectó producto único vivo con presencia de líquido amniótico normal, se mantiene en observación durante cuatro días egresándose estable.

RESPUESTA C

Oxitocina

Presentación solución inyectable de 5 U.I

Indicaciones Terapéuticas. Inducción al parto por razones médicas, por ejemplo: embarazo prolongado, ruptura de membranas, preeclampsia.

Estimulación de las contracciones en casos seleccionados de inercia uterina.

Prevención y tratamiento de la atonía uterina y hemorragia durante el postparto.

En relación con efectos de cardiogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre fertilidad no se ha reportado a la fecha.

Novartis. Reg. Num. 50693, Jear 209878/RM2001

Misoprostol

Presentación tableta de 200 mcg.

Es un análogo sintético de la prostaglandina E 1, se metaboliza amplia y rápidamente en su ácido libre, tras la administración de una dosis única, el tiempo para que el ácido de misoprostol alcance la concentración plasmática máxima es de 12 + - 3 minutos y posteriormente se elimina rápidamente con una vida media de aproximadamente 20 a 30 minutos.

En estudio con dosis múltiples no se ha observado acumulación del ácido de misoprostol y se alcanzaron concentraciones plasmáticas estables en un plazo de dos días.

No debe administrarse en durante la lactancia porque podría causar diarrea al lactante y durante el embarazo porque induce contracciones uterinas y por lo tanto tienen un potencial abortivo.

El misoprostol administrado por vía oral, vaginal y más recientemente sublingual, se ha utilizado para la maduración del cuello uterino. (15. Griebel CP, Halvoren J, Golemon T. Day AA. Management of spontaneous abortion. American Family Physician 2005; 72(7):1243-9)

Se probó el potencial mutagénico y carcinogénicos en estudios in Vitro e in vivo arrojaron resultados negativos: no se observaron ocurrencias o incidencias de tumores ni signos de teratogénesis (Searle de México, reg. Núm. 105M84, SSA IV Cear 202272/RM2000.)

[...]

21. Opinión Médica de fecha 1 de junio del 2010, signado por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la que consta la siguiente información:

[...]

DISCUSIÓN DEL CASO

Se trata de [...] [Nombre de la persona agraviada C] de 22 años de edad, quien cursa con primer embarazo de 21.6 semanas de evolución. Acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc el día 18 de julio de 2009, 13:40 horas. Con base en las notas médicas acudió por presentar sangrado transvaginal y dolor obstétrico. Se integró el diagnóstico de Aborto Inevitable por ruptura prematura de membranas y se ingresó a la Unidad



Recomendación 3/2015

tocoquirúrgica. En dicha unidad se reporta que el producto se encuentra muerto ya que no se ausculta frecuencia cardíaca fetal y la madre no percibe movimientos fetales. A las 19 horas de ese día se le indicaron medicamentos para inducir el trabajo de parto. Continuó con ese tratamiento hasta el día 19 de julio del mismo año, a las 23:30 horas, momento en el que fue valorada nuevamente por médico especialista en ginecoobstetricia quien determinó que había que descartar la ruptura de membranas y solicitó estudios de laboratorio y ultrasonido obstétrico.

El resultado del ultrasonido reportó que el producto se encuentra vivo y el líquido amniótico de calidad y cantidad adecuadas.

En lo que se refiere al planteamiento del problema, en el que se solicita determinar cuáles fueron las deficiencias en la atención médica que le brindaron a la señora [...] [nombre de la persona agraviada C] en el Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, se tiene en primer lugar que la normatividad vigente¹ refiere que en la nota inicial de Urgencias se debe incluir un resumen del interrogatorio, diagnóstico o problemas clínicos, resultados de estudios, tratamiento y pronóstico. En el caso que nos ocupa, el médico que atendió a [...] [nombre de la persona agraviada C] en el Servicio de Urgencias [...] no hizo constar en su nota médica los signos vitales, ni el resumen de los problemas por los que acude la paciente, no reporta si auscultó la frecuencia cardíaca fetal, no se hizo constar si se solicitaron estudios de laboratorio, ni se estableció cuál es el tratamiento, por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998, Del expediente clínico, numeral 7.1.

Asimismo, el médico tratante de dicho servicio diagnosticó ruptura prematura de membranas por maniobra de Tarnier, al respecto la literatura médica refiere² que las mujeres con dicho padecimiento mencionan la pérdida espontánea de líquido y que el médico deberá interrogar con la mayor precisión posible, el color, la cantidad y en especial, la fecha y la hora del comienzo de la pérdida. Asimismo, que se deberán realizarse pruebas auxiliares de diagnóstico que demuestran mayor confiabilidad como las pruebas del pH, de la cristalización, de la tinción de las células de la piel fetal y glóbulos lipídicos y el de la presencia de fosfoglicerol y/o ultrasonografía obstétrica para valorar la cantidad de líquido amniótico.

En el caso de [...] [nombre de la persona agraviada C] en la nota médica no se hace constar que la paciente haya referido la pérdida de líquido amniótico ni que se hayan solicitado las pruebas de laboratorio y gabinete para descartar el diagnóstico de ruptura prematura de membranas corioamnióticas. En ese sentido es posible inferir que no existió tal ruptura ya que el ultrasonido realizado el 22 de julio de 2009 [...] reporta líquido amniótico en cantidad adecuada.

Por otra parte, en lo que se refiere al diagnóstico de aborto inevitable, la literatura médica menciona³ que un aborto es la finalización del embarazo antes de las 20 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación. En el caso que nos ocupa [...] [nombre de la persona agraviada C] tiene 21.6 semanas de embarazo por lo que es erróneo hablar de aborto, se trata de parto pretérmino.

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998, Del expediente clínico, numeral 7.

² Shwarcz, Ricardo, *Obstetricia*. 4ª Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina. 1992. Págs. 184-189.

³ Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica Panamericana, España. 200, Pág. 733.



Recomendación 3/2015

En lo que respecta al segundo planteamiento del problema, la nota médica de ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica se hace referencia a feto muerto. Al respecto, la literatura médica refiere⁴ que a la auscultación (acción de escuchar los sonidos internos del cuerpo por medio de un estetoscopio) de los latidos fetales éstos pueden percibirse desde la 20ª semana, pero prácticamente antes de la semana 24ª es casi excepcional auscultarlos. En ese sentido también se menciona⁵ que por medio de ultrasonografía [...] se debe descartar la sospecha de muerte fetal. Veinticuatro horas después la médica refiere que el feto se encuentra vivo con frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto (lpm) y se confirmó por el ultrasonido obstétrico realizado el 22 de julio de 2009 del que se reporta que el feto está vivo, con una frecuencia cardíaca de 140 lpm.

Por otra parte, en dicho servicio se le administraron fármacos para inducir el trabajo de parto como oxitocina (hormona que se utiliza para inducir las contracciones uterinas) y misoprostol (prostaglandina utilizada para reblandecer y borrar el cuello uterino). El primero se indicó durante 28 horas y el segundo se administró en dos ocasiones. De todo lo anterior, es posible determinar que el diagnóstico efectuado a [...] [nombre de la persona agraviada C] en la Unidad Tocoquirúrgica no fue el adecuado, ya que se estableció un diagnóstico de aborto en evolución erróneamente ya que por el tiempo de evolución del embarazo se trata de parto pretérmino o prematuro. En lo que respecta a la supuesta ruptura de membranas corioamnióticas no se le realizaron los estudios de laboratorio y/o gabinete para descartar dicho cuadro clínico. Asimismo, se estableció el diagnóstico de feto muerto sin descartarlo por estudio de ultrasonido. Finalmente, **se le indujo la expulsión del feto cuando éste se encontraba vivo e inmaduro.** [Negrillas fuera de texto original]

En síntesis, lo que no consta que se hizo y debió haberse hecho fue:
Hacer un interrogatorio completo y detallado acerca de la supuesta ruptura de membranas corioamnióticas.

Solicitar estudios de laboratorio para descartar la ruptura prematura de membranas.
Solicitar un ultrasonido para valorar la placenta, el líquido amniótico y la vitalidad fetal.
Administrar fármacos para inhibir el trabajo de parto desde su ingreso, mantener en reposo e hidratar a la paciente.

En lo que se refiere al último planteamiento, las consecuencias por el tratamiento basado en oxitocina y misoprostol. La literatura médica refiere que la oxitocina⁶ es un medicamento utilizado para producir contracciones uterinas y el misoprostol⁷ induce al borramiento y dilatación del cuello uterino, de esa forma se induce el trabajo de parto, es decir, la expulsión del producto. Asimismo, estos medicamentos causan a la madre aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la tensión arterial.

CONCLUSIONES

Las deficiencias detectadas durante la atención médica de la señora [...] [nombre de la persona agraviada C] por parte del Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac fueron:

No se reportan los signos vitales, ni talla ni peso, entre otros.

⁴ Shwarcz, Ricardo, *Obstetricia*. 4ª Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina. 1992. Pág. 87.

⁵ Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica Panamericana, España. 200. Pág. 917.

⁶ Brunton, Lawrence, et al. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 11ª Edición, Mc Graw Hill, Colombia, 2006. Págs. 1508.

⁷ Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica Panamericana, España. 2004. Págs. 406-407.



Recomendación 3/2015

No se hizo constar que se haya realizado una exploración gineco obstétrica completa que incluya el fondo uterino, la frecuencia cardíaca fetal, el cuello uterino (en tal caso si fue diferida la exploración), etc.

No se describen algunos problemas clínicos, como la evolución del dolor y del sangrado transvaginal.

No consta que se hayan realizado estudios auxiliares de diagnóstico, en este caso ultrasonografía y estudios para descartar la ruptura prematura de membranas.

No se describen las características del líquido amniótico obtenido por la maniobra de Tarnier ni se interrogó acerca de la supuesta ruptura de membranas.

No se estableció un diagnóstico adecuado ya que no se trataba de un aborto inevitable sino de un parto pretérmino.

No se hace constar el tratamiento ni el pronóstico de la paciente.

Las deficiencias detectadas durante la atención médica proporcionada a la agraviada por parte de la Unidad Tocoquirúrgica fueron:

Se estableció el diagnóstico de feto muerto sin considerar que por la edad gestacional era difícil escuchar la frecuencia cardíaca fetal por lo que se le debió practicar un estudio de ultrasonido.

Se le administraron medicamentos para inducir el trabajo de parto sin descartar que el producto estuviera muerto y que existiera ruptura prematura de membranas.

El tratamiento administrado a [...] [nombre de la persona agraviada C] fue oxitocina durante veintiocho horas y dos tabletas de misoprostol. Estos fármacos inducen en primer lugar las contracciones uterinas, así como el borramiento y dilatación del cuello uterino con lo que se induce la expulsión del feto.

[...]

22. Ampliación de Opinión Médica de fecha 16 de enero de 2014, signada por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

ANÁLISIS DEL CASO

Se trata de [...] [nombre de la persona agraviada C] de 22 años de edad, con embarazo de 21 semanas, quien acude el [18] de julio al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc por presentar dolor obstétrico y sangrado transvaginal y ruptura prematura de membranas por Tarnier a su ingreso se integra el diagnóstico de aborto inminente. Se indica preparar para legrado intrauterino y se indica oxitocina. A las 22 horas del 18 de julio y a las 7:30 del 19 de julio se le indica una tableta de misoprostol sublingual. El 19 de julio por la noche se revalora a la paciente y se determina que presenta 22 semanas de embarazo, con amenaza de parto pretérmino y con membranas fetales íntegras, por lo que se administra tratamiento para inhibir el trabajo de parto. El 22 de julio se observa con abdomen globoso a expensas de producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto. A la exploración vaginal con cérvix cerrado y formado con presencia de datos de cervicitis y sangrado fresco procedente de cavidad uterina, escaso. Fue dada de alta el 23 del mismo mes. Ingresó al Hospital de Gineco Obstetricia del IMSS el 30 de julio por dolor obstétrico y ruptura prematura de membranas, se indica tratamiento para inhibir el trabajo de parto y antibióticos. Evolucionó el trabajo de parto y se obtiene producto óbito a las 2:03 horas, de sexo indiferenciado [sic], pesando 290 Kg (sic), talla 32 cm, perímetro cefálico 21 cm, placenta con características normales. El Certificado



Recomendación 3/2015

de muerte fetal, de fecha 31 de julio de 2009, refiere feto de 23 semanas de gestación, de sexo desconocido [...], **causas de muerte fetal: a) interrupción de la circulación materno fetal, b) ruptura prematura de membranas.** [Negrillas fuera de texto original]

En lo que respecta a determinar si derivado de las deficiencias en la atención médica otorgada por el personal del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec existió nexo causal con la muerte del producto, con base en las causas de la muerte fetal que se mencionan en el certificado éstas son interrupción materno fetal y ruptura prematura de membranas. Al respecto, la literatura médica⁸ refiere que el trabajo de parto pretérmino puede iniciarse por un amplio espectro de causas y factores demográficos como los relacionados con el estilo de vida, factores genéticos así como infección del líquido amniótico y de las membranas corioamnióticas. Asimismo, que el misoprostol y la oxitocina inducen el trabajo de parto⁹. En lo que se refiere a la ruptura prematura de membranas fetales pretérmino en este caso previsible por tener menos de 23 semanas de gestación, tradicionalmente se ha atribuido la RPF al estrés físico, particularmente asociado con el trabajo de parto. Sin embargo, nueva evidencia sugiere que es un proceso multifactorial en el que se incluyen procesos bioquímicos, biológicos y fisiológicos¹⁰. En el caso que nos ocupa, a la paciente se le administraron erróneamente¹¹ misoprostol y oxitocina para inducir el trabajo de parto durante 36 horas aproximadamente, posteriormente le administraron una dosis de indometacina para inhibirlo¹². Fue dada de alta con sangrado transvaginal escaso no se menciona si existía o no actividad uterina, siete días después la paciente ingresa al hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza por presentar dolor obstétrico y ruptura prematura de membranas se indica indometacina sin lograr inhibir el trabajo de parto y se obtiene el feto muerto.¹³

Por lo anterior, es posible determinar que la administración de medicamentos para inducir el trabajo de parto pretérmino previsible a [...] [nombre de la persona agraviada C] y el no proporcionar el tratamiento adecuado para inhibirlo pueden constituir un nexo causal con expulsión y muerte fetal, sin embargo, también es posible que hayan intervenido otras causas y/o factores que intervinieran en dicho proceso. Todo lo anterior, aunado a lo señalado en las *referencias bibliográficas*, y a los planteamientos del problema se llegan a las siguientes:

CONCLUSIÓN

Las deficiencias en la atención médica proporcionada a [...] [nombre de la persona agraviada C] en el Hospital Materno Infantil Cuauhtépec por la amenaza de parto pretérmino que presentaba médicamente pueden constituir un nexo causal con la expulsión y muerte fetal. Sin embargo, es posible que hayan intervenido factores materno fetales que indujeran el trabajo de parto, la ruptura prematura de membranas y la muerte del producto.

[...]

⁸ Cunningham, Gary, Ricardo, *Obstetricia Williams*. 21ª Edición, Editorial Médica.

⁹ Carlos Mauricio Montoya Baltodano, *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXVIII (597) 207-211 2011.

¹⁰ Fernando Augusto López-Osma, *Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad*, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 57 No. 4 • 2006 • (279-290).

¹¹ Por suponer ruptura prematura de membranas pretérmino previsible, sin haber realizado estudios de laboratorio y gabinete para descartar dicha patología y la vitalidad del feto.

¹² Al respecto la Guía de Referencia Rápida para el diagnóstico y manejo del parto pretérmino refiere que la indometacina se debe administrar 100 mg vía rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO o VR cada 4-6 horas por un máximo de 48 hrs, en este caso se indicó una sola dosis.

¹³ A las 22 semanas de gestación la sobrevida del feto se acerca al 0%.

Recomendación 3/2015

23. Opinión psicosocial de fecha 14 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Aproximadamente en el cuarto mes de embarazo. [...] [nombre de la persona agraviada C] se encontraba en casa de sus padres, cuando comenzó a presentar sangrado, acudieron al Hospital Materno Infantil de Cuatepec, aproximadamente a las 14:30 horas. Ingresó al área de urgencias, donde le pidieron que se pusiera una bata y fue puesta en una camilla en espera de que llegara el doctor.

Al momento en que llegaron los doctores comenzaron a interrogarla acerca de los síntomas que estaba presentando. Cuando [la persona persona agraviada C] refirió que se trataba de un sangrado, le preguntaron si había visto la sangre diluida, [ella] refirió que no. Por lo cual los doctores le comenzaron a hacer tacto vaginal.

El primer doctor después de realizar dicha exploración refirió que se trataba de sangre, pero era poca, el segundo doctor, realizó nuevamente un tacto vaginal y manifestó que se trataba de sangrado diluido. Comenzaron a hablar entre sí, discutiendo si se trataba o no de sangrado diluido. Por lo cual le realizaron por tercera ocasión un tacto vaginal, finalmente concluyeron que si era sangre diluida. **"Cuando los doctores estaban hablando de mi salud y la del bebé, yo no sabía qué hacer porque no sabía si hacerle caso a uno o hacerle caso a otro, luego el que decía que no era sangre diluida o lo que decía el otro que si era sangre diluida sin hacerme ningún estudio ni nada. Ya cuando empezaron así, empecé a sentirme mal, estaba como inquieta acerca de lo que iba a pasar, tenía miedo."**

Le comunicaron a [la madre de la persona agraviada C] que se quedaría internada pues el sangrado que presentaba contenía líquido amniótico, por lo cual le hicieron firmar documentos para su internamiento. [Ella] fue llevada a una sala de espera, mientras le colocaban el suero, una enfermera le administró un medicamento para inducir el aborto, debido a que su embarazo ya no era viable y no se podía hacer nada. Después de dos horas de administrado el medicamento, [...] comenzó a presentar dolores, lo cual manifestó a una enfermera, diciéndole que los dolores eran como contracciones. La enfermera de una manera hostil respondió que no era posible, pues el medicamento tardaría más tiempo en hacer efecto.

Se presentó posteriormente una doctora residente, quien llenó unos documentos con sus datos generales, ésta doctora le realizó un tacto vaginal y le refirió, que seguía presentando sangrado. Le preguntó el tipo de medicamento que fue administrado. [La persona agraviada C] refirió que al momento de realizar el tacto, la doctora la lastimó, situación que le hizo saber sobre el dolor que le provocaba. Ella intentó moverse, la doctora de manera molesta le dijo que si se seguía moviendo la lastimaría más. **"Le dije es que me duele y me dijo ella: - es que si te sigues moviendo te voy a seguir lastimando-, le digo es que me está doliendo y no dijo me voy a esperar, nada, nada más me dijo -¿Si te calmas?-. Yo me molesté porque le estaba diciendo que me dolía y dije pero por qué te pones así, si te estoy diciendo bien que me duele."**

La enfermera se presentó nuevamente y le preguntó si seguía presentando las contracciones, [la persona agraviada C] refirió que ya no sentía el dolor, le retiraron el medicamento durante varias horas. Cuando llegó la media noche otra doctora acudió a



Recomendación 3/2015

revisarla, quien le dijo que aún no presentaba dilatación. Cuando se cumplieron las 24 horas llegó el doctor que le manifestó que estaría cubriendo el turno, y sería él quien la estaría revisando. Le realizó nuevamente el tacto. Indicándole que el sangrado estaba aún presente y no había dilatación. Le administraron otro medicamento. ***“Yo estaba desesperada porque pues no sabía nada de lo que estaba pasando, no sabía qué medicamento me habían puesto ni si me habían puesto otro aparte del la oxitocina, creo fue el que me pusieron, no sabía si me habían puesto otro.”***

El médico que se encontraba en turno, le preguntó si le habían realizado algún estudio, [ella] respondió negativamente. [...]. En ese momento, por primera vez, le pusieron un aparato para escuchar los latidos del bebé y saber cómo se encontraba. ***“El doctor me preguntó que si me habían hecho algún estudio, le dije que no, igual que si me habían puesto algún aparato, le dije que no y él se molestó y dijo que cómo era posible esto que se habían dejado guiar nada más por el tacto y ya, me vio inquieta, yo le pedí que si me dejaba hablar con mis papás y me dijo que sí y me prestó un teléfono.”*** Ya habían transcurrido más de 24 horas sin tener contacto con su familia, hasta ese momento que le prestaron un celular. ***“No me dejaban hablar con mis papás, yo me sentía insegura porque no sabía qué era lo que estaba pasando, no sabía si mis papás sabían.”*** [...]

La madre de [la persona agraviada C] acudió a hablar con la trabajadora social, a quien le hizo saber que no le habían realizado ningún procedimiento a su hija, pese a que llevaba más de 24 horas hospitalizada. Además de que no le habían permitido tener contacto con ella. Personal del hospital, trataron que la señora [madre de la agraviada C] firmara un documento para que [la persona agraviada C] fuera cambiada de Hospital, argumentando que su familiar se encontraba inquieta. La [madre de la persona agraviada C] se negó, manifestando que si había una consecuencia de lo que me habían administrado, el Hospital se tenía que hacer responsable.

Cuando le colocaron el aparato, el doctor le refirió que el bebé se encontraba con vida, pues aún se escuchaba la frecuencia cardiaca, la cual era baja. El médico suspendió el medicamento y le colocaron suero. Al administrárselo le indicaron que era para rehidratar al bebé. Y le informaron que estaría en observación. Posteriormente fue llevada a un cuarto, hasta medio día. – ***“Desde que el doctor me dice que los latidos de mí bebé todavía se escuchan, siento miedo, enojo, desesperación, inseguridad.”***

Llegó a la habitación, la primera doctora preguntó a [la persona agraviada C] si le habían realizado algún procedimiento, [ella] respondió que no, la doctora señal[ó] que no era posible. Le llevó unas pastillas vaginales y le indico que se las tenía que poner, [la persona agraviada C] no permitió que le pusieran las pastillas, por lo cual le llevaron un documento en donde se mencionaba que se negaba a recibir el medicamento, reusándose. Por lo que la doctora y la residente, se retiraron del cuarto molestas.
[...]

[La persona agraviada C] estuvo varios días internada en el Hospital, recibiendo antibióticos en el suero; además se le realizo un ultrasonido, donde se le informó que su bebé y el líquido amniótico estaban bien; sin embargo nunca le entregaron dichos estudios. El día que [...] recibió su alta, el director acudió nuevamente a verla a la



Recomendación 3/2015

habitación quien le manifestó que cualquier cosa que se le ofreciera estaría a su disposición.

[...]

En su domicilio estuvo en reposo, presentó malestar físico y perdió el apetito. El 31 de julio de 2009, por la tarde comenzó a sentirse mal, presentando nuevamente sangrado y fue llevada al área de Urgencias del Hospital Gineco-Obstetricia Centro Médico La Raza. Al ingresarla, y después de la revisión médica, le indicaron que se le había roto la fuente, y los latidos del bebé eran bajos, que el bebé estaba muy pequeño, sin darle expectativas de supervivencia. Le pusieron la bata, le solicitaron sus datos, le administraron suero y antibiótico por alguna infección que presentara. A media noche, comenzó a sentir dolores, [ella] les hizo saber que sentía movimiento, señalando que el bebé se desplazó hacia abajo, le realizaron el tacto. La pasaron al quirófano para practicarle un aborto.

[...]

Conclusión

Es importante aclarar que la presente Valoración Psicosocial es un análisis de los síntomas que presenta [...] [nombre de la persona agraviada C] y su entorno en relación con los eventos traumáticos que sufrió a partir de la inadecuada práctica médica que recibió en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por lo tanto se concluye lo siguiente:

Después de haber transcurrido los hechos y de acuerdo a la valoración psicosocial se pudo observar que la situación emocional de [la persona agraviada C], está estrechamente relacionada con los eventos de violencia obstétrica. Actualmente perdura una percepción de inseguridad con los servicios de atención médica. Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [la persona agraviada C], están directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja [...].

[La persona agraviada C] tuvo una alteración en su proyecto de vida, respecto a su maternidad. Lo anterior provocando efectos negativos, en sus esferas de desenvolvimiento a nivel personal, familiar y social. En cuanto a los antecedentes personales y de personalidad de [la persona agraviada C], que influyen para que no se pueda considerar un diagnóstico más específico, se encuentran el que cuenta con recursos emocionales que le han permitido desarrollar mecanismos de afrontamiento y resilientes, aunado que cuenta con el apoyo de sus padres y pareja quienes han representado un referente de seguridad y de apoyo; además que el tiempo transcurrido ha sido un factor en la evolución actual; así como el grado de estudios, donde el acceso de la información favorece la búsqueda de alternativas para el mejoramiento emocional como un factor protector para ella. Además el hecho de denunciar y su búsqueda de justicia la ha llevado a recurrir a instancias que han coadyuvado en la activación de mecanismos personales necesarios en la defensa de sus derechos humanos. Todo lo anterior le ha permitido resignificar la experiencia.



Caso D. Expediente CDHUN/III/122/GAM/11/D7187

24. Copia de la receta individual de medicamentos de fecha 31 de julio de 2011 suscrita por el médico Rubén Montañez Ávila adscrito al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepec, el cual obra en el expediente clínico de la persona agraviada D, la cual contiene la siguiente información:



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Secretaría de Salud del Distrito Federal.

RECETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS						Folio C	
						Fecha: 31 07 11 DÍA MES AÑO	
UNIDAD MÉDICA: HMI Cuauhtepec							
NOMBRE DEL PACIENTE						Expediente N°	
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)	
						Edad: 21	
						Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
DIRECCIÓN						TELÉFONO	
DIAGNÓSTICO: Emb. 3SSPRxFLR + APP.							
MEDICAMENTO 1: Indocil tab 100mg						CANTIDAD RECETADA	
MODO DE USO 1: Coloca 1 cada 12 hrs vía rectal x 2 días							
MEDICAMENTO 2:						CANTIDAD RECETADA	
MODO DE USO 2:							
MEDICAMENTO 3:						CANTIDAD RECETADA	
MODO DE USO 3:							
NOMBRE COMPLETO, FIRMA DEL MÉDICO Y CÉDULA PROFESIONAL: Rubén Montañez Ávila							
OBSERVACIONES Y COMENTARIOS: * Guardar reposo absoluto en cama. No actividades bruscas						SELLO DE LA INSTITUCIÓN (NO USAR TINTA NEGRA).	



25. Copia del consentimiento informado de fecha 6 de agosto de 2011, el cual obra en el expediente clínico de la persona agraviada D, en el cual se observa la siguiente información:

Ciudad México | **Secretaría de Salud**
Capital en Movimiento | *Al Fondo de la Salud*

Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento

UNIDAD MEDICA: Hall C CLAVE: 413

México, D.F., a 6 de agosto de 11

C.DR. Mari Tere
 DIRECTOR DEL HOSPITAL
 P R E S E N T E.

El que suscribe [REDACTED], por medio del presente, (NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE)
 me permito hacer de su conocimiento que he sido debidamente informado (a) por facultativos responsables de este Hospital, que para diagnosticar o confirmar la enfermedad que padezco y en su caso prescribir el tratamiento respectivo es necesario aplicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos según convenga.

Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales he comprendido con suma claridad, así como el contenido del Art. 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice:

"En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnósticos, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables". No obstante ello, desearé informarle que **ACEPTO** con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi **CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a los médicos de este Hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiéndolo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE _____
 DIRECCION Y TELEFONO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE _____
 DIRECCION Y TELEFONO _____

TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA _____
 DIRECCION Y TELEFONO _____
 PARENTESCO O RELACION _____

TESTIGO 2 NOMBRE Y FIRMA _____
 DIRECCION Y TELEFONO _____
 PARENTESCO O RELACION _____

ELABORAR EN ORIGINAL Y 1 COPIA

ORIGINAL UNIDAD MEDICA (EXPEDIENTE CLINICO)
 COPIA PACIENTE O RESPONSABLE

HUELLA DIGITAL

ECHA-16-1

090016

26. Oficio número D2226/12 de fecha 02 de noviembre de 2012, suscrito por el Doctor Luis Antonio Martínez Estrada Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac, en el que se informó lo siguiente:

- [...]
1. En el Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, no obra en los registros de la libreta de registro de admisión, el que la paciente haya sido atendida en ese nosocomio a las 10



Recomendación 3/2015

am del día 31 de julio de 2012 [sic]. Si se tiene datos de la atención de dicho a [sic] las 12:35 horas según consta en la hoja de atención médica del servicio de urgencias elaborada por el Dr. Rubén Ávila Montañez quien en su nota refiere a la exploración física: Útero gestante, Frecuencia Cardíaca Fetal de 140 x', libre, cefálico, dorso a la derecha, a la exploración vaginal con flujo transvaginal fétido, dilatación cero, y borramiento cero. Se le dan indicaciones de alarma obstétrica y cita abierta a urgencias; en la hoja de atención médica la paciente firma de enterada de su diagnóstico médico y de haber recibido datos de alarma, haber escuchado los latidos fetales de su bebé, atención médica y [sic]

2. Paciente la cual ingresa por el área de urgencias a las 21:30 hrs con diagnóstico de Embarazo de 39 SDG x USG Trabajo de Parto en fase activa. Primigesta. A la exploración física maniobras de Leopold Frecuencia cardíaca fetal de 160 x', Dorso a la derecha, situación longitudinal, presentación cefálica, al tacto vaginal con cérvix central, 6 centímetros de dilatación, y 80 de borramiento. Valorada en este momento por el médico General, pasa al área de Tococirugia una vez que existe lugar para poder ingresarla a ella, es decir el Hospital cuenta con 6 camas, que conforme van desocupándose van ingresando las pacientes a dicha área.

A las 23:15 hrs. Se ingresa a la UTQ con signos vitales tensión arterial 120/80mm de Hg, Frecuencia cardíaca 70x' Frecuencia respiratoria 20' temperatura 36. Valorada por el Gineco-obstetra en Turno la Dra. Olivia Nieto Delgado, cuyo análisis es el siguientes [sic], Paciente con embarazo de término por Ultrasonografía, pero clínicamente menor con probable peso bajo o retraso en el crecimiento, con datos de baja reserva fetal, disminución de la frecuencia cardíaca hasta 95', durante la contracción. Plan INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO X VÍA AMDOMINAL.

La Dra. Olivia Nieto Delgado en nota agregada, menciona paciente poco o nada cooperadora, se le informa que él [sic] bebé puede morir si no se opera y la paciente dice que no le importa.

3. EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC en las notas que obran por parte del Servicio de Pediatría, en ninguna nota se refiere de la luxación de cadera.

4. Se anexa tabla del personal Médico y de Enfermería que atendió a la agraviada durante su estancia en el Hospital:

NOMBRE	CARGO
Dr. Rubén Montañez Ávila	MÉDICO GENERAL
Dra. Olivia Nieto Delgado	MÉDICO GINECO-OBSTETRA
Dr. José Luis Cisneros Santín	MÉDICO GENERAL
Dra. María Leticia Reséndiz Hernández	MÉDICA ANESTESIOLOGA
Dr. Ernesto Mejía Olvera	MÉDICO GINECO-OBSTETRA
Dr. Raúl García Vázquez	MÉDICO PEDIATRA
Dra. Paula Santiago Martínez	MÉDICO PEDIATRA
31 de Julio de 2011	
TURNO NOCTURNO	
GREGORIA HERNÁNDEZ	ENFERMERA
01 DE AGOSTO DE 2011	
TURNO MATUTINO	
ELIZABET CEBALLOS	ENFERMERA



Recomendación 3/2015

HURTADO	
ALEJANDRA MUNGU[I]A HIDALGO	ENFERMERA
TURNO VESPERTINO	
MARÍA LETICIA GARC[I]A ROFIRGUEZ [sic]	ENFERMERA
TURNO NOCTURNO	
NOMBRE NO LEGIBLE	
2 DE AGOSTO DEL 2011	
TURNO MATUTINO	
LAURA AVALOS MART[I]NEZ	ENFERMERA
TURNO VESPERTINO	
MARÍA LETICIA GARC[I]A RODR[I]GUEZ	ENFERMERA
NADIA IVONNE BARRIOS VALENCIA	ENFERMERA
TURNO NOCTURNO	
CLAUDIA JIM[É]NEZ P[É]REZ	ENFERMERA
03 DE AGOSTO DE 2011	
TURNO MATUTINO	
ALEJANDRA MUNGU[I]A HIDALGO	ENFERMERA
ELIZABETH CABALLOS HIDALGO	ENFERMERA
QUIR[Ó]FANO	
01 DE AGOSTO DE 2011	
TURNO NOCTURNO	
LIDIA C.	ESTUDIANTE DE ENFERMER[I]A
JUANA CASTALEADA LONGINES	ENFERMERA
TUNO MATUTINO	
JULIETA P[É]REZ	ESTUDIANTE DE ENFERMER[I]A.

[...]

27. Dictamen psicológico de fecha 12 de abril de 2013, suscrita por personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en el que consta lo siguiente:

[...] En síntesis, el impacto de las violaciones a derechos humanos puede verse desde tres perspectivas teniendo en cuenta tres tipos de explicaciones de base o metáforas. Estas son, trauma, crisis y duelo. Como experiencias traumáticas, dichas violaciones pueden verse como el impacto de una herida o trauma que supone una fractura en la vida de la gente. Como experiencias estresantes y extremas, pueden analizarse como situaciones límite que ponen en tensión todos nuestros recursos personales o colectivos para tatar de enfrentarlas. Pero también el impacto de las violaciones puede verse como



Recomendación 3/2015

un proceso de duelo, es decir, de cómo las personas enfrentamos las pérdidas de seres queridos o vínculos significativos [...]

[...] En este sentido, tomando en cuenta, la entrevista clínica (semiestructurada, estructura y de tribuna libre) las pruebas psicométricas y el interrogatorio clínico podemos decir que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada D] presenta las siguientes secuelas psicológicas vinculadas a los hechos de queja:

- a) Trastorno por estrés postraumático crónico
- b) Depresión de intensidad leve, es posible que presente episodios depresivos
- c) Afectaciones significativas en los modales interaccionales del C.A.S.I.C. En especial los modales: conductual afectivo y cognitivo [...]

28. Opinión médica de fecha 17 de abril de 2013, suscrita un médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en el cual consta la siguiente información:

[...]
ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Se trata de [...] [Nombre de la persona agraviada D] paciente femenina quien acude a valoración de su trabajo de parto al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, en donde es ingresada, sin embargo durante su estancia presentó datos de sufrimiento fetal, por lo que se decidió practicar una operación cesárea obteniendo una recién nacida [...] con datos de asfixia. Por tal motivo se refiere a [...] [recién nacida] al Hospital Pediátrico Iztacalco, en donde ha sido valorada desde entonces. Por lo que se realiza la siguiente discusión:

En este primer punto es necesario valorar si la atención al trabajo de parto que se le brindó a la paciente fue de acuerdo a lo mencionado en la literatura médica. En ese sentido se encuentra en el expediente clínico una receta a nombre de la paciente, es la receta con el folio [...] del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, con un medicamento que es Indometacina. Dicho medicamento se utiliza generalmente en los protocolos de parto pre término, esto es antes de las 30 semanas de gestación. Esta receta se le extiende a la paciente justo el día en que presenta el trabajo de parto de un producto a término.

En las copias certificadas del expediente clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no se encontró la nota médica asociada dicha receta. Solo se observó, en la receta anteriormente mencionada, una impresión diagnóstica de un embarazo de 35.5 semanas de gestación, sin embargo; posteriormente se observa que la paciente se encontraba con un embarazo a término.

Lo anterior implica una valoración deficiente por parte del médico del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc que elaboró dicha receta ya que no se conocen las condiciones clínicas ni de laboratorio y/o gabinete en las que se encontraba la paciente y, por ende, la justificación del diagnóstico y tratamiento descritos en la receta anteriormente mencionada. Dicha receta no menciona si fue elaborada por el servicio de Consulta Externa o por el Servicio de Urgencias, sin embargo en ambos casos, al no contar con la nota médica correspondiente a dicha receta no se llevó a cabo lo estipulado en la elaboración del expediente clínico tal como lo señala Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Ahora bien, la paciente ingresa al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc a las 21:30 horas. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; en su numeral 5.4.1.1, menciona que a toda mujer que



Recomendación 3/2015

ingrese a atención del trabajo de parto se le debe realizar un partograma¹⁴. En el numeral 5.4.2.1 de la norma anteriormente mencionada refiere que se debe vigilar y registrar la contractilidad uterina al menos cada 30 minutos¹⁵. En el expediente clínico certificado del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc no se encuentra el partograma y tampoco existe constancia que se haya realizado la vigilancia y el registro de la contractilidad uterina o se haya tomado la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos.

Lo señalado en los párrafos anteriores es de importancia ya que cuando la paciente ingresa al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc se registra una frecuencia cardíaca fetal de 169 latidos por minuto. La frecuencia cardíaca normal en un feto se encuentra en el rango de 120 a 160 latidos por minuto en nivel basal, un incremento por arriba de 160 latidos por minuto se considera taquicardia fetal; ahora bien, la taquicardia fetal puede deberse a muchas causas y [é]stas junto con los patrones de frecuencia cardíaca fetal deben ser evaluados (frecuencia, ritmo, intensidad, variabilidad entre latidos y la variabilidad a largo plazo, presencia de ascensos y descensos transitorios, escuchar la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción); esto con el fin de reconocer si se encuentra ante una frecuencia cardíaca fetal normal o anormal^{16, 17, 18}. Lo anterior no se apegó a lo establecido en la literatura médica.

Ahora bien, a su ingreso la paciente presentó una frecuencia cardíaca fetal de 169 latidos por minuto a las 21:30 horas del día 31 de julio de 2011. En el expediente clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, no se encuentra evidencia, [...], de que se investigara la causa de la taquicardia fetal. Tampoco se encuentra evidencia de los registros posteriores de la frecuencia cardíaca fetal como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. El siguiente registro de la frecuencia cardíaca fetal es a las 23:15 horas en donde se observa una frecuencia cardíaca fetal de 170 latidos por minuto con descensos de hasta 90 latidos por minuto.

A las 23:25 horas del día antes mencionado, se observa una nota médica en donde se menciona que la paciente es poco cooperadora y que se le informa que el beb[é] puede morir si no se coopera, y a la paciente no le importa. Sin embargo no se explica si la paciente se niega específicamente a la operación cesárea, lo anterior debido a que en el expediente clínico se encuentra una hoja de Consentimiento Informado para Procedimiento y Tratamiento sin el nombre o la firma de la paciente, en dicha hoja solo se encuentra el nombre del familiar responsable de la paciente [...].

Lo descrito en el párrafo anterior es de suma importancia ya que esta hoja de consentimiento informado trae implícita la comunicación necesaria entre m[é]dico, la paciente y/o sus familiares en donde se explica la necesidad del ingreso hospitalario y las probables complicaciones así como las acciones a seguir.¹⁹ Al no tener el Consentimiento Informado la firma de la paciente, se desconoce cómo fue la comunicación entre el médico y la paciente.

¹⁴ Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de Salud, http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/es/index.html, menciona que: (...) El partograma actual está diseñado para monitorizar no solo la evolución del trabajo de parto, sino también a la madre y al feto durante el trabajo de parto. El partograma incluye diferentes variables (frecuencia cardíaca fetal, dilatación del cuello uterino, contracciones y frecuencia de pulso de la madre) representadas gráficamente en un papel impreso. Los datos representados gráficamente permiten al profesional de la salud actuante identificar los desvíos tempranos en los parámetros representados de los valores normales y tomar decisiones en cuanto a la intervención directa o la derivación del paciente. (...)

¹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, menciona lo siguiente: 5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma; (...) 5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

¹⁶ Gary Cunningham y cols, en su *Williams Obstetrica*, Editorial Médica Panamericana, 21 edición, México 2004, pp. 287-297.

¹⁷ Torres Torija Luis Espinosa, *Parto: Mecanismo, Clínica y Atención*, Editorial Manual Moderno, México 2009, pp. 49-62

¹⁸ Gomilla y cols, en su *Neonatología*, Editorial Médica panamericana, quinta edición, tercera reimpresión, Argentina 2009, pp. 3-6.

¹⁹ Torres Torija Luis Espinosa, *Parto: Mecanismo, Clínica y Atención*, Editorial Manual Moderno, México 2009, pp. 152-153.

Recomendación 3/2015

En ese sentido, se observa en una nota de enfermería en donde se describe que la paciente ingresa a quirófano a las 23:30 horas, la hora de nacimiento se reporta a las 00:05 horas del día 01 de agosto de 2011. Esto es 45 minutos después de haber detectado baja reserva fetal y desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal. No se encuentra en las copias certificadas del expediente clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc cuáles fueron las acciones médicas implementadas posterior a la toma de la decisión de interrupción por vía abdominal.

Ahora bien, cuando se obtiene al recién nacido, el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no cuenta con los servicios de laboratorio ni de rayos x necesarios para el diagnóstico, control y seguimiento del paciente. Lo anterior es de importancia ya que el paciente presentó, de acuerdo al Hospital pediátrico Iztacalco, encefalopatía hipóxica isquémica. Dicha patología es secundaria a la falta de oxígeno a nivel cerebral. Dicha falta de oxígeno o asfixia perinatal tendrá diversas formas de presentación, dependiendo del tiempo de duración de la asfixia y a los cambios bioquímicos secundarios a la misma. Estas alteraciones bioquímicas son importantes para realizar el diagnóstico y tratamiento.^{20,21,22}

Se desconoce cuánto tiempo después se le tomaron los estudios requeridos para su evaluación clínica. En el expediente no se encuentra asentado por qué si desde las 00:05 horas se sugirió el traslado a una unidad médica que contara con Terapia Neonatal, [é]ste se dio hasta las 20:30 horas.

Por lo mencionado anteriormente tenemos que la atención brindada a [la recién nacida] en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no fue oportuna. El útero bicornue no influye en las complicaciones post parto.²³

Posterior a su egreso la recién nacida continuó en el servicio de Rehabilitación por consulta externa del Hospital Pediátrico de Iztacalco. En este sentido es importante mencionar que es lo que dice la literatura médica respecto al pronóstico de los recién nacidos con problemas de encefalopatía hipóxica isquémica (en adelante EHI).

La literatura menciona que los recién nacidos que hayan sobrevivido a EHI moderada (como es el caso) o severa se les debe dar seguimiento, sin importar que no presenten anomalías aparentes al egreso, ya que se ha encontrado que un 15% desarrollara parálisis cerebral, la cual se hará evidente entre el año y la edad escolar. Por lo tanto se sugiere valoración pediátrica por lo menos hasta la edad escolar, así como también se recomienda la estimulación temprana y la rehabilitación, así como valoración por el servicio de oftalmología, valoración auditiva por medio de los potenciales evocados y otros estudios dependiendo de la evolución clínica.^{24,25,26}

Por lo anterior se llegan a las siguientes:

CONCLUSIONES

De acuerdo a los planteamientos del problema, al análisis de lo referido en la bibliografía y en el expediente clínico se llega a las siguientes conclusiones:

²⁰ López Argüello J Ulises, Actualidades en la encefalopatía hipóxica-isquémica, publicado en Nuevos Horizontes en la Restauración Neurológica, Vol. 2 No.2 Julio-Diciembre 2003, pp. 133-136.

²¹ Secretaría de Salud, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica Isquémica en el Recién Nacido, México: Secretaría de Salud 2010.

²² Moncayo Alva E, Lam García A; Encefalopatía hipóxica isquémica perinatal, Revista Mexicana de Neurocirugía, (4) 3: 143-149.

²³ Reece y cols, Obstetricia Clínica, tercera edición, editorial Médica Panamericana, Argentina 2010, pp. 150.

²⁴ Secretaría de Salud, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica Isquémica en el Recién Nacido, México: Secretaría de Salud 2010.

²⁵ Robaina Castellanos Gerardo y cols, Valor predictor de secuelas neurológicas del examen neurológico y el ultrasonido cerebral en neonatos asfícticos, Rev Cubana Obstet Ginecol v.32 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2006.

²⁶ Cabero L y cols, Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Editorial Médica Panamericana, Primera edición, Buenos Aires, Madrid, 2007, 1191-1197.

Recomendación 3/2015

1. Del análisis de la información, la cual fue discutida en los apartados anteriores se encuentra que la atención médica brindada a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada D] por parte del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc presentó las siguientes deficiencias:

El día de su trabajo de parto, esto es el día 31 de julio de 2011, se encontró una receta en donde se hace constar un diagnóstico erróneo, se le da tratamiento para detener un trabajo de parto el cual se encontraba a término. Se desconoce cómo se llegó a dicho diagnóstico debido a que en el expediente clínico no se encuentra nota médica alguna que justifique dicho diagnóstico. Por lo cual el expediente clínico no se ajusta a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. No hay nota médica que respalde el diagnóstico emitido en la receta con el folio C 219887.

Cuando finalmente ingresa la paciente al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, esto es a las 21:30 horas del día 31 de julio de 2011, se observa una frecuencia cardíaca fetal de 169 latidos por minuto, lo que médicamente se consideraría taquicardia fetal y la misma puede ser secundaria a múltiples causas.

No se encontró en el expediente clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc constancia de que se haya estado monitorizando a la paciente cada 30 minutos; tampoco se encontró partograma. Lo anterior no cumple con los numerales 5.4.1.1 y 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Al no cumplir con los puntos anteriormente mencionados, no se brindó la atención integral a la paciente, esto es el diagnóstico y tratamiento oportuno. Ya que, desde el ingreso de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada D] (21:30 horas del 31 de julio de 2011) se tenían datos clínicos sugestivos de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (taquicardia fetal) y aun así no existe constancia de que en el expediente clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, se registrara la frecuencia cardíaca fetal. A las 23:15 horas del 31 de julio de 2011 se sigue detectando taquicardia fetal, pero ya asociada a desaceleraciones cardíacas. La conducta a seguir se encuentra descrita tanto en la normatividad como en la literatura médica, y [é]sta no se llevó a cabo.

Por lo que, de acuerdo al expediente clínico, se puede entender que la taquicardia fetal estuvo presente desde el ingreso de [...] [Nombre de la persona agraviada D], pero al no ser monitorizada, ni haber estudiado el porqué de esta anomalía en la frecuencia cardíaca fetal; esto permite la falta de oxigenación al cerebro del producto lo que de acuerdo a la fisiopatología, esta asfixia provoca la aspiración de meconio por parte del feto^{27,28} dicha aspiración de meconio es un factor que produce la encefalopatía hipóxico isquémica, así como la baja calificación de Apgar que presentó el producto.

Cuando se detectan alteraciones importantes en la frecuencia cardíaca fetal, así como datos de baja reserva fetal y se toma la decisión de intervenir en una operación cesárea transcurren 45 minutos para el nacimiento del producto. No se encontró en el expediente clínico, cuáles fueron las acciones médicas llevadas a cabo para resolver dicha eventualidad.

Con base en lo anterior se concluye que: la atención médica brindada por el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada D] no fue adecuada, no fue oportuna y no se apegó a lo establecido en la literatura médica.

²⁷ Ruza F; Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos, Volumen I, tercera edición, Ediciones Norma Capitel, España 2002; pp. 842-846.

²⁸ Reece y cols, Obstetricia Clínica, tercera edición, editorial Médica Panamericana, Argentina 2010, pp. 1239.



Recomendación 3/2015

2. La recién nacida, [...] [apellidos de la persona recién nacida D], cuando nació necesitó reanimación avanzada con laringoscopia (Es un examen dentro de la laringe, se observan las cuerdas vocales) y presión positiva (de oxígeno, por la ausencia de automatismo respiratorio) hasta que presenta esfuerzo respiratorio. Desde su ingreso a las 21:30 horas, el producto presentó datos sugestivos de anomalía en la frecuencia cardíaca fetal posteriormente, a las 23:15 horas, se observaron desaceleraciones importantes en la frecuencia cardíaca fetal.

Debido a la falta de monitorización clínica se puede mencionar que dicha omisión impidió determinar la correcta evolución clínica de [...] [apellidos de la persona recién nacida D]. Por lo tanto, al no existir una valoración médica oportuna y adecuada esto coadyuva en la evolución tórpida del trabajo de parto, así como en la depresión respiratoria y el síndrome de aspiración de meconio que presentó la menor [sic]. Si a lo anterior agregamos que, a pesar de haberla estabilizado en primera instancia, el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no contaba con los servicios de laboratorio y gabinete requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la menor [sic].

Agregado a lo anterior, también mencionar que desde las 00:05 horas del primero de agosto de 2011 se solicitó el traslado de la paciente a Terapia Neonatal y que dicho traslado se realizó a las 20:30 horas del mismo día. Por todo lo anteriormente expuesto, se concluye que la atención brindada a la hija de [...] [Nombre de la persona agraviada D] por el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no fue adecuada, ni oportuna y que esto puso en riesgo su salud al encontrarse en un Hospital que no realizó una monitorización adecuada intraparto y no contaba con lo básico para su atención posterior al nacimiento.

3. De acuerdo a la literatura médica consultada, las secuelas pueden ser diversas, por lo que es importante realizar un seguimiento de la hija de [...] [Nombre de la persona agraviada D], por lo menos hasta la edad escolar, para poder afirmar que efectivamente no se presentaron secuelas.

En este caso y, de lo descrito anteriormente, se puede decir que la falta de una evaluación adecuada del trabajo de parto de la paciente impidió brindarle todas las oportunidades diagnóstico terapéuticas a la agraviada y a su hija. Lo cual trajo como consecuencia un retraso en la detección de la baja reserva fetal así como en el tratamiento de la misma, por lo que se considera que al no realizar a lo que médicamente estaban obligados, existe responsabilidad por parte de los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc ya que no se ajustaron a lo establecido en la literatura médica, con el resultado ya descrito.

4. El Consentimiento Informado no se encuentra firmado por la paciente, solo por su familiar. Se desconoce cuál es la razón de esto, ya que dicho documento además de ser requerido por normatividad en el expediente clínico ante la realización de algún procedimiento, también es un documento que habla de la comunicación que existe entre el médico para con el paciente y va encaminado a tranquilizarlo y beneficiarlo. En este caso, se puede inferir un problema de mala comunicación, debido a que los médicos tratantes creen que existe un rechazo a la recién nacida por parte de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada D] sin embargo Psicología refiere no detectar ningún síntoma asociado a rechazo de su bebé. Por lo que se sugiere intervención de psicología para determinar si existió comunicación entre el equipo de salud tratante y la paciente y si esto presentó repercusiones o secuelas psicológicas [...]

**Caso E. Expediente CDHDF/III/122/MC/12/D0536**

29. Oficio número 363/D/MC/12 de fecha 8 de marzo del 2012, suscrito por la Doctora Guadalupe Alejandra Santillán Muñoz, Encargada de la Dirección del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, mediante el cual informa lo siguiente:

[...]

La C. [...] [Nombre de la persona agraviada E] fue recibida en esa unidad el 16/12/11, con Referencia del centro de salud T1, de Nicolás Totolapan con fecha 15/12/11 y referida a Hospital Materno- Pediátrico Xochimilco. En la referencia se encuentra registrada TA 110/70, peso: 61.5 kg, talla: 142 cm.

[...]

Embarazo de 35 semanas con frecuencia cardiaca fetal 135 latidos por minuto. Sin impresión diagnóstica únicamente se anota para "Valoración y Atención de parto".

[...]

No existe diagnóstico específico. Se anexan exámenes de laboratorio del día 06 de octubre del 2011 > grupo y RH 0 positivo, glucosa 81mg/dl, VDRL negativo. EGO normal. Ultrasonido en gabinete particular con fecha del 6 de diciembre del 2011, con impresión diagnóstica: Embarazo con producto único 34.3 semanas de gestación, de características normales.

[...]

La C. [...] [Nombre de la persona agraviada E] se valora en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, el 16 de diciembre del 2011, en consulta externa por primera vez.

[...]

El día 3 de Enero del 2012, acude a consulta externa a cita subsecuente, se recibe en consulta externa de ginecoobstetricia (*no se encontró nota de registro al decir del médico Dr. Bernardo Fernández Salazar, quien valoró a la paciente*)

[...]

De acuerdo a la nota "Hoja Diaria de Consulta Externa" del 3 de Enero del 2012, en la cual se encontró anotado Talla de 138 cm. Peso de 60.4 kg con diagnóstico de embarazo de 38.3 semanas de gestión sin trabajo de parto (TP), refiere el Dr. Bernardo Fernández Salazar que valoró a la paciente y que la encontró sin signos de alarma. Auscultándose con Pinard, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minutos, la program[ó] para cesárea **y se le pone método definitivo de fertilidad**, explicándose ventajas y desventajas, sin estar convencida en su totalidad la paciente y con el "respeto que merece". [Negrillas fuera de texto original]

[...]

El día 4 de Enero del 2012, a las 7:10 horas de acuerdo a registro de libreta de admisión, se prepara para cesárea y pasa a la unidad toco quirúrgica a la 08:40 hora.

[...]

Al decir del médico, la paciente referida al ser revisada por personal becario (residentes e Internos) le comentan auscultar frecuencia cardiaca fetal, ni con detector de latidos cardiacos, por lo que realiza personalmente rastreo con ultrasonido ubicado en la unidad toco quirúrgica, percatándose que no se visualizaba actividad cardiaca, por lo que avisaba a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada E], de que no existe actividad, [...] y la envía al servicio de ultrasonografía para realización de ultrasonido completo. La Dr[a]. Rojas Campos Yeshica Citlalli quien efectúa el estudio a las 9:35 hrs, con doppler poder y doppler color, reporta en su informe sin evidencias de actividad cardiaca, con una fotometría 27.6 semanas de edad estacional.



Recomendación 3/2015

[...]

Se observa cabalgamiento importante de huesos craneales, pérdida de la actitud fetal, ausencia de movimientos fetales, presencia de gas intraabdominal, así como los datos de edema subcutáneo Placenta GIII de maduración, líquido amniótico disminuido en forma cualitativa.

[...]

El día 4/01/2012 en el turno vespertino se continua el proceso de Conducción de trabajo de parto, en nota médica vespertina a cargo del Dr. Gerardo Pérez Amaro, con fecha del día antes mencionado refiere recibir paciente con embarazo de 38 semanas de gestión con producto óbito, inducción de parto con misoprostol, tacto vaginal con borramiento del cien por ciento y dilatación de 3 centímetros. Comentario por el momento estable y con actividad uterina regular, plan Vigilancia.

[...]

Se detecta hipertensión Arterial de la Paciente 180/110 mm Hg, durante el procedimiento de expulsión y durante el evento trans anestésico, revirtiendo posteriormente. La expulsión del producto refiere el Dr. Pérez ocurrió a las 15:35 horas en la sala de legrados se realiz[ó] bajo sedación anestésica, refiere que como médico responsable de la unidad tocoquir[ú]rgica no detect[ó] maltrato a las pacientes a su cargo y que la paciente no solicit[ó] ver el producto, sea anexa información por escrito del Dr. Gerardo Pérez Amaro.

[...]

30. Opinión Médica de fecha 28 de diciembre del 2012, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

El 3 de enero del 2012, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] acudió a la Consulta Externa del HMIMC, donde fue atendida. Se reportó una talla de 138 centímetros, peso de 60.4 kilogramos, se emitió el diagnóstico de 38.3 semanas de gestación sin trabajo de parto, no se encontraron signos de alarma, se auscultó la frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto. Se programó para cesárea y se le propuso método de planificación familiar definitivo.

[...]

A las 9:00 horas del 4 de enero del 2012 se reportó en la nota de ingreso del Servicio de Urgencias Toco-quirúrgicas del HMIMC, que la paciente presentaba embarazo de 38.1 semanas de gestación por fecha de última regla y 39 semanas por ultrasonido traspolado del 3 de diciembre del 2011, se reportaron los antecedentes de control prenatal en Centro de Salud, donde se diagnosticó infección de vías urinarias y cervicovaginitis en el segundo trimestre de embarazo, recibió tratamiento no especificado. Refiere la nota que acudió para ser programada para cesárea por desproporción cefalopélvica, se agregó que la paciente estaba asintomática sin embargo presentaba dolor abdominal ocasional de moderada intensidad y no percibía movimientos fetales desde hace 2 semanas aproximadamente.

[...]

A la exploración física presentó buenas condiciones generales, consiente, orientada. El abdomen se reportó globoso a expensas de útero grávido con fondo uterino de 27 centímetros con producto longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, con frecuencia cardiaca fetal no valorable y no se percibían movimientos fetales. El tacto vaginal se

Recomendación 3/2015

reportó con cérvix posterior centrado, blando y formado. Se solicitó ultrasonido obstétrico para valorar la vitalidad fetal y la edad gestacional.

[...]

A las 9:35 horas del 4 de enero del 2012, se realizó ultrasonido obstétrico a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E], que reportó lo siguiente:

Útero aumentado de tamaño con ecogenicidad conservada, en su interior se observa presencia de producto único, con presentación cefálica y situación longitudinal, se observa importante cabalgamiento de huesos craneales, así como pérdida de la actitud fetal, ausencia de movimientos fetales durante la realización del estudio, presencia de gas intraabdominal, así como datos de edema subcutáneo, no se identifica frecuencia cardíaca ni aún con la aplicación de doppler poder. Longitud femoral de 52 milímetros que promedia 27.6 semanas de gestación. Placenta corporal anterior grado III de maduración. Líquido amniótico disminuido en forma cualitativa.

Conclusión: Datos en relación con producto óbito de 27.6 semanas de gestación, realizar correlación clínica. No se evidencia frecuencia cardíaca ni aún con la aplicación de doppler poder.

[...]

Por el resultado del ultrasonido, se decidió iniciar trabajo de parto, esquema antibiótico, para disminuir el riesgo de infección, así mismo el riesgo de morbilidad materna.

[...]

A las 15:35 horas del 4 de enero del 2012, se atendió parto donde se obtuvo producto macerado masculino muerto de 2240 gramos, posterior al alumbramiento, se realizó revisión de la cavidad uterina y revisión del canal vaginal reportando un desgarro de primer grado el cual se suturó. Se reportó que la paciente tuvo elevación de las cifras de la presión arterial sin embargo las mismas se controlaron. La paciente salió de la sala de expulsión con buenas condiciones generales.

[...]

El 5 de enero del 2012 a las 8:10 horas se reportó adecuada evolución de la paciente por lo que se decidió su egreso.

[...]

DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL

La defunción fetal (feto mortinato) es definida por la Organización Mundial de la Salud como la muerte de un producto de concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración de embarazo. Según la edad gestacional debe ser a partir de la semana 22 de gestación o por un peso mayor a 500 gramos al momento de nacer.

[...]

Los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de muerte fetal son:

Ausencia de movimientos fetales.

Ausencia de crecimiento uterino.

Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

[...]

Otros datos que pueden orientar al diagnóstico son retraso en el crecimiento fetal, regresión del tamaño de los senos, malestar general, secreción vaginal sanguinolenta o acuosa, mal sabor de boca.

[...]

Aunque la demostración de la actividad cardíaca es el hallazgo individual más importante para confirmar vitalidad o muerte fetal, resulta necesario realizar un estudio completo que incluya todos los signos de óbito fetal, con el fin de reafirmar el

Recomendación 3/2015

diagnóstico y estimar el tiempo transcurrido desde la muerte como el ultrasonido obstétrico. A continuación se describirán los signos de muerte fetal ultrasonográfica, para poder distinguir los signos que se presentan cuando el feto tiene menos o más de 2 días de muerto.

[...]

Signos de muerte fetal

Ausencia de actividad cardíaca: es el signo de mayor importancia.

Signos precoces (menos de 2 días de óbito).

Colapso parcial o total de las cavidades cardíacas ventriculares.

Falta de pulsatilidad en vasos sistémicos fetales como aorta, arterias cerebrales y también en el cordón umbilical.

[...]

Signos de duración intermedia (aparece a los 2 a 4 días desde el óbito).

Halo pericefálico: separación del plano epidérmico en la cabeza ósea fetal.

[...]

Signos tardíos (desde la segunda semana).

Edema subcutáneo torácico y abdominal.

Caída del maxilar inferior o signo de la boca abierta.

Líquido periencefálico.

Cabalgamiento de huesos del cráneo.

Irregularidad cefálica con asimetría o aplanamiento.

Deformidad ocular.

Líquido en serosas (pleural, peritoneal, escrotal).

Gas visceral fetal

Desproporción corporal fetal

[...]

Por lo anterior, ante la detección de falta de movimientos fetales, ausencia de crecimiento uterino y/o ausencia de frecuencia cardíaca fetal se debe descartar la presencia de muerte fetal.

[...]

El diagnóstico de muerte fetal, no es simple y admite la posibilidad de errores o de diagnósticos diferenciales, por lo que debe ser un diagnóstico de certeza entendiendo que, inmediatamente al mismo, se generarán eventos terapéuticos de emergencia en muchos casos y psicológicos de gran carga emocional.

[...]

MUERTE POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y NECROPSIA.

La autopsia se puede definir como el conjunto de actos científico-técnicos que contribuyen a la investigación judicial de los procedimientos incoados a consecuencia de muertes violentas o sospechosas de criminalidad, muertes en las que no se ha expedido el certificado de defunción o aquellas en las que se reclame una responsabilidad profesional sanitaria.

[...]

Si la necropsia recae sobre un recién nacido, se determinará si se trataba de un fruto viable o no; de serlo, si vivió vida extrauterina y en su caso, si murió a consecuencia de un mecanismo natural o violento.

[...]

El principal propósito de una necropsia es eliminar cualquier duda que la familia o los médicos tratantes tengan sobre la naturaleza de la enfermedad, la causa de la muerte y las condiciones coexistentes. Además, lo que se aprende a través de una necropsia puede contribuir significativamente a salvar las vidas de otros seres humanos.

Recomendación 3/2015

[...]

En cuanto a la muerte por responsabilidad médica sabemos que acontece cuando los tratamientos y los procedimientos médicos son inadecuados y ocasionan la muerte del paciente. El patólogo deberá confrontar los hallazgos anatómicos con el expediente clínico y corroborar que los médicos implicados cumplieron con los procedimientos y protocolos técnico-científicos que rigen su disciplina. Se ha incrementado en los últimos años, no porque haya aumentado los errores médicos, sino porque cada día un mayor número de personas tiene acceso a los procedimientos clínicos. En estos casos, más que sanciones penales, se espera la ayuda de la necropsia forense para determinar la responsabilidad y luego las autoridades judiciales sancionarán las indemnizaciones civiles (casi siempre de carácter económico), a que hubiere lugar.

[...]

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados para este caso, y en la literatura médica, se dan respuestas a los planteamientos del problema de este caso

[...]

-Establecer si a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] se le debió de haber diagnosticado la muerte fetal el día 3 de enero del 2012.

[...]

Para responder este cuestionamiento, menciono lo siguiente:

- La señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] acudió el 3 de enero a consulta externa en el HMIMC, para valoración obstétrica.
- Fue atendida por un médico gineco-obstetra, quien tras medir la frecuencia cardiaca fetal obtuvo 140 latidos por minuto.
- En la valoración médica del día 4 de enero del 2012 se mencionó en la nota que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] llevaba más de 2 semanas de no haber sentido movimientos fetales de forma adecuada.
- El diagnóstico de muerte fetal no es fácil y admite la posibilidad de errores.
- Ante la sospecha de falta de movimientos fetales se debe de pensar en un cuadro de muerte fetal.
- El fondo uterino reportado el día 4 de enero del 2012, era menor al de la edad gestacional.
- Los signos ultrasonográficos tardíos de muerte fetal (los que se manifiestan desde la segunda semana) que presentaba el hijo de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] fueron los siguientes: edema subcutáneo torácico y abdominal, cabalgamiento de huesos del cráneo, irregularidad cefálica con asimetría o aplanamiento.

[...]

En este caso, considero que aunque el diagnóstico de muerte fetal es difícil, el médico gineco-obstetra que revisó el día 3 de enero del 2012 a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E], debió de haberse orientado al diagnóstico de muerte fetal, tras haber interrogado a la paciente si tenía percepciones del movimiento fetal en primera instancia y en segunda instancia, al explorar a la paciente mencionando que el fondo uterino no correspondía a la edad gestacional del embarazo de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] (es decir que para las 38 semanas que tenía su fondo uterino no debió de haber medido 27 centímetros).

[...]

Es necesario agregar, que el hijo de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E], llevaba muerto dentro de ella más de 2 días, debido a que el ultrasonido que se le realizó el 4 de enero del 2012 por la médico radiólogo del HMIMC, reportó que el óbito

Recomendación 3/2015

tenía cabalgamiento de los huesos del cráneo, gas intraabdominal y edema subcutáneo, datos que sugerían que la muerte llevaba más 48 horas, por lo que el no haber realizado el diagnóstico de muerte fetal el día 3 de enero del 2012, no provocó o desencadenó algún daño físico en la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] o en su gestación, como la muerte fetal, debido a que el niño ya había fallecido antes del diagnóstico, cabe agregar que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] tuvo una buena evolución intrahospitalaria a tal grado que fue dada de alta sin complicaciones.

[...]

Por lo anterior, el diagnóstico de muerte fetal si lo debió de haber detectado el médico ginecoobstetra que revisó a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] el día 3 de enero del 2012, sin embargo el no haber realizado tal diagnóstico en este caso no provocó o desencadenó en la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] algún daño físico.

[...]

-Establecer si la muerte fetal fue a consecuencia de alguna acción u omisión médica por parte de los médicos del HMIMC.

[...]

Para dar respuesta a este planteamiento, es necesario considerar que hasta este momento, la única manera para establecer la causa real de muerte es la necropsia médico legal, por lo que para estar en condiciones de atribuir alguna responsabilidad a los médicos tratantes es indispensable la realización de la necropsia médico legal llevada a cabo bajo criterios técnicos internacionales en la materia.

[...]

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de muerte fetal si lo debió de haber detectado el médico ginecoobstetra que revisó a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada E] el día 3 de enero del 2012, en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, sin embargo el no haber realizado tal diagnóstico no provocó o desencadenó en el binomio algún daño físico, ya que el producto de la concepción ya había fallecido.

2. Para saber si la muerte fetal fue a consecuencia de alguna acción u omisión médica por parte del equipo de salud del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, es necesario la realización de la necropsia médico legal bajo criterios médicos y técnicos internacionales.

Para saber si la muerte fetal fue a consecuencia de alguna acción u omisión médica por parte del equipo de salud del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, es necesario la realización de la necropsia médico legal criterios médicos.

[...]

31. Valoración de impacto psicosocial de fecha 19 de agosto de 2014, suscrita por personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

B) Descripción de los hechos

Acudió al Centro de Salud, mostrando el ultrasonido que se había realizado; pero la doctora de mala manera le sugirió que se atendiera donde se había realizado el estudio, negándole el servicio. Después de realizar otro intento, [...] [Nombre de la persona agraviada E] comenzó a ser atendida en el mes de junio en el Centro de Salud, tenía cita cada mes. En



Recomendación 3/2015

diciembre de 2011 le dijeron que su hijo sería niño y no presentaba ningún problema de salud, quien ya se encontraba en posición para nacer. Esperando su nacimiento entre los días 15 y 19 de enero.

[...] [Nombre de la persona agraviada E] se encontró con dificultades administrativas para poder ser atendida en el Hospital Luis Cabrera, pues le referían que no había espacio, la mandaron inicialmente al Hospital de Xochimilco, donde la regresaron refiriéndole que ese nosocomio no le correspondía. Decide acudir al hospital Luis Cabrera y explicar [que] se encontraba en su 8º mes de embarazo, le dieron cita para el mes de diciembre y posteriormente para el día 2 de enero. En la última cita le refieren que la programarían para cesárea debido a su estatura pues por tener baja estatura no podía tener parto natural, el doctor que la atendió le refirió "Yo te doy un consejo, opérese, ya vas a tener una niña y un niño, ¿para qué traer hijos a sufrir al mundo? ya nada más te dedicas a gozar". Quedó agendada la cita para el día 4 de enero, debiéndose presentar en ayunas a las 7:00 a.m.

[...] [Nombre de la persona agraviada E] hizo lo que le indicaron.

El día 4 de enero del 2012 [...] [Nombre de la persona agraviada E] se presentó en el hospital para ser intervenida, entregó todos sus documentos; la comenzaron a preparar para quirófano, le hicieron la revisión del tacto, donde le dijeron que estaba pequeño su bebé, después de revisarlo diversos doctores jóvenes, llegó uno de mayor edad, quien de una manera molesta les dijo a los demás médicos que el ultrasonido no coincidía con la fecha que [...] [Nombre de la persona agraviada E] tenía de embarazo, pues aún faltaban 2 semanas, refiriendo que el bebé estaba muy pequeño y su corazón latía muy poco. Con palabras altisonantes y con prepotencia les dijo a los demás médicos: "Ya les dije que no programen para cesáreas, porque luego ¿Quién las opera?"

Una de las doctoras refirió que le hicieran un nuevo ultrasonido para corroborar como se encontraba el bebé, el doctor con actitud molesta le preguntó "¿quién te autorizó para que lo hicieras?", la doctora, le dijo que lo mandaría a hacer con otra doctora. El doctor de mayor edad le dijo a [...] [Nombre de la persona agraviada E] que era su responsabilidad, si le hacían la cesárea y su bebé salía mal, pues aún faltaban 2 semanas.

[...] [Nombre de la persona agraviada E] fue llevada con la doctora quien le realizó el ultrasonido, preguntó por la condición de su bebé, pero la doctora no le respondió, sólo le dijo: "ahorita que su doctor le explique", refiere que posteriormente se tardaron más de una hora, el doctor entraba y salía, a lo que en ese momento [...] [Nombre de la persona agraviada E] solo pensaba que la regresarían ya que le habían dicho que le faltaban 2 semanas.

Escuchó que el doctor de mayor edad le dijo a uno más joven "cuando pasan esas cosas estos se manejan así". El doctor de mayor edad se acerca a ella, con una risa en su cara que percibió en tono de burla y le dijo "señora lo siento mucho, su bebé está muerto". [...] [Nombre de la persona agraviada E] no lo creyó, preguntó si era una broma, a lo que el doctor le contestó aún en tono de burla "todavía está joven puede tener más", pero [...] [Nombre de la persona agraviada E] decidió no creerle argumentando que hasta que pudiera verlo lo creería, el doctor le comentó que su amiga se encontraba afuera y que ya se le había comentado lo que había sucedido.

[...]

Posteriormente fue llevada a sala de parto, donde solicitó a los doctores que cuando naciera su hijo le permitieran verlo y cargarlo, estos le afirmaron que así sería; mientras la doctora solo se basaba en regañar a [...] [Nombre de la persona agraviada E] cada vez que se quejaba por los dolores ocasionados por las contracciones, diciéndole que se le quitarían hasta que naciera su hijo, "acuéstese aquí" y la jaloneó, (a lo que posteriormente de ser dada de alta observó que tenía su brazo con moretones), cuando nació su bebé comenta que alcanzó a verle la espalda y menciona que en ese momento la doctora le

Recomendación 3/2015

inyectó algo en el suero que de inmediato sintió hormigueo y no recuerda nada hasta que despertó al día siguiente, preguntó a la doctora por su bebé y solicitó verlo, la doctora le dijo que ya lo habían llevado a la morgue por lo que ya no lo podía ver. Finalmente la llevaron a la sala de recuperación, al día siguiente la dieron de alta, su hermana le preguntó al doctor si podían ver al bebé, obteniendo la misma respuesta negativa, puesto que el bebé no estaba en buen estado. Cuando dieron de alta a [...] [Nombre de la persona agraviada E], su amiga se hizo cargo de los trámites del funeral y de esa manera pudo salir a enterrar a su bebé, [...] [Nombre de la persona agraviada E] solicitó que un sacerdote lo bautizara y en ese momento pudo conocerlo, refiere que antes de salir del hospital anhelaba tenerlo en sus brazos y saber cómo era, sin embargo recibió un gran impacto emocional, pues su bebé estaba congelado "cuando lo vi que estaba todo congelado no sé que me pasó ahí fue algo que tengo todavía aquí en la cabeza y que no me esperé verlo así" refiere que cuando el padre le dio su bendición, [...] [Nombre de la persona agraviada E] lo enterraría sin verlo, pero el personal del funeral le comentaron que tenía derecho de ver a su hijo y despedirse. Razón por la cual decidió hacerlo. Cuando vio a su hijo, éste tenía muchos golpes, los refiere como moretones, estaba medio descongelado, le tocó su brazo y su cabeza los cuales estaban comprimidos, lo enterró y se despidió de él, "le dije que yo lo quería mucho pero no era algo que yo esperaba que iba a pasar, mis planes no eran así dejarlo ahí, era llevármelos a los dos allá, así pasó todo".

Caso F. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D1081

32. Acta circunstanciada de fecha 23 de febrero de 2012, signada por una visitadora adjunta de esta Comisión y la persona agraviada, en la cual consta lo siguiente:

[...] el día del parto, se presentó el hospital Inguarán, aproximadamente a las 02:30 AM, desde ese momento tenía contracciones, después de revisiones determinaron que aún no llegaba a término, por lo que permaneció en espera, aproximadamente a las 11:30 AM, la ingresaron a labor de parto, sin embargo, el producto no podía nacer, ella les explicó a los médicos que anteriormente le habían señalado que su bebé tenía circular de cuello (cordón umbilical enredado alrededor del cuello), los médicos y enfermeras le señalaron que eso no importaba que muchos niños habían nacido de esa manera, por lo que le pidieron que siguiera intentando pujar para que el producto naciera; llegó un momento en el cual se encontraba muy desgastada físicamente y no podía continuar con el trabajo de parto, por lo cual le inyectaron una sustancia que le hizo sentirse aún más débil, desconoce qué sustancia era; después únicamente escuchaba ruidos de médicos y enfermeras que corrían señalando que debían llevarla al quirófano, ella en todo momento les señalaba que debían practicarle cesárea debido a que ya no tenía fuerzas para expulsar al producto, los médicos le decían que no lo harían. Posteriormente en el quirófano, llegó un médico que le oprimió el estómago para que naciera el bebé, en ese momento sacaron al producto pero éste no lloró, por lo cual empezó a preguntarle a los médicos que le sucedía a su bebé, a lo que ellos contestaron que no respiraba, después solo se lo mostraron por unos segundos, la peticionaria observó que tenía unos tubitos en la nariz, finalmente se lo llevaron y a ella la pasaron al área de recuperación. Al otro día le informaron que su bebé estaba muy grave que debía permanecer en el hospital varios días, por lo cual su hijo permaneció en pediatría por 23 días, con varios tubos, así como con un casco de oxígeno, después le indicaron que tenía una hemorragia y que tendría secuelas, pero éstas solo podrían determinarse con el tiempo [...] formada para la visita,



Recomendación 3/2015

la trabajadora social del hospital le señaló que ya se podía llevar a su hijo, cuando entró la enfermera le repitió lo mismo, la peticionaria les mencionó que ella aun lo veía muy grave por lo que no se le hacía conveniente sacarlo del hospital, por esta situación le mencionaron que si el bebé se quedaba sería bajo su propio riesgo, por ello la peticionaria decidió llevárselo; sin embargo, cuando estaba en su domicilio veía muy grave a su hijo por lo cual decidió llevarlo a un médico pediatra particular quien le indicó que su hijo estaba muy grave y que debía llevarlo inmediatamente al hospital, por ese motivo lo llevaron inmediatamente al hospital Iztacalco, en el que ingresaron por urgencias, los médicos le señalaron que el bebé estaba muy grave, ahí le mandaron a hacer el estudio de Tamiz, de ahí los mandaron al Centro de Salud Sosaya, donde los enviaron al hospital Legaría, fue en dicho hospital donde el neurocirujano le dijo que tenía que hacerle una tomografía a su hijo, revisando este estudio, el médico determinó que tenía un daño cerebral grave ocasionado por la falta de oxígeno al momento del nacimiento, señalándole que la única manera de rehabilitación para su hijo sería la estimulación temprana. Actualmente su hijo [...], se encuentra con secuelas, [...] no camina, tampoco se sienta, no tiene fuerza en los pies, no oye bien ni ve bien.
[...]

33. Oficio número 118, de fecha 5 de marzo de 2012, suscrito por el Doctor Martín Viveros Alcaraz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, mediante el cual se remite copia certificada del expediente clínico de la agraviada y en el cual se observó lo siguiente:

[...]

A) [Fecha y hora de ingreso] 28 de febrero 10:30 horas, nota inicial de urgencias:

[Condiciones clínicas en que ingresó, valoración, diagnóstico, estudios [...]] Femenino de 21 años de edad con los siguientes antecedentes: [...] fecha probable del parto: 5 de marzo de 2011, edad gestacional: 39 semanas acude por presentar dolor tipo obstétrico sin sangrado transvaginal presentando contracciones cada cinco minutos, refiere motilidad fetal, [...] Fondo uterino 32 cm. [...]. Diagnóstico: embarazo de 39 semanas de gestación en fase activa de trabajo de parto [...].

Se ingresa para manejo integral.

Ingreso a la Unidad de Tocoquirúrgica [...].

Tratamiento: Hidratación y vigilancia materno-fetal.

Tratamiento definitivo: atención de parto, antibiótico profiláctico.

Atención de parto: pasa paciente a sala de expulsión, obteniéndose producto único del sexo masculino quien llora y respira al nacer, hora de nacimiento 22:15, con un peso de 3400 gramos.

[...]

B) Las razones por las cuales no le fue practicada a la [...] [Nombre de la persona agraviada F] una cesárea, después de haberlo solicitado en varias ocasiones.

[...]

No se le realiza cesárea a la paciente ya que de acuerdo a su diagnóstico no es una indicación médica.

[...]



Recomendación 3/2015

34. Oficio sin número de fecha 5 de junio de 2012, suscrito por el Doctor Alfredo Peniche Quintana, Director del Hospital Pediátrico Legaria, en el cual informó lo siguiente:

[...]

a. El diagnóstico de ingreso y egreso del menor [...], favor de mencionar, las causas más comunes de tales diagnósticos especificando si las causas son de carácter obstétrico o congénito y si éstas se pudieron haber prevenido.

Respuesta:

- Diagnósticos de ingreso (envío del Hospital Materno Infantil Inguarán): Craneosinostosis
- Diagnósticos de egreso: Microcefalia, Secuelas de Hipoxia neonatal, Atrofia cerebral
- Causa más comunes de dichos diagnósticos: Microcefalia:
 - Congénitas
 - Infecciosas
 - Genéticas
 - Adquiridas o secundarias, éstas se manifiestan después de los primeros 6 meses de edad.

- Secuelas de Hipoxia: Eventos en el periodo perinatal que condiciona disminución del flujo sanguíneo al producto. Problemas maternos previos al alumbramiento y durante el alumbramiento (infección de vías urinarias, preeclampsia, desprendimiento de placenta, enfermedades crónicas, ingesta de medicamentos). Productos con prematuridad extrema.
- Atrofia cerebral: Congénitas, infecciosas, genéticas, metabólicas, defectos del tubo Neural, procesos crónicos (crisis convulsivas desde el nacimiento, cardiopatías congénitas, problemas pulmonares o intestinales desde el nacimiento, cromosomopatías).
- Infarto cerebral: Evento agudo que cause disminución severa del flujo sanguíneo al sistema nervioso central, eventos crónicos que provoquen poco flujo cerebral durante todo el embarazo (embarazo de alto riesgo por causa materna).

b. Explicar cuál fue la etiología del diagnóstico otorgado al menor en mención y comentar si estas causas se pudieron haber prevenido.

Respuesta:

No contamos con los antecedentes desde el control prenatal, la evolución del embarazo y los datos de la somatometría al nacimiento, por lo que no se puede determinar si éstos eran prevenibles.

c. Asimismo, señalar qué tanta probabilidad existe de que el niño tenga alguna secuela de tipo retraso en su desarrollo neurológico.

Respuesta:

Con los datos que refiere la madre de que el paciente presenta convulsiones, espasticidad y un perímetro cefálico menor (microcefalia) al que corresponde, existe alta probabilidad de tener un retraso en el desarrollo psicomotor; las escuelas dependerán del control de las crisis convulsivas, y de que tanta rehabilitación ha recibido.

[...]



Recomendación 3/2015

35. Informe pericial de fecha 10 de agosto de 2012, suscrito por el perito médico Doctor Pedro Ernesto Baños Gallego, adscrito a la Dirección de Apoyo Pericial para Fiscalías Especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el cual está integrado a la averiguación previa ex FSP/B/T2/769/11-04, iniciada con motivo de los hechos, en el cual se señala lo siguiente:

[...]

Las notas médicas que integran el expediente clínico de Hospital Inguar[án] [...] no son legibles, ni entendibles.

[...]

Es necesario contar con la opinión técnico científica del especialista en Ginecobstetricia [...]

Es necesario contar con la opinión técnico científica del especialista en Pediatría [...]

36. Informe médico sobre el estado físico del niño agraviado de fecha 22 de agosto de 2012, realizado por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en el cual describe lo siguiente:

[...]

Hijo de la gesta 1 de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F], a quien se le diagnosticó su embarazo en el primer trimestre, su primera consulta prenatal fue en el mismo primer trimestre en el Centro de Salud, el número de consultas prenatales, tales superaron la cantidad de 6, refiere haber consumido ácido fólico y fumarato ferroso durante su embarazo, negó haber consumido algún tipo de drogas o medicamentos durante dicho embarazo, refiere que la gestación duró aproximadamente 39 semanas.

[...] a las 38 semanas de gestación de su Centro de Salud se le canalizó al HMII [Hospital Materno Infantil Inguarán], donde le realizaron un ultrasonido el cual report[ó] circular de cordón a cuello [patología del cordón umbilical característica y regular de muchos embarazos; sin embargo, cuando éste da más de una vuelta alrededor del cuello del feto, [é]ste puede presentar sufrimiento, lo que aumenta la probabilidad de que el feto presente algún tipo de estrangulación intrauterina o intraparto], sin embargo los médicos tratantes, comentaron que no había problema alguno en que el niño naciera por parto normal. [...] el 28 de febrero de 2011, acudió al servicio de urgencias del HMII, donde la ingresaron a las 11:00 P.M. A las 22:15 P.M. refiere haber presenciado el nacimiento de su hijo [...] quien no lloró, ni respiró al nacer.

[...]

Conclusiones:

El daño físico que presenta el niño [...] [Nombre del niño agraviado F] es daño neurológico caracterizado por la falta de un desarrollo neurológico en la parte motora.

[...]

37. Opinión médica de fecha 15 de noviembre de 2012, suscrita por la especialista gineco-obstetra, Dra. María de la Luz Linares Pérez, adscrita al Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T2/769/11-04, iniciada con motivo de los hechos, en la cual se señala lo siguiente:

[...]

En el caso de [la persona agraviada F] el registro del Partograma marca las 20:25 horas como inicio del periodo expulsivo con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento con



Recomendación 3/2015

nacimiento del producto a las 22:15 horas encontrándose por lo tanto en rango de tiempo comprendido para este periodo del parto de una Primigesta (de 30 a 120 minutos) [...].

Por lo analizado en el expediente no entra dentro del parámetro de parto distócico por expulsivo prolongado, no pudiéndose determinar negligencia, impericia o responsabilidad médica [...].

No se encuentra reporte o registro al ingreso de [la persona agraviada F] de circular de cordón de cuello.

[...]

De acuerdo con la valoración del expediente [la persona agraviada F] contaba con contracciones regulares, frecuencia cardíaca fetal en parámetros normales, presentación cefálica, pelvis suficiente en sus tres diámetros no existiendo desproporción cefalopélvica y posteriormente amniorexis con salida de líquido amniótico claro, la conducta de atención vial vaginal fue la adecuada ya que como se mencionó anteriormente, la operación cesárea tiene sus indicaciones, no entrando en ellas la circular de cordón [...].

38. Opinión médica pediátrica sin fecha, suscrita por la pediatra-neonatóloga Doctora. Berenice Flores Martínez, adscrita al Servicio de Neonatología del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T2/769/11-04, iniciada con motivo de los hechos, en la cual se señala lo siguiente:

De acuerdo a lo encontrado en el expediente [...] las causas del por qué el recién nacido no lloro [sic] puede ser secundario o como resultado de una reducción en el flujo sanguíneo o en el suministro de ox[í]geno durante el trabajo de parto y/o durante el nacimiento [...]. Imposible de determinar con antelación, haciéndose el diagn[ó]stico con el inicio de la reanimación y la respuesta a la misma.

Se puede determinar que no existió negligencia, impericia o responsabilidad profesional [...], ya que procedieron a la entubación orotraqueal en el momento adecuado [...].

[...]

39. Oficio número DCONT/RRA/245/2013 de fecha 6 de febrero de 2013, suscrito por personal adscrito a la Subdirección de Asuntos Jurídicos del Instituto Nacional de Pediatría, mediante el cual remite opinión médica suscrita por el Doctor Carlos López Candiani, Jefe del Departamento de Neonatología de ese Instituto, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Dado que en este caso el nacimiento se produjo hasta los 110 minutos desde la dilatación completa, que incidencia de casos existen que se pueda afectar la salud del niño y cuáles son las condiciones óptimas para considerar un parto normal cuyo trabajo se desarrolla en 120 minutos (sic.)

RESPUESTA: Se considera que normalmente el nacimiento se produce dentro de los 30 minutos posteriores a la dilatación completa, si el nacimiento del bebé, se produce prácticamente 110 minutos después de tener dilatación completa, se considera "periodo expulsivo prolongado" y algunos factores que pueden asociarse más frecuentemente son: desproporción céfalo-pélvica, circular de cordón enredada en el producto.

Un periodo expulsivo de 110 minutos de duración posterior a la dilatación completa no se considera normal.



[...]

"Según el expediente clínico hubo asfixia perinatal severa en el presente caso. De ser afirmativa la respuesta, señalar, cuál fue la causa".

RESPUESTA: De acuerdo al expediente clínico si existió asfixia en el presente caso, ya que se calificó con APGAR de 3 al minuto del nacimiento, lo que implica que no se recuperó rápidamente, sin embargo no es posible determinar la causa de la asfixia, además del periodo expulsivo prolongado y de la presencia de líquido amniótico meconial que puede traducir "sufrimiento fetal".

[...]

40. Informe médico de fecha 26 de febrero de 2013, suscrito por la perito médica Graciela Reyes Aguilar, adscrita a la Dirección de Apoyo Pericial para Fiscalías Especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T2/769/11-04, iniciada con motivo de los hechos, en el cual se señala lo siguiente:

[...]

UNA VEZ ANALIZADO EL CONTENIDO DE LA PRESENTE AVERIGUACIÓN PREVIA, EXISTEN CONTRADICCIONES EN LAS NOTAS MÉDICAS DEL HOSPITAL DE INGUARÁJN:

DE ACUERDO AL PUNTO DE VISTA DE LOS M[É]DICOS TRATANTES DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL DE INGUARÁJN Y APOYADOS POR EL CONTENIDO DE SUS NOTAS M[É]DICAS, NO EXISTEN DATOS QUE DOCUMENTEN LA PRESENCIA DE SUFRIMIENTO FETAL O CONTRAINDICACI[Ó]N PARA DEJAR A LA PACIENTE [...] EN TRABAJO DE PARTO VAGINAL. INCLUSIVE REFIEREN QUE EL BEB[É] LLORA Y RESPIRA AL NACER Y POSTERIOR A ESTO PRESENTA DEPRESI[Ó]N RESPIRATORIA.

DE ACUERDO A LAS NOTAS M[É]DICAS DE PEDIATR[Í]A (Y DE ENFERMER[Í]A): EL BEB[É] NO LLOR[Ó] NI RESPIR[Ó] AL NACER Y AMERIT[Ó] MANIOBRAS AVANZADAS DE REANIMACI[Ó]N, Y SE HABLA DE UN PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO DE 20 MINUTOS QUE LOS GINECOLOGOS NO REFIEREN.

[...]

41. Opinión médica de fecha 17 de abril de 2013, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual analizó y concluyó lo siguiente:

[...]

DISCUSIÓN DEL CASO.

Para dar respuesta a los planteamientos del problema para este caso, es necesario comentar acerca del trabajo de parto, en específico del periodo expulsivo de trabajo de parto, en torno a la atención obstétrica de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F]; y de las complicaciones de la asfixia en el recién nacido.

PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO Y ASFIXIA PERINATAL.

El periodo expulsivo, se conoce como la segunda etapa del trabajo de parto y se define como el periodo que transcurre desde la dilatación cervical completa (10 centímetros de dilatación cervical) hasta el nacimiento del niño. En esta etapa las contracciones son más intensas y regulares. El descenso del niño por el canal del parto, estimula en la madre un



Recomendación 3/2015

fuerte deseo de pujar. Las contracciones uterinas y los esfuerzos de la madre trabajan en conjunto para lograr el nacimiento. Esta etapa dura alrededor de 50 minutos en nulíparas y 20 en múltiparas.

Cabe mencionar que una de las causas de asfixia perinatal es el periodo expulsivo prolongado. A su vez es necesario comentar que la asfixia perinatal causa alteraciones neurológicas dependiendo del caso de severidad.

LESIÓN CEREBRAL

La lesión cerebral es un problema importante en los niños recién nacidos. Las lesiones neurológicas principales son la hemorragia intraventricular y la leucomalacia periventricular. La hemorragia intracraneal puede deberse a traumatismos o asfixia y en raras ocasiones a trastornos primarios de la coagulación o de las anomalías congénitas (principalmente vasculares).

Entre los factores de riesgo que predisponen a la hemorragia intraventricular se encuentran la prematurez, síndrome de dificultad respiratoria, lesión hipóxico-isquémica, aumento o disminución de la circulación sanguínea cerebral o el estrés fetal no identificado.

En cuanto a la leucomalacia periventricular, se ha visto que están implicados acontecimientos intrauterinos y posnatales. El riesgo de la leucomalacia periventricular aumenta en los niños con hemorragia intraventricular. La lesión de la sustancia blanca y la leucomalacia periventricular, son los responsables de una parte de las alteraciones del desarrollo neurológico.

Desde la perspectiva médica, [...] El daño que presentó el niño [nombre del niño agraviado F] con respecto a la atención médica brindada en el HMII, fueron alteraciones neurológicas denominadas encefalopatía hipóxico-isquémica: atrofia cortical severa y leucoencefalomalacia, alteración global del neurodesarrollo y actividad epiléptica en tratamiento. [...] dichos padecimientos neurológicos, generan alteraciones como un retraso en el desarrollo psicomotor y crisis convulsivas.

[...] [Asimismo], la dilatación de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F] inició a las 20:25 horas del 28 de febrero de 2011 y el parto aconteció a las 22:15, teniendo un periodo expulsivo de más de 100 minutos. Siendo que lo más que marca la literatura médica es hasta 50 minutos.

Además, varios artículos médicos, aseguran que un periodo expulsivo prolongado condiciona a que el niño nazca con una asfixia neonatal, la cual dependiendo de la severidad puede causar hasta alteraciones tales como encefalopatía hipóxico-isquémica y leucoencefalomalacia.

Por lo anterior puedo inferir que los médicos del HMII, al haber permitido que en el trabajo de parto de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F], el periodo expulsivo fuese prolongado lo que condicionó, que el niño tuviera las alteraciones neurológicas descritas en el punto anterior.

CONCLUSIONES

El daño que presenta el niño [...] [nombre del niño agraviado F] asociado con la atención obstétrica por parte de los médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán son las alteraciones neurológicas denominadas secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica: atrofia cortical severa y leucoencefalomalacia, alteración global del neurodesarrollo y actividad epiléptica en tratamiento.

[...] los médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán, al haber permitido que en el trabajo de parto de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F], en el periodo expulsivo fuese prolongado (más de 110 minutos según la hoja del partograma y de atención del parto)



Recomendación 3/2015

condicionó a que el niño [...] [nombre del niño agraviado F] tuviera las alteraciones neurológicas descritas en el punto anterior.

[...]

42. Opinión médica 2000.677.2013 de fecha 15 de noviembre de 2013, suscrita por el Doctor Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Jefe del Departamento de Obstetricia, Dr. Luis A. Fernández Carrocera, de la Subdirección de Neonatología y Dr. Raymundo Héctor Anaya Coeto, Director Médico, adscritos al Instituto Nacional de Perinatología, la cual contiene la siguiente información:

[...]

COMENTARIOS

- a) En la descripción de hechos se refiere la presencia de circular de cordón.
- b) Desde la última valoración de la frecuencia cardiaca fetal a las 21:45 hrs. Hasta la hora de nacimiento a las 22:15 hrs. No se menciona valoración de la actividad cardiaca fetal
- c) En nota de atención de parto no se hace referencia al cordón umbilical ni a las características del líquido amniótico.
- d) Hay incongruencia de información referente al recién nacido ya que en nota post parto se refiere a que "respira y llora al nacimiento" y en nota de informe médico se menciona "recibiéndose flácido".

CUESTIONAMIENTOS

Es plausible que se produzca asfixia perinatal severa con hemorragia subcranoidea y crisis convulsivas en un nacimiento cuyo trabajo de parto fue documentado como normal hasta 30 minutos antes del nacimiento. En caso de que la respuesta sea afirmativa, señalar las posibles causas.

Respuesta: al no tener documentado lo sucedido a los 30 minutos previos al nacimiento en lo que se refiere a las características de la frecuencia cardiaca fetal, características del líquido amniótico y la dinámica uterina es difícil establecer el que haya ocurrido un trabajo de parto normal o no. [...]

[...]

Que debió hacer el ginecobstetra cuando el período expulsivo dura más de 50 minutos, se documenta o reporta como normoevolutivo y se obtiene como resultado un niño con daño neurológico consistente en hemorragia subcranoidea y crisis convulsivas.

Respuesta: dado que el período expulsivo se encontraba en el tiempo aceptado como normal se debió continuar con la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y evaluación de líquido amniótico. [...]

[...]

En casos de parto que el período expulsivo se prolongue por más de 50 minutos, que acciones específicas debe realizar el ginecobstetra para vigilar adecuadamente el bienestar del niño hasta su nacimiento.

Respuesta: [...] se deberán vigilar las características de la frecuencia fetal, líquido amniótico y dinámica uterina.

[...] embarazo de 40 semanas de gestación con control prenatal: 8 consultas, [...]. Parto distócico por expulsivo de 20 minutos (se realizó maniobra de Kisteller). Se obtuvo recién nacido del sexo masculino, flácido y con frecuencia cardiaca menor a 100 por minuto [...], se calificó Apgar 3-5, no se cuenta con gasometría arterial de cordón, por lo que no se puede establecer diagnóstico de asfixia perinatal, sin embargo cuenta con una gasometría

Recomendación 3/2015

de control que de acuerdo a la OMS no cumple con criterios de asfixia y no hay datos de laboratorio que apoyen repercusión multiorgánica [...]. Por otro lado, debido a los antecedentes maternos de proceso infeccioso activo, era necesario descartar sépsis neonatal temprana con afección a nivel de Sistema Nervioso Central, [...], así como los paraclínicos como la biometría hemática completa y proteína C reactiva que orientaba proceso infeccioso activo en el recién nacido [...]. [...], no es posible establecer como diagnóstico asfixia perinatal ya que no se cuenta con criterios suficientes tanto clínicos [...] como paraclínicos para corroborarlo. [...].

43. Opinión médica de fecha 25 de abril de 2014, suscrita por dos Peritos Médicos Forenses y por una Directora de Área, adscritos a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la cual contiene la siguiente información:

[...].

ANÁLISIS

El caso que nos ocupa se trata de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada F], femenino de 21 años de edad, quien cruzando el tercer trimestre de su primer embarazo en fecha 11 de febrero de 2011, fue valorada en el Centro de Salud T III "Dr. Manuel Pesqueira", encontrándola el médico tratante (su nombre es ilegible en la Hoja de Referencia), con los antecedentes de primigesta de 37.1 semanas de gestación, [...] asintomática, con signos vitales estables, afebril, peso de 64.200 grs, talla de 1.54 mts, consciente, orientada, buena colaboración, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen con fondo uterino de 31 cms, palpando producto único vivo con movilidad presente, frecuencia cardiaca fetal de 140x', extremidades con edema (+), sin datos de insuficiencia venosa, y por un ultrasonido de fecha 05 de febrero de 2011, con un embarazo de 35.2 semanas de edad gestacional CON CIRCULAR DE CORDÓN, integrando el diagnóstico de primigesta con 37.1 semanas de edad gestacional y circular de cordón, refiriéndola adecuadamente por tales hallazgos al Hospital Materno Infantil Inguarán para su atención (Foja número 104 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Sistema de Referencia y Contrarreferencia, 11/02/11, Hoja de Referencia/Traslado, nombre del médico que refiere ilegible).

Diecisiete días después en fecha **28 de febrero de 2011**, fue valorada en el servicio de urgencias del **Hospital Materno Inguarán**, dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, encontrándola al interrogatorio el médico tratante [...] a las **10:30 horas** cursando el tercer trimestre de su primer embarazo, [...] con los antecedentes ginecobstétricos de cursar con su primer embarazo, sin abortos ni alergias, antecedentes personales patológicos negados, a la exploración física con signos vitales normales, afebril, peso 65.300 kgs, talla 157 cms, sin compromiso neurológico o cardiopulmonar aparente, con dolor obstétrico, sin sangrado transvaginal, leucorrea amarillenta no fétida (infección vaginal), presentando contracciones uterinas cada cinco minutos, refiriendo motilidad fetal, con producto en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal de 154x', fondo uterino de 32 cms, cérvix posterior dilatado 5 cm, borramiento 80%, membranas integra, además de quemadura de segundo grado sin compromiso en antebrazo derecho realizándole curación, establecimiento que cursaba con **embarazo de 39 semanas de gestación en trabajo de parto, más quemadura de segundo grado en el antebrazo derecho** (Foja con número 30 escrito con crayón rojo, Ciudad de México Secretaria de Salud Nota médica inicial de urgencias, 28/02/11, 10:30 horas).

Indicando el mismo **28 de febrero de 2011**, a las **10:30 horas** el médico de base de ginecobstetricia **Dr. Areno** ayuno, 1000cc de solución de glucosa de 5% para ocho horas, toma de biometría hemática grupo y Rh, pruebas de coagulación, reposo en semifowler, y decúbito lateral izquierdo, vigilar actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, pasar a



Recomendación 3/2015

unidad tocoquirúrgica, y curación diaria de antebrazo (Foja número 45 a mano con crayón rojo Indicaciones Dr. Areno MBGO, 28/feb/2011, 10:30 hrs.), **omitiendo** el médico de base de ginecología obstétrica **Dr. Areno** interrogar si se le calificó el riesgo obstétrico, si le realizaron estudios de laboratorio o ultrasonidos previos. Si se aplicó toxoide tetánico, establecer el objeto vulnerable que produjo la quemadura y si era o no reciente, solicitar ultrasonido obstétrico para confirmar la edad gestacional, indicar pruebas de bienestar fetal o registro cardiotocográfico para descartar algún compromiso materno fetal como **circular de cordón**, documentado por ultrasonido el **05 de febrero de 2011**, incumpliendo con la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido Criterios y procedimientos para la presentación del servicio**, al **omitir** prevenir y detectar los riesgos para la salud de la madre y del niño y con la **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico**, al **omitir** escribir su nombre completo y matrícula en su hoja de indicaciones.

Ingresando a la paciente a la Unidad tocoquirúrgica el mismo **28 de febrero de 2011** (sin especificar la hora en la nota médica), reportándola los médicos tratantes con los antecedentes ya conocidos, habiendo recibido ocho consultas de control prenatal, cursando con infección en vías urinarias en ese momento, dolor obstétrico de doce horas de evolución, secreción amarilla vaginal, no fétida refiriendo movilidad fetal, neurológico y cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen gestantes con fondo uterino de 32 cms, producto único vivo, en situación longitudinal, dorso a la izquierda, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 154x', al tacto vaginal cérvix posterior, dilatado 6cm, con 80% de borramiento, estableciendo como impresión diagnóstica "**primer plano de Hodge, pelvis útil, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades simétricas, quemadura de segundo grado en antebrazo derecho, embarazo de 39 semanas por fecha de última queja**" (sic), indicado tratamiento inicial con hidratación y vigilancia materno fetal, atención de parto, antibiótico profiláctico, solicitando estudios de laboratorio (BH, TP, TPT, GRUPO, RH) y gabinete, señalando que aceptaba como método la planificación familiar el dispositivo intrauterino (Foja con número 32 y reverso escrito a mano con crayón rojo, Nota de ingreso, 28/02/11, sin membrete de Unidad Médica, sin nombre completo, cargo, rango matrícula la médico tratante), **omitiendo** el médico tratante del cual no podemos establecer el nombre completo, cargo, rango, matrícula, especialidad, porque no lo escribe en la nota médica, preguntar intencionalmente si se le calificó el riesgo obstétrico, si le realizaron estudios de laboratorio o ultrasonidos previos, si se le aplicó toxoide tetánico, establecer el objeto vulnerable que produjo la quemadura y si era o no reciente, solicitar ultrasonido obstétrico para confirmar la edad gestacional indicar pruebas de bienestar fetal o registro cardiotocográfico para descartar algún compromiso materno fetal como **circular de cordón**, debiendo los médicos tratantes estar capacitados para identificar y conocer los riesgos y complicaciones que deben ser detectadas y corregidas oportunamente, **omitiendo** también el correcto llenado del Consentimiento Informado **incumplimiento** con los lineamientos de la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido Criterios y procedimientos para la presentación del servicio**, al **omitir** la detección de los riesgos obstétricos mediante la aplicación de procedimientos normados para prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la sobrevivencia materno-infantil y con la **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico**, vigente en esa época.

Mostrando los laboratoriales en misma fecha **28 de febrero de 2011**, grupo y tipo sanguíneo O (+), LEUCOCITOSIS DE 12,7 (norma de 4.0-10.0) indicativo de proceso infeccioso agregado, eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, y tiempos de coagulación dentro de parámetros aceptables (Foja número 37 escrito a mano con crayón rojo. Hospital Materno infantil Inguarán. Perfil de coagulación, biometría hemática, grupo sanguíneo y factor Rh).



Recomendación 3/2015

Reportándose en la Hoja de Partograma y/o Evolución del Trabajo de parto (Foja con número 31 y reverso escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México Secretaría de Salud Hoja de Programa y/o evolución del trabajo de parto 28/02/11), los antecedentes ginecobstétricos ya señalados, con embarazo normoevolutivo, presentando dos contracciones en diez minutos, signos vitales estable, afebril, frecuencia cardíaca fetal de 154x', membranas [i]ntegras, cuello uterino con 6 cm de dilatación, 80% de borramiento, en posición central, integrando los diagnósticos de **embarazo de 39.3 semanas de gestación, más trabajo de parto en fase activa, más quemadura de segundo grado en antebrazo derecho**, indicando su ingreso para manejo integral, **omitiendo** el médico tratante del cual no podemos establecer nombre completo, cargo, rango, matrícula, especialidad porque no lo escribe en la hoja de Partograma realizar un adecuado interrogatorio preguntando si se le calificó el riesgo obstétrico si se le realizaron estudios de laboratorios o ultrasonidos, si se aplicó toxoide tetánico, establecer el objeto vulnerante que produjo la quemadura y si era o no reciente, **omitiendo** también tramitar ultrasonido obstétrico para confirmar la edad gestacional y descartar algún compromiso fetal como **circular de cordón incumplimiento** con los lineamientos de la **NOM-168-SSA1-1998 [...]**.

[...]

Según consta el informe firmado por el director del Hospital Materno Inguarán, **Dr. Martín Viveros Alcaraz**, a las **17:00 horas del 28 de febrero de 2011**, se realizó amniótico claro (Foja 18 escrita a mano con crayón rojo).

Siendo necesario señalar al respecto que los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la paciente **incumplieron** con los lineamientos de la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la presentación del servicio**, toda vez que **sin ningún criterio clínico, sin realizar ultrasonido obstétrico, registro cardiotocográfico, sin pruebas de bienestar fetal y sin oxigenar a la madre** administraron en aproximadamente ocho horas un total de 13.5 Unidades de oxitocina, y realizaron amniotomía más de cinco horas antes del nacimiento con la sola intención de aprontar el parto, **omitiendo** justificarlos por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos conocedores a fondo de la fisiología obstétrica, favoreciendo con dicha conducta el desarrollo de las complicaciones con las cuales cursó posteriormente el producto de la gestación; **incumpliendo** también con la **NOM-168-SSA1-1998 [...]**, al **omitir** el llenado adecuado de la hoja del Partograma y de Consentimiento Informado que incluyera nombre completo, cargo, matrícula, especialidad de los médicos tratantes.

Continuando el **inadecuado manejo médico y omisión en una vigilancia estrecha** de esta paciente primigesta en trabajo de parto activo, con factores de riesgo ya señalados por parte de los médicos que la tuvieron a su cargo, lo anterior porque permaneció sin atención, vigilancia, oxigenación, ni manejo médico durante aproximadamente **ciento diez minutos** de las **20:25 horas** a las **22:15 horas**, a pesar de reportarla con dilatación cervical completa de 10 cms y borramiento de 100% desde las **20:25 horas**, lo que tuvo como consecuencia que no se advirtiera oportunamente el **sufrimiento fetal agudo manifestado por la depresión con la que nació el producto** y la **aspiración de meconio** que se diagnosticó en la **Unidad de Ciudadanos Intensivos Neonatales** horas después, lo anterior porque no existe constancia escrita en la Hoja de Partograma ni en las notas médicas que demuestre lo contrario, siendo responsabilidad del ginecobstetra detectar el **sufrimiento fetal agudo** en sus etapas iniciales con la presencia de aceleraciones y/o desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal monitoreadas con pruebas de bienestar fetal, cardiotocógrafo, ultrasonido y/o estetoscopio Pinard.

Reafirmando una vez más el **inadecuado manejo médico** ya que según consta en la hoja de Notas de Enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano (Foja con número 42 escrito a mano

Recomendación 3/2015

con crayón rojo, Ciudad de México Secretaría de Salud, Notas de enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano 28/01/11), la paciente en misma fecha cursó con fiebre de **38.3°C** motivo por el cual se le administró un grano de metamizol en dosis única a las **22:00 horas, omitiendo** los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la paciente advertir, investigar el origen y tratar la hipertermia, porque no existe constancia médica escrita anexada al expediente de queja que así haya sido.

Cabe señalar en este apartado que la **infección de vías urinarias, leucorrea amarillenta, fiebre de 38.3°C, sin haber sido descartado circular de cordón, y la leucocitosis de 12,7 indicativo de proceso infeccioso agregado**, son criterios suficientes para establecer que esta paciente primigesta cursaba con un **embarazo de alto riesgo**, condición que pasó desapercibida para los médicos tratantes, toda vez que en ninguna de sus notas médicas lo señalan, entendiéndose como **“embarazo de alto riesgo aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestión y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto”**, y que dicha situación ameritaba la extracción oportuna del producto por cesárea, o cuando menos realizar ultrasonido obstétrico, ya que de haberlo hecho como era lo indicado se habrían evitado las complicaciones con las cuales cursó posteriormente el producto de la gestión, como más adelante se detallaran, incumpliendo los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a esta paciente embarazada una vez más con la **NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la presentación del servicio**, al omitir la detección de los riesgos obstétricos mediante la aplicación de procedimientos normados para prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la sobrevivencia materno-infantil, y con la **NOM-168-SSA1-1998** [...].

Así pues, sin una adecuada valoración y vigilancia estrecha por parte de los 2 médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo al binomio materno fetal, desestimando que se trata de un **embarazo de alto riesgo** por los factores de riesgo ya señalados como la **infección de vías urinarias. Leucorrea amarillenta, fiebre de 38.9°C, leucocitosis de 12,7, sin haberle realizado ultrasonido obstétrico, pruebas de bienestar fetal, registro cardiotocográfico** estos últimos obligados en toda paciente a la cual se le ha administrado oxitocina y roto artificialmente las membranas para aprontar el parto, como en este caso, **sin haber descartado el circular de cordón sin vigilancia médica, sin oxigenar a la madre para limitar en lo posible la asfixia intrauterina del producto**, ya que está demostrado que en el primer minuto de su administración la presión de oxígeno en los tejidos fetales comienza a elevarse y continúa aumentando en los cinco minutos siguientes **durante aproximadamente ciento diez minutos** que estuvo en borramiento y dilatación completos des de las **20:15 horas, el Dr. Carlos Salgado Rabadán** (según consta el informe firmado por el director del Hospital Materno Inguarán, Dr. Martín Viveros Alcaraz, de fecha 28 de febrero de 2011, Foja 25 escrita a mano con crayón rojo) atendió a esta paciente primigesta por parto vaginal, procedimiento que describió en su nota como **“[...] en la sala de expulsión, colocación ginecológica, previa asepsia de la religión vulvar se colocan campos estériles, se infiltra xilocaina 2% simple en horquilla vulvar se hace episiotomía media lateral derecha, se saca producto único vivo que respira y llora al nacer (ilegible) deprimido, se pinza, liga y pasa a pediatra como maniobra Brad Andrew Dublin** (extracción de la placenta del útero en el tercer estadio del parto), **se hace revisión digit[ó] textil de cavidad hasta quedar limpia, se procede a episiorrafia por planos habituales con CC 2=0, se verifica hemostasia y se da por horas, placenta normal, cordón normal, episiorrafia integra”**.

Estableciendo el médico tratante **Dr. Salgado**, la residente de tercer año **Dra. Gómez** y el médico interno de pregrado **Romero**, los diagnósticos de puerperio fisiológico inmediato,



Recomendación 3/2015

indicando su pase posterior a piso y recuperación de ginecología (Foja número 34 escrito a mano con crayón rojo, Hospital Materno Infantil Inguarán, 28/02/11, hoja ilegible Nota postparto, Dr. Salgado, Dra. Gómez R3, MIP Romero).

Siendo la **depresión del recién nacido** una condición clínica grave derivada de manera directa de las **omisiones no señaladas** por parte de los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la agraviada desde su ingreso, favorecidas aún más por la **inadecuada** administración de 13.5 unidades de oxitocina en un lapso aproximado de tiempo de ocho horas fármaco que provoca **hipertensión uterina** manifestada por 3, 4 y 5 contracciones en diez minutos (según se consignó en el partograma) provocando **estrés en el producto y sufrimiento fetal agudo**, por la **ruptura prematura de membranas artificiales de más de cinco horas** que favoreció el ascenso de la infección caracterizada por leucorrea amarillenta e infección urinaria de la madre hacia el producto; por la **omisión** en la oxigenación de la madre durante todo el tiempo que estuvo con borramiento y dilatación completos, y lo más grave aún por el **periodo expulsivo prolongado** que tuvo una duración aproximada de **110 minutos**, recordando que se reportó con dilatación y borramiento completo desde las **20:25 horas** naciendo el producto de la gestación hasta las **22:15 horas del 28 de febrero de 2011**, lo anterior porque el segundo **periodo de trabajo de parto o expulsivo** se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del producto y tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas, como en este caso, según lo señala la **Guía de Práctica Clínica Manejo y Vigilancia del Parto, del Consejo de Salubridad General**.

Omitiendo el médico que atendió el parto **Dr. Carlos Salgado Rabadán**, describir en su nota médica que el producto de la gestación se obtuvo mediante expulsivo prolongado, que cursó con **depresión por asfisia perinatal**, **omitió** describir si presentó circular de cordón escribiendo **inadecuadamente** en su nota médica **“se saca producto único vivo que espira y llora al nacer”** cuando evidentemente por encontrarse **“deprimido no lloró ni respiró al nacer”**, lo cual se confirma con las Notas de Enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano en las cuales se describe **“nace producto único hombre deprimido... no llora ni respira al nacer es atendido por médico pediatra Dra. Galván que brinda maniobras de PPI sin respuesta, realiza intubación orotraqueal se aspiran secreciones se canaliza y pasa a UCIN...”** (Fojas con número 42 y 237 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México Secretaría de Salud, Notas de enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano 28/01/11), y con la declaración de la **Dra. Victoria Concepción Enedina Galván Bonilla** en la que señala **“... llego antes de que nazca el bebé, preparo el material necesario y por la parte del ginecólogo me entrega al bebé DEPRIMIDO que no llora y no respira y se le realizan las maniobras neonatales inmediatamente que consiste en proporcionar presión positiva con bolsa autoinflable y oxígeno e intubación y le proporciono la reanimación neonatal y espero que llegue mi compañero para entregarle al recién nacido, lo entrego grave pero estable, entregando al paciente al Dr. Sanabria”** (Foja 336, escrito con crayón rojo, PGJ Coordinación General de Servicios Periciales, Dirección de Apoyo Pericial a Fiscaliza Especializadas, Av. Previa FSP/BT2/00769/11-04, llamado DAP-5937, Delitos Lesiones por Responsabilidad Profesional)

Incumpliendo el **Dr. Carlos Salgado Rabadán**, con la **NOM-007-SSA2-1993 [...]** y con la **NOM-168-SSA1-1998 [...]**.

Ingresando la madre a hospitalización el **1º de marzo de 2011**, a las **01:00 horas** recibéndola el **Dr. Bustamante**, la **Dra. Reyes** y el médico interno de pregrado, cursando el puerperio postparto inmediato, asintomática, sin utilizar la vía oral, sin micciones ni evacuaciones, consciente, orientada, cooperadora, mamas turgentes, con secreción Láctea, útero contraído, loquios hemáticos no fétidos, indicando continuar con atención integral hospitalaria (Foja número 42 escrito a mano con crayón rojo, Hospital Materno Infantil Inguarán, 01/03/11, 01:00 horas Dr. Bustamante/Dr. Reyes/MIP ilegible).



Recomendación 3/2015

El **02 de marzo de 2011** los laboratoriales de control continuaron reportando leucocitos de 13,0 (Norma de 4.0-10.0) indicativo de persistencia del proceso infeccioso (Foja 39 escrito a mano con crayón rojo, Hospital Materno Inguarán, Perfil de coagulación, biometría hemática, química sanguínea), a pesar **omitiendo** cubrirla con antimicrobianos de amplio espectro, lo anterior porque en la Hoja de Registros Clínicos, Tratamientos y Observaciones de Enfermería no existe constancia médica escrita de que se le haya administrado antibióticos, ya que solo se le prescribió paracetamol cada 8 horas (Foja número 44 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Registros Clínicos, Tratamientos y Observaciones de Enfermería, 1º y 203/11).

Cursando el puerperio postparto **sin cobertura antimicrobiana** dándola de alta el **02 de marzo de 2011**, quedando mientras tanto su recién nacido hijo hospitalizado en pediatría (Foja número 51 escrito a mano con crayón rojo, 02/02/11, Trabajo Social), sin poder establecer cuál fue la condición clínica después del alta de la madre, debido a que no se anexan al expediente de queja constancias médicas de atenciones posteriores.

Regresando al momento del parto, se observó que el bebé 25 minutos después de su nacimiento ese mismo día **28 de febrero de 2011**, a las **22:50 horas**, ingresó a la Unidad de Ciudadanos Intensivos Neonatales reportándolo el **Dr. Zanabria** como recién nacido de término de 40 semanas de gestación, producto de la primera gesta, de madre con control prenatal regular, **portadora de infección urinaria sin tratamiento**, con veinte minutos de expulsivo y obtenido por parto eutócico, con flacidez generalizada, frecuencia cardíaca < 100x', resto se desconoce (sic), se le realizaron maniobras de PPI fallidas (ventilación a presión positiva intermitente con Ambú), por lo que se realizó intubación orto traqueal y nuevamente PPI con Ambú y apoyo ventilatorio asistido, el Apgar < de 3, pb 5,10,20' (sic), a la exploración cráneo con fontanela anterior normotensa, tórax con disociación toracoabdominal, polipnea y respiración forzada, área cardíaca sin compromiso, abdomen con cordón de muñón sin sangrado, cadera estable, esófago y ano permeables, con lo cual integró el diagnóstico de **recién nacido de término, adecuado para edad gestacional asfisia perinatal severa no recuperada**, indicando ayuno, posición semifowler, ventilación mecánica asistida, aspiración de secciones, monitor a permanencia, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, control de líquidos, 85 ml de solución de glucosada intensivos Neonatales (Foja reverso 222, escrita a mano con crayón rojo 28/ feb /11, 22:00 horas indicaciones Dr. Zanabria). Reportándose la gasometría a las **01:30 horas**, de **1º de marzo 2011**, con alteraciones en la ventilación manifestados por hiperoxemia e hipocapnia (Aumento de la calidad de oxígeno contenido en la sangre, disminución del CO2 disuelto en la plasma sanguíneo, debida a una eliminación excesiva de CO2 por aumento de la ventilación pulmonar), motivo por el cual se ajustó la ventilación mecánica (Foja reverso 222, escrito a mano con crayón rojo, 28/ feb / 11, 01:31 horas).

En misma fecha **1º de marzo de 2011**, los laboratoriales reportaron grupo sanguíneo O+, neutrófilos de 81.7 (normal 2.0-10.0) y leucocitosis de 26,1 (normal 5.0-21.0), inductivo de proceso infeccioso agregado condicionado y favorecido en este caso por la **inadecuada** ruptura artificial y prematura de membranas como ya se señaló que favoreció al ascenso a la cavidad intrauterina de la infección urinaria y leucorrea de la madre infectado al producto (Foja reverso 233, escrito a mano con crayón rojo, 1/mar/11 Biometría hemática resultado), agregándose al manejo médico esquema de soluciones de requerimiento, gluconato de calcio, manejo dinámico del ventilador, lavado bronquial por turno, gasometrías seriadas, laboratoriales, instalación de sonda orogástrica, doble antibiótico (ampicilina-amikacina), radiografía de tórax de control, oxígeno en casco cefálico, micronebulizaciones, aspiración gentil de secreciones, esteroide y aminas (dexametasona y adrenalina), control gasométrico, oximetría de pulso, glicemias capilares por turno (Foja 250 escrito a mano con crayón rojo, 1/mar/11, 07:17 horas Indicaciones Dr. Vázquez MB, Foja Rev. 250 escrito a mano con crayón 1/mar/11).

Continuando el **02 de marzo de 2011** con ayuno, esquema de soluciones a requerimiento, reposición de electrolitos, doble antibiótico (ampicilina, amikacina), sedación anticonvulsivante (defenilhidantoína), ventilación mecánica, toma de gasometrías seriada de control, lavado

Recomendación 3/2015

bronquial, protector gástrico (omeprazol), profilaxis antihemorrágica (vitamina K), aspiración de secreciones, glicemias capilares por turno, cuidados generales de enfermería, y sonda orogástrica a gravedad (Foja 249 escrito a mano con crayón rojo, 02/mar/11 Indicaciones Dr. Vázquez MB).

El **03 de marzo de 2011**, a las 17:00 horas el **Dr. Alejandro** lo reportó con **asfixia severa, probable hemorragia intraventricular, síndrome de aspiración de meconio, crisis convulsivas**, empuñada patología, mirada fija, piel marmórea, hemotórax izquierdo hipoventilado, indicando ayuno, soluciones intravenosas, doble antibiótico (amikacina, ampicilina) manejo dinámico del ventilador, sedoanalgesia, sonda orogástrica a derivación, vigilancia de la función respiratoria y neurológica, estableciendo un pronóstico desfavorable y grave (Foja 220, Ciudad de México, Secretaría de Salud, 03/mar/11, 17:00 hrs. Dr. Alejandro Nota Vespertina).

El **04 de marzo de 2011**, el **Dr. Alejandro** lo encontró con cuatro días de vida extrauterina, peso de 3340 grs. **asfixia severa, crisis convulsivas en remisión, probable hemorragia intraventricular, síndrome colestásico: probable síndrome de aspiración de meconio**, hipoactivo, hiporreactivo, palidez moderada, buena ventilación pulmonar con algunos crepitantes de predominio izquierdo, abdomen blando, con ligera mejoría neurológica, indicando ayuno, soluciones intravenosas, doble antibiótico (ampicilina amikacina), sedoanalgesia (midazolam), protector gástrico (omeprazol), anticonvulsivante (defenilhidantoína), manejo dinámico del ventilador, higiene bronquial, sonda orogástrica abierta, drenando escaso material gastrobiliar, monitoreo continuo con oxímetro, reportándose grave (Foja 219 escrito a mano con crayón rojo, 04/mar/11, Dr. Alejandro nota vespertina).

El **05 de marzo de 2011** continuó en ayuno, sonda abierta a gravedad, control de líquidos, medición de perímetro abdominal por turno, curva térmica, glicemias capilares por turno, ventilación mecánica, lavado bronquial cada seis horas, mínima manipulación, esquema de soluciones a requerimiento, reposición de electrolitos diurético (furosemide), doble antibiótico (amikacina, ampicilina), protector gástrico (omeprazol), anticonvulsivante (defenilhidantoína), sedoanalgesia, signos vitales por turno, rutina del servicio, colocar bolsa recolectora de orina para densidad urinaria, y reportando cualquier alteración (Foja 246 escrito a mano con crayón rojo, 05/mar/11, 09:48 hrs. UCIN Indicaciones Dr. Ramos).

Señalando el **06 de marzo de 2011** a las 21:45 horas la médico de guardia **Dra. Moreno**, en su nota **"con seis días de vida extrauterina diagnósticos referidos... se deberá solicitar ultrasonido, transfontanelar, electroencefalograma y tomografía de cráneo"**, reportándolo grave con pronóstico reservado (Foja reverso 219, Guardia Dra. Moreno, 06/mar/11, 21:45 horas).

El **07 de marzo de 2011**, se reportó grave con dificultad respiratoria, sin crisis convulsivas o movimientos anormales, a la aspiración de tráquea con abundantes secreciones amarillas, disfonía severa que se manejó con dexametasona (antiinflamatorio esteroideo), manteniéndose con oxigenoterapia (Foja 218 escrito a mano con cartón rojo, 07/mar/11, Nota vespertina).

El **08 de marzo de 2011**, el **Dr. Aburto** lo reportó con mejoría neurológica, placas blanquecinas en mucosa oral, abundantes estertores gruesos, abdomen blando, tolerando la estibación, en el séptimo día de antibiótico (Foja 217 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud 08/mar/11, Continua evolución nocturna), continuando con ayuno, esquema de soluciones a requerimiento, nutrición parenteral, doble antibiótico (ampicilina, cefotaxima), anticonvulsivante (defenilhidantoína), protector gástrico (omeprazol), oxigenoterapia (puritan continuo), micronebulizaciones, broncodilatadores (salbutamol acetilcisteína), fisioterapia y aspiración de secreciones, glicemias capilares, aseo de cavidad oral con solución bicarbonatada, cuidados generales de enfermería, retirando la sonda orogástrica (Foja 247, escrito a mano con crayón rojo, 08/mar/11, Indicaciones 08/mar/11, 08:35 horas Dr. Vázquez MB).

El **10 de marzo de 2011**, continuando en la Unidad de Ciudadanos Intensivos Neonatales, se reportó con glicemia capilar aceptable, buena ventilación pulmonar, disfonía, estertores crepitantes bilaterales, sibilancias, abdomen blando, sin eventos convulsivos ni anomalías, excretas normales, indicando leche maternizada, nutrición parenteral, doble



Recomendación 3/2015

antimicrobiano (dicloxacilina, cefotaxima), anticonvulsivantes (difenilhidantoina), protector gástrico (omeprazol), oxigenoterapia, micronebulizaciones con broncodilatador y mucolítico, reportándolo con pronóstico grave (Foja 16 escrito a mano con crayón rojo Ciudad de México, Secretaría de Salud, 10/mar/11 Ordenes médicas para el Control y tratamiento de pacientes hospitalizados).

El **11 de marzo de 2011**, al presentar lesiones en cavidad oral sugestivas de proceso micótico se le agregó al tratamiento nistatina, realizándole en misma fecha radiografía de tórax que mostró zonas sugestivas de atelectasia apical derecha, indicando fisioterapia pulmonar, quedando en espera de mejorar condiciones respiratorias para realizar ultrasonido transfontanelar, reportándolo grave (Foja 216 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, 11/mar/11, Ordenes médicas para el Control y tratamiento de pacientes hospitalizados).

El **12 de marzo de 2011**, el **Dr. Aburto** lo reportó afebril, con taquicardia y taquipnea, glicemia capilar de 129 mg/dl, peso de 3120 grs, tolerando la vía oral, con nutrición parenteral (Foja 238 escrito a mano con crayón rojo, Hospital Materno Infantil Inguarán UCIN, 12/MAR/11), oxigenoterapia, reparación ruda, estertores gruesos, cráneo con suturas imbricadas fontanela anterior puntiforme +, abdomen blando, con empuñamiento de manos y tendencia a la espasticidad, insistiendo en micronebulizaciones, fisioterapia pulmonar para manejo de las secreciones, continuando con incremento hídrico y calórico quedando pendiente el ultrasonido transfontanelar y valoración por neurología para valorar daño cerebral, reportándolo grave (Foja reverso 216, escrito a mano con crayón rojo, Nota de evolución 12/mar/11 Dr. Aburto), continuando con nutrición parenteral, leche maternizada, doble antibiótico (dicloxacilina, cefotaxima), anticonvulsivante (difenilhidantoina), antimicótico (nistatina), eutermia estricta, control de líquidos, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería, vigilancia de la función respiratoria, vigilar la presencia de cianosis, tolerancia a la vía oral, medir perímetro abdominal antes y después de la ingesta de leche, glicemias capilares por turno, oxígeno en puritan continuo en casco cefálico con FIO₂ al 70%, micronebulizaciones, fisioterapias pulmonar, aseo de la cavidad oral con agua carbonatada previo a la administración de nistatina suspendiendo el protector gástrico (omeprazol), (Foja reverso 245, 12/mar/11, 10:20 hrs Indicaciones).

El **13 de marzo de 2011** continuando la Unidad de Ciudadanos Intensivos se reportó con taquicardia, taquipnea, **asfixia perinatal severa no recuperada**, intubando con onfaloclistis, dificultad respiratoria, **síndrome de aspiración de meconio**, **acidosis metabólica**, presentando crisis convulsiva, deterioro neurológico (manos empuñadas desviación de la mirada), mejorando la saturación de oxígeno con la ventilación mecánica, pero con desequilibrio electrolítico, con sonda nasogástrica, triple esquema de antibiótico (ampicilina, cefotaxima y amikacina), anticonvulsivante (difenilhidantoina), sedoanalgesia, antimicóticos (nistatina), transfusión de hemoderivados, nutrición parenteral, iniciando la vía oral con leche maternizada, protector de la mucosa gástrica (omeprazol), oxigenoterapia en casco cefálico, por radiografía con atelectasia apical izquierda, por laboratorio con leucocitosis y neutrofilia indicativo de presencia del proceso infeccioso (Foja 212 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Nota Médica Unidad de Cuidados Intensivos, 13/03/11).

El **14 de marzo de 2011** el recién nacido se reportó con asfixia severa, probable hemorragia intraventricular, crisis convulsivas, afebril, aun dependiente de oxígeno, con evolución estable, incrementando la ingesta de la vía oral por lo que se suspendió la nutrición parenteral, retirando onfaloclistis (catéter de cordón umbilical), reportándose en misma fecha de ultrasonido transfontanelar que documentó "**imágenes compatibles con hemorragia subaracnoidea**", estableciendo el médico tratante que cursaba con **daño cerebral secundaria a la asfixia perinatal** (Foja reverso 212, escrito a mano con crayón rojo Nota evolución 14/mar/11 Dr. Vázquez MB, Nota nocturna Dr. Sanabria, Foja 236 escrita a mano con crayón rojo Secretaría de Salud, Hospital Materno Infantil Inguarán, Servicio de Imaginología, 14/mar/11 Ultrasonido transfontanelar), continuando con la leche materna por succión, suspendido la nutrición parenteral, 24 cc de solución glucosaza al 5% para 24 horas, doble antibiótico (cefotaxima, dicloxacilina), retiro de catéter de



Recomendación 3/2015

onfalocclisis, anticonvulsivante (defenilhidantoína), ultrasonido transfontanelar, oxígeno en casco cefálico a tres litros por minuto, fisioterapia y aspiraciones por turno, micronebulizaciones con salbutamol y ambroxol, glicemias capilares por turno, cuidados generales de enfermería (Foja 244 número escrito a mano con crayón rojo, 14/03/11, Indicaciones Dr. Vázquez MB).

El **16 de marzo de 2011**, se reportó como recién nacido de término con asfisia severa hemorragia subaracnoidea, crisis convulsivas, afebril, tolerando la vía oral, excretas normales, hidratado, estertores transmitidos escasos, ruidos cardiacos rítmicos, con evolución estable, iniciando el destete de oxígeno (retiro paulatino de la intubación), estableciendo un pronóstico reservado (foja reverso 213, 16/mar/11, evolución Dr., Vázquez MB), continuando con leche materna por solución, 24 cc de solución glucosaza al 10% para 24 horas, doble antibiótico (cefotaxima, dicloxacilina), anticonvulsivante (difenilhidantoína), oxígeno a dos litros por minuto, micronebulizaciones cada ocho horas con salbutamol y solución fisiológica, fisioterapia y aspiración de secreciones por turno, cuidados generales de enfermería (Foja 243, 16/03/11, 09:25 horas, Indicaciones Dr. Vázquez MB).

El **17 de marzo de 2011** el médico de base **Dr. Vázquez** lo reportó con **hemorragia subaracnoidea, crisis convulsivas remitidas**, afebril, tolerando la vía oral excretas normales, estertores bronquiales escasos remitidos, evolución estable, retirando oxígeno e indicando completar esquemas antimicrobiano (Foja 214, escrito a mano con crayón rojo Nota evolución 17/mar/11 Dr. Vázquez MB).

El **18 de marzo de 2011**, continuó con leche materna por sección, 24 cc de solución glucosaza al 5% para 24 horas, doble antibiótico (cefotaxima, dicloxacilina), anticonvulsivante (difenilhidantoína), retirar oxígeno, suspender micronebulizaciones, cuidados generales de enfermería, tolerancia al medio (Foja reverso 243, 18/03/11, 09:30 horas, Indicaciones Dr. Vázquez MB).

El **19 de marzo de 2011**, el médico tratante **Dr. Aburto** lo reportó con evolución insidiosa, alto riesgo de secuelas y de nuevos eventos convulsivos, continuando con aporte hídrico y calórico por vía oral, con pronóstico grave (Foja reverso 214, 19/mar/11 Evolución Dr. Aburto MB).

El **20 d marzo de 2011**, continuando en la Unidad de Ciudadanos Intensivos Neonatales, se reportó con hemorragia subaracnoidea, crisis convulsivas remitidas, signos vitales aceptables, peso de 3180 grs, en su onceavo día esquema antimicrobiano, con secuelas neurológicas solicitando valoración por neurología para determinar el daño cerebral reportándolo grave (Foja 213 escrito a mano con crayón rojo, 20/mar/11 Evolución Dr. Aburto).

El **21 de marzo de 2011**, se reportó estable, tolerando la vía oral, sin eventos convulsivos, mal manejo de secreciones, reportándose a los familiares muy delicado, retirando las soluciones intravenosas y antibióticos por infiltración de la solución (Foja 213 escrito a mano con crayón rojo, 21/mar/11 Evolución Dr. Zanabria).

El **22 de marzo de 2011**, el médico de base **Dr. Vázquez** lo reportó con hemorragia subaracnoidea, crisis convulsivas secundarias a asfisia perinatal, afebril, en ayuno, excretas normales, reactivo, hidratado, campos pulmonares ventilados, abdomen asigno lógico, con evolución estable, terminando esquema antimicrobiano, indicando capacitar a la madre para su manejo (Foja reverso 213 escrito a mano con crayón rojo, 22/mar/11 Evolución Dr. Vázquez MB) y continuando con leche materna, doble antibiótico (cefotaxima, dicloxacilina), aspiración de secreciones por razón necesaria, anticonvulsivante a dosis ponderal (difenilhidantoína), tolerancia al medio, retirar oxígeno y cuidados generales de enfermería (Foja reverso 242 escrito a mano con crayón rojo, 22/03/11, 09:55 horas Indicaciones Dr., Vázquez MB).

Dando de alta hospitalaria al recién nacido el **23 de marzo de 2011**, teniendo como diagnóstico de egreso **recién nacido de término de 40 semana de gestación, síndrome de aspiración de meconio tratado, hemorragia subaracnoidea tratada, crisis convulsivas secundarias en tratamiento**, con indicaciones de seno materno a libre demanda o leche NAN I tres onzas cada tres horas sin azúcar, baño diario, con cambio de ropa, anticonvulsivante (difenilhidantoína 1 cc cada 12 horas), aspiración de secreción con perilla por razón necesaria, cita a la consulta de pediatría en dos semana, cita a la consulta de



Recomendación 3/2015

neurología en el **Hospital Legaría** para valoración y tratamiento previa cita realizándole para tal efecto Hoja de Referencia y Contrarreferencia, confirmándose en la referencia que efectivamente cursó con **“expulsivo prolongado”** (Foja con número 105 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Unidad Médica Inguarán 23/03/11, Camacho García RN Nota de Alta y Resumen Clínico, Dr. Vázquez MB, Foja con número 106 escrito a mano con crayón rojo Hoja de Referencia y Contrarreferencia del Paciente Neotano, Dr. Sanabria, Dr. Vázquez).

Omitiendo los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo al paciente en este internamiento realizar una adecuada y acuciosa exploración física y realizar electroencefalograma y tomografía de cráneo lo anterior porque no diagnosticaron la **atrofia e infarto cerebral como secuelas de la hipoxia neonatal, que ya presentaba** y que se documentó posteriormente el **27 de abril de 2011**, por el neurocirujano **Dr. Agustín López Cortez, omitiendo** valoración por neurología, **omitiendo** realizarle **tamiz neonatal** y aplicarle las vacunas BCG y antipoliomielítica, **omitiendo** el acuerdo llenado de las Hojas de Consentimiento Informando del recién nacido para procedimientos y tratamientos (Foja con número 108 escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Unidad Médica Hospital Materno Infantil Inguarán, Foja 251 escrito a mano con crayón rojo, Consentimiento Informado del Recién Nacido para procedimiento y tratamiento, 01 de marzo d 2011), **incumpliendo** con la **NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la Mujer**, y con la **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998**.

Realizándole certificado de nacimiento al recién nacido (Foja 52, escrita a mano con crayón rojo, Certificado de nacimiento, Carlos Villanueva R. CP 119311) en el cual se consignó en el apartado 25 Anomalías congénitas enfermedades o lesiones del nacido vivo **“sin ninguna aparente”**, confirmándose que los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo al recién nacido desde su nacimiento y hasta su alta de **Hospital Materno Infantil Inguarán, omitiendo** realizar una adecuada y acuciosa exploración física, toda vez que no diagnosticaron oportunamente la **craneosinostosis y microcefalia** como se documentó el **27 de abril de 2011** por el neurocirujano **Dr. Agustín López Cortez, omitiendo** realizare **tamiz neonatal** para la prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito y **omitiendo** la aplicación de las vacunas BCG y antipoliomielítica, incumpliendo con la **NOM-007-SSA2-1993** y con la **Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento**.

Observándose que el día siguiente de su egreso del **Hospital Materno Infantil Inguarán** el **24 de marzo de 2011**, ingresó a urgencias del **Hospital Pediátrico Iztacalco**, de la Secretaría de Salud, del Distrito Federal, encontrándolo la médico tratante **Dr. Pedraza Escamilla** a las **19:00 horas** con los antecedentes ya conocidos, con dificultad respiratoria moderada-severa, a la exploración física peso de 3280 grs, talla 50 cms, perímetro torácico 31 cms, perímetro abdominal 34 cms, pie 8 cms, perímetro cefálico 36 cms, frecuencia respiratoria 40x', frecuencia cardiaca, 120x', 36.7°C, pálido, hiporreactivo, hipoactivo, con dificultad respiratoria, secreciones orofaríngeas, cardiopulmonar, abdominal, genitales y extremidades sin compromiso integrando los diagnósticos de **recién nacido de término, displasia broncopulmonar a estatificar, probable sepsis, crisis convulsivas**, aspirándole secreciones, colocándole oxígeno no invasivo, indicando esquema de soluciones a dosis ponderal, anticonvulsivante (difenhidantoina) doble antibiótico (dicloxacilina-ceftriaxona), medidas de inhaloterapia, con toma de laboratoriales y radiografía de tórax, reportándolo grave a sus familiares (Foja 125 reverso, escrito a mano con crayón rojo Ciudad de México, Secretaría de Salud, nota de ingreso a urgencias).

Ingresando ese mismo día **24 de marzo de 2011**, al servicio de lactantes recibíendose con los antecedentes ya señalados aún con dificultad respiratoria a pesar de la oxigenoterapia, por laboratorio con leucocitosis de 25200 (normal 4-10,00) indicativo de proceso infeccioso severo, estableciendo el diagnóstico de **recién nacido de término eutrófico, displasia broncopulmonar a clasificar** (la displasia broncopulmonar es el daño pulmonar crónico que resulta de la ventilación mecánica agresiva en recién nacidos con falla respiratoria severa dependientes de oxígeno observándose como imágenes anormales pulmonares crónicas en la radiografía de tórax) **probable sepsis, crisis convulsivas,**



Recomendación 3/2015

indicando ayuno hasta nueva orden, continuar con soluciones a dosis ponderal, mantener en cuna de calor radiante, doble esquema antimicrobiano y apoyo por inhaloterapia (Foja número 127 y reverso escrito a mano con croan rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, Pediátrico Iztacalco 24/03/11, 20:30 horas Nota de Ingreso a lactantes), reportándolo grave con pronóstico reservado al padre.

Permaneciendo hospitalizado durante aproximadamente ocho días, cursando con tolerancia a la vía oral, mejoría del patrón respiratorio, signos vitales estables, afebril, metabolíticamente estable, con micciones y evacuaciones al corriente, sin eventos convulsivos, manejándose con vigilancia estrecha, oximetría de pulso, medidas dietéticas, oxigenoterapia no invasiva, aspiración gentil de secreciones, micronebulizaciones, esquema de soluciones a requerimiento y dosis ponderal, electrolitos, multivitamínicos, glicemias capilares por turno, control de líquidos, vigilancia del patrón respiratorio, monitoreo continuo, anticonvulsivantes a dosis idóneas, doble esquema antimicrobiano (dicloxacilina y ceftriaxona), diuréticos (espironolactona, hidroclorotiazida) toma de laboratoriales, gasometrías y radiografías de control, cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno, normoterapia en cuna radiante, toma de policultivos, determinación de niveles séricos de anticonvulsivantes (que en fecha 31 de marzo de 2011 se reportaron dentro de parámetros aceptables) brindándole capacitaciones a la madre **manejo adecuado** que permitió su evolución hacia la mejoría egresando el **1º de abril de 2011**, con indicaciones de seno materno a libre demanda, o fórmula maternizada cada tres horas, difenilhidantoína (anticonvulsivante) hidroclorotiazida y espironolactona (diuréticos) a dosis ponderal esteroide antiinflamatorio en spray (beclometasona), doble antibiótico (cefuroxima, dicloxacilina), saca cita para neumología y neurología, cita con la **Dra. Bolaños el 31 de marzo de 2011**, informando sobre datos de alarma (dificultan respiratoria, coloración morada o pálida, fiebre de difícil control), y acudir a control del niño sano a su Centro de Salud (Foja 131 y reverso escrito a mano con crayón rojo, Ciudad de México, Secretaría de Salud, 01/abr/11, Nota de egreso Dra. María de Jesús Bolaños Rodríguez pediatra)

Siendo valorado el **27 de abril de 2011**, a las **09:40 horas** por el neurocirujano **Dr. Agustín López Cortez** (sin poder especificar en qué Unidad Medica porque en la nota no se escribe), encontrándolo con el diagnóstico de **craneosinostosis y microcefalia**, documentándose por tomografía **atrofia e infarto cerebral**, integrando por tales hallazgos el diagnóstico de **secuelas de hipoxia neonatal**, indicando como plan de manejo estimulación temprana refiriéndolo a su unidad toda vez que no presentaba datos de problema neuroquirúrgico (Foja reverso número 71 escrito a mano con crayón rojo, 27/04/11, 9:40 horas Nota de Neurocirugía, Dr. Agustín López Cortez NC 3411446)

Según Constancia Médica firmada por la **Dras. María de Lourdes Hernández Salgaña e Isela Abortes Rosales** directora y subdirectora médica del Centro de Rehabilitación por causar con **secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica, atrofia cordial severa, leucoencefalomalacia, microcefalia, cuadriparesia espástica leve, alteración global del neurodesarrollo actividad epiléptica** en tratamiento, además de desnutrición aguda moderada, probable enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipoacusia superficial bilateral para tonos altos, retardo de la conducción de una vía visual bilateral secundario a inmadurez de la vía (Foja 199 escrito a mano con crayón rojo Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Neza, 03 de octubre de 2012, Dras. María de Lourdes Hernández Saldaña e Isela Abortes Rosales directora y subdirectora médicas).

Siendo la **atrofia cortical severa, leucoencefalomalacia, cuadriparesia espástica leve, alteración global del neurodesarrollo, actividad epiléptica**, secuelas graves irreversibles derivadas de manera directa de la **encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a la asfixia fetal severa no recuperada** manifestada con **depresión del producto al nacimiento**, por un **síndrome de aspiración de meconio** provocado por un **periodo exclusivo prolongado** que tuvo una duración aproximada de **110 minutos**, favorecida aún **más** por la **hipertonía uterina provocada** por el uso indiscriminado de oxitócica que provocó **estrés en el producto y sufrimiento fetal agudo**, por la **ruptura prematura de membranas artificial de más de cinco horas** que favoreció el proceso infeccioso con el cual cursó el bebito confirmado por laboratorio (en la UCIN con leucos de la fecha), por la **omisión** en



Recomendación 3/2015

la oxigenación de la madre durante todo el tiempo que estuvo con borramiento y dilatación completos, **manejo médico inadecuado** brindando por los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la paciente desde su ingreso a urgencias y en particular por el médico tratante que atendió el parto **Dr. Carlos Salgado Rabadán**, como ya se señaló.

Se reitera que la **craneosinostosis y microcefalia** (cierre prematuro de una o varias suturas craneales), es un **defecto al nacimiento**, que pasó desapercibido por los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo al recién nacido en el **Hospital Materno Infantil Inguarán**, lo cual se confirma porque en ninguna nota médica se menciona esta anomalía, siendo necesario aclarar, en este apartado que la **craneosinostosis y microcefalia**, **NO** fueron la causa de que el recién nacido presente **atrofia e infarto cerebral**, sino que estas secuelas son complicaciones graves derivadas de manera directa de la **asfixia perinatal** que no fue adecuada y oportunamente diagnosticada y manejada como ya se señaló.

CONCLUSIONES

1.- Conforme a los estándares regulatorios de la actividad médica, la atención brindada a la peticionaria [...] [Nombre de la persona peticionaria F], al momento del parto, así como al menor [...] [nombre del niño agraviado F], al momento de su nacimiento, por personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán **NO** fue la adecuada.

2.- Existió **MALA PRÁCTICA MÉDICA** en la atención del parto de la peticionaria [...] [Nombre de la persona agraviada F], y la tardanza en la atención del mismo derivó en la afectación psicofísica del menor [...] [nombre del niño agraviado F].

3.- **SI** existió un período expulsivo prolongado en la atención de parto de la peticionaria [...] [Nombre de la persona agraviada F].

4.- La atención médica brindada al recién nacido [...] [nombre del niño agraviado F], en el Hospital Materno Infantil Inguarán **NO FUE ADECUADA**.

5.- Las causas de la asfixia perinatal del recién nacido [...] [nombre del niño agraviado F], se debieron a la **omisión** de una vigilancia estrecha por parte de los médicos tratantes que **no advirtieron** que cursaba con un embarazo de alto riesgo, por la **inadecuada** ruptura prematura de membranas artificiales de más de cinco horas que favoreció el ascenso de la infección materna, por la hipertensión uterina provocada por el uso indiscriminado de oxitocina que provocó estrés en el producto y sufrimiento fetal agudo, por la **omisión** en la oxigenación de la madre durante todo el tiempo que estuvo con borramiento y dilatación completos, y lo más grave aún por el período expulsivo prolongado que tuvo una duración aproximada de 110 minutos.

[...]

44. Valoración psicosocial de fecha 20 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

En el caso de [la persona agraviada F] [...]. Respecto a su desempeño físico éste se percibe como deteriorado, que le impide el disfrute de sus actividades; son comunes los sentimientos de indefensión y desesperanza. Existe una disminución en su capacidad de concentración,



Recomendación 3/2015

muestra estados emocionales parecidos a la depresión, con sentimientos de inutilidad, enojo y ansiedad. Muestra limitaciones para el disfrute de su tiempo libre y nostalgia por las actividades que desarrollaba, pero al mismo tiempo ha sabido contener las rutinas que implican su situación actual.

CONCLUSIONES

La violencia obstétrica que se identificó [...], generó un proceso de parto inseguro e indigno a su condición de mujer y madre, generando un fuerte estrés así como sentimientos de incertidumbre, impotencia, inseguridad, culpa y enojo. Estos hechos generaron impactaron en su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social. El impacto a su sistema de creencias y sensación de seguridad, se relaciona con el temor a acudir nuevamente a una institución de salud pública.

La sintomatología descrita por la señora [la persona agraviada F] es consistente con los resultados de los instrumentos psicométricos aplicados, es la esperada en mujeres que han estado expuestas a contextos de violencia; sin embargo, la situación que más afecta actualmente su estado emocional, es el desgaste emocional y físico que ha representado la condición de discapacidad de su hijo [...], pues como resultado de la misma, presenta una grave limitación en el desarrollo de sus capacidades y la imposibilidad de una vida independiente. Lo anterior ha requerido que [la persona agraviada F] cumpla el rol de cuidadora principal, dedicando totalmente su tiempo a los cuidados que requiere su hijo y la atención médica que es necesaria.

Lo anterior, ha generado aislamiento social, cambio en su proyecto de vida; situaciones que han deteriorado su nivel de calidad de vida y salud, estando en riesgo de presentar alguna enfermedad. [...].

Caso G. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/12/D5551

45. Acta de defunción 540737 de fecha 18 de agosto de 2012, suscrita por el Juez 26 del Registro Civil del Distrito Federal, en la cual se observa la siguiente información:

[...]
Causa (s) de muerte CHOQUE HIPOVOLEMICO. ANEMIA AGUDA: SANGRADO POST PARTO MASIVO EXTRAUTERINO.
[...]

46. Acta circunstanciada de fecha 6 de septiembre de 2012, suscrita por un visitador adjunto a esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]
5 de septiembre de 2012. [...] [Nombre de la persona agraviada G], hija de la [...] [Nombre de la persona agraviada G] quien fue internada el jueves 16 de agosto de 2012 a las 9:00 pm en el Hospital general de Tláhuac yo y mi mamá [...] llegamos al hospital a las 8:30 pm en el área de urgencias para mujeres embarazadas entramos a entregar papeles para que le dieran consulta nos hicieron esperar 30 min para pasarla a consulta a las 9:00 pm la ingresaron al consultorio después de eso pasaron otros 30 minutos en ese transcurso del tiempo a los familiares de las pacientes nos hicieron que nos pas[á]ramos del otro lado de la sala urgencias dieron las 9:30 pm cuando uno de los encargados de atender a la gente para revisarle los papeles llamo a los familiares de mi paciente [...] y me hicieron que



Recomendación 3/2015

entrara al consultorio [...] al entrar al consultorio yo encontré a mi mamá con una bata azul y bajando de la camilla ella se encontraba muy sonrojada al entrar también al consultorio del lado de la camilla se encontraba un monitor donde yo me percate que a mi paciente le habían realizado un ultrasonido porque en el monitor se encontraba lo que era la columna de mi paciente porque en la hora en que entre al consultorio la enfermera me dijo que recogiera su ropa y me despidiera de mi paciente después el médico que también se encontraba en el consultorio me dijo que mi paciente ya se iba a quedar internada que ya se encontraba en labor de parto que tenía 4 de dilatación y que por cada centímetro que bajara el bebé se iba a tardar 1 hora con 30 minutos y que ellos iban a salir a dar informes después de que el médico me explicó yo recogí la ropa de mi mamá y me despedí [...] Salí del consultorio a las 9:45.

En ese momento salí del consultorio con la ropa de mi mamá y de inmediato le informe a mi padre el señor [...] [nombre del esposo] de la paciente [...] Salí del hospital dije lo que el médico me había explicado y entregue la ropa de mi mamá y después volví al Hospital para estar al pendiente de alguna información acerca de mi mamá después [mi papá] también ingreso al Hospital esperando informes de nuestra paciente yo y mi papá estuvimos toda la madrugada en la sala de espera del Hospital esperando a que nos salieran a decir como estaba o como se encontraba nuestra paciente toda la madrugada estuvimos sin recibir algún informe por parte de las enfermeras, doctores y trabajo social después de esperar toda la madrugada mi papá pidió informes con la trabajadora social acerca de nuestra paciente la trabajadora solo dijo que nuestra paciente todavía se encontraba en observación eso fue toda la información que nos proporcionó la hora en que mi padre pidió informes eran las 5:00 am después de esa hora esperamos 2 horas y de nuevamente a las 6:00 am mi papá se acercó con la trabajadora social nuevamente para pedir informes pero lo único que le dijeron es que ya se encontraba en labor de parto y allí en ese lado de urgencias ya no nos iban a dar informes que nos teníamos que pasar al otro lado de urgencias en el lugar donde llegué con mi paciente después de estar allí 2 horas más yo me acerque con la trabajadora social a pedir más informes a la trabajadora social que me atendió que era otra que era la del turno de la mañana yo le pregunte acerca de mi paciente de cómo se encontraba yo le dije que si ella se encontraba bien porque toda la madrugada había estado adentro y nadie nos había salido a dar informes la trabajadora social me respondió que ella ahorita iba integrándose a su turno de la mañana pero que ella ya había ido a hacer su recorrido y que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada G] estaba en quirófano que ya había nacido la bebé que estaba en recuperación y que ella todavía la tenían en quirófano y que solo las separaban por un ratito pero que después las volvían a juntar después, le pregunte a la trabajadora social que como había salido el parto, que si mi paciente se encontraba bien, la trabajadora me respondió que el parto había sido normal solo que la paciente aun se encontraba en quirófano porque la estaban limpiando y que el bebé había sido niña. Que había pesado 3.200 Kg y que había medido 52 centímetros y que a la bebé la tenían en recuperación pero que todo había salido bien que había sido parto normal y después yo le dije que como había sido niña si semanas antes en el centro de salud le habían realizado un ultrasonido donde le explicaron que era un niño yo le dije que entonces no podía ser una niña y la trabajadora social me respondió que sí que era una niña y también me dijo que el médico iba a salir en 30 minutos que porque también era del turno de la mañana y que todavía no tenía bien sus reportes que nos esperáramos 30 minutos para que nos salieran a dar más informes. Salí del consultorio de la trabajadora social y le explique a mi papá lo que me habían dicho. Después de un rato mi papá también fue con la trabajadora social a pedir informes y le dijo que había sido niña que ellas estaban bien y que ya hasta les iban a dar de comer para pasarlas a piso después pasaron 3:30 horas del informe que yo había ido a pedir dieron las 11:30 am



Recomendación 3/2015

cuando la ginecóloga salió a llamar a los familiares de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada] en ese momento yo entre porque me encontraba a dentro del Hospital para recibir informes en ese momento entre al consultorio con la ginecóloga para darme informes en el momento en que entre la ginecóloga se presento me dijo su nombre el cual no recuerdo ella me empez[ó] a decir que había buenas y malas noticias me empez[ó] a decir que el parto había sido normal y que había estado bien.

Que el bebé estaba bien que había sido niño Que había pesado 3.200 Kg Que había medido 52 centímetros que estaba sano el bebé y yo en ese momento le respond[i] que yo había pedido informes con la trabajadora social y ella me había dicho que era una niña entonces la ginecóloga me dijo que no. Que si había sido un niño, después me dijo que había una mala noticia, que mi mamá hab[i]a estado muy bien en el parto pero que a la hora de que la placenta i[b]a a salir se trajo con ella una hemorra[g]ia y que en ese momento le detuvieron la placenta con medicamentos pero que después otra vez la hemorra[g]ia se vino y más fuerte la cual no aguanto y había entrado en un paro cardiaco y le dije que no era posible que mi mamá estuviera así yo empe[cé] a llorar porque yo sab[i]a que al entrar en paro cardiaco su corazón hab[i]a dejado de latir y era imposible que la revivieran pero la ginecóloga me dijo que me calmara que había 4 médicos con ellos y que estaban haciendo lo posible para revivirla en ese momento, yo estaba llorando y la ginecóloga dijo que si yo era menor de edad yo le dije que tenía 17 años y me pregunto que si alguien más venia conmigo yo le respondí que si que mi papá se encontraba afuera en ese momento se acerco una enfermera yo creo que me vio que estaba llorando no le dijo nada y se me quedo viendo y lo único que le dijo es que fuera para [allá] por que no habían buenas noticias entonces en ese momento yo le dije a la enfermera que le hab[i]a pasado a mi mamá y la enfermera solo a la ginecóloga y a mí no me respondió nada despu[és] la enfermera se retiro y la ginecóloga me dijo que firmara una hoja que me dio que en ese momento no leí y me dijo que pusiera mi nombre y que pusiera que yo hab[i]a recibido informes de mi paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] y de que podía morir despu[és] de que me hizo firmar me dijo que saliera y que ellos i[b]an a salir a darnos informes y que en ese momento ella i[b]a a ir a ver como estaba mi mamá en cuanto salí del consultorio yo le informe a mi papá [...] de lo que la ginecóloga me hab[i]a dicho despu[és] como a los 20 o 30 minutos salió la ginecóloga y la trabajadora social y le dieron informes a mi papa de que mi mamá hab[i]a fallecido que ellos habían hecho lo posible pero que no sobrevivió despu[és] de que nos avisaron yo y mi papá queríamos ver a mi mamá pero no nos permitieron la entrada desde que ella se quedo internada despu[és] mi papá yo y la prima de mi mamá [...] entramos al Hospital por el bebé, la trabajadora social le dijo a mi papá que pasara por el bebe porque él era el papá, pero mi papá dijo que no porque no sabía cambiarlo, le dijo que entrara la prima de mi mamá y dijeron que no despu[és] yo les dije que me dejaran entrar a mí que yo era su hermana y dijeron que si pero despu[és] me dijeron que si era menor de edad y les dije que sí, me metieron pero me tuvieron esperando a dentro y despu[és] me dijeron que mejor entrara la prima de mi mamá porque ella si era mayor de edad entonces si me moleste porque para que me hicieron firmar no les importo que yo era menor de edad y para reco[g]er a mi hermano no me dejaron (sic) [...]”.

47. Oficio número DHGT/1064/12 de fecha 21 de septiembre de 2012, suscrito por José Narro Robles, Director del Hospital General Tláhuac “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua”, en el cual se informa lo siguiente:

[...]



Recomendación 3/2015

Solamente existe registro en el expediente de la Sra. [...] [Nombre de la persona agraviada G] de que se proporcionó informes a las 9:00 horas en la nota de Trabajo Social firmada por la Lic. T.S Priscila Cabello Reyes, hay una nota en el expediente citado, de las 11:20 horas del día 17 de agosto en el que se señala que "Se dan informes del estado de gravedad de la paciente y del riesgo de muerte", la que no tiene nombre ni firma de quien lo escribió y dio el informe, pero cuando solicitamos informes al respecto, la Dra. Ana Lilia Vázquez Márquez, Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, reconoció que ella escribió la nota y olvidó anotar su nombre y firma, y proporcionó informes a la C. [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G] para cumplir su obligación de informar y respetar el derecho del familiar a ser informada, quien anotó: "Recibí informes de mi madre y su riesgo de muerte" (*sic.*) y su nombre sin rúbrica. No contamos con evidencia documentada de que hayan proporcionado informes a las 7:30 y 9:30 horas.

[...]

No existe normatividad interna en el Hospital General de Tláhuac para proporcionar informes a menores de edad, porque no está permitido que un menor reciba informes dada su condición, a menos que se haga en presencia de un adulto de su confianza. En el caso de la Srita. [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G], en el momento que se le informó, la Dra. Ana Lilia Vázquez no contaba con el resto del expediente de la Sra. [...] [Nombre de la persona agraviada G] y consideró que la Srita. [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G] era una persona adulta, de acuerdo a su fisonomía.

[...]

48. Reporte de exhumación, expediente IN.CI.FO.4270/2012.de fecha 5 de diciembre de 2012, el cual obra en la averiguación previa ESP/B/T1/2122/12-09, el cual contiene la siguiente información:

[...]

EN LA ABDOMINAL: El hígado, bazo, páncreas y riñones en estado de tanatoconservación, pálidos en la superficie y a los cortes. El útero con peso de 940 gramos, aumentado en tamaño de todas sus dimensiones, midiendo 20 por 16 por 6 centímetros, con un desgarro a nivel de cérvix, de 4.5 centímetros, localizado a las siete horas de acuerdo a la caratula del reloj, el cual se observa reparado con material de sutura tipo catgut, presentando un punto de anclaje en su porción posterior, puntos continuos con dehiscencia parcial de este material, afrontado completamente el labio del cérvix. Presencia de diez torundas (algodón compactado) las cuales se observan embebidas en material de tanatoconservación (formol) y escasa sangre. No se observa presencia de coágulos ni restos hemáticos.

[...]

49. Memorándum número HGT/JUTQ/0166/13 de fecha 3 de julio de 2013, suscrito por la Doctora Ana Lilia Vázquez Márquez, Jefa de Toco cirugía del Hospital General de Tláhuac "Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua", en el cual consta la siguiente información:

[...]

[En la nota médica firmada por la Dra. Karla Paola Moreno Ortiz el 14 de agosto del 2012, a las 21:35 horas, se documenta que la Paciente acudió por referir contractilidad uterina; sin embargo, en la valoración médica no se mencionan las características clínicas de dichas contracciones ¿Cuáles fueron las características clínicas de dichas contracciones?]. 1. Se desconoce cuáles fueron las características clínicas de dichas contracciones ya que el



Recomendación 3/2015

expediente no cuenta con dicha nota médica firmada por la Dra. Karla Paola Moreno Ortiz del día 14 de agosto de 2012 a las 21:35 horas

[El día que ingresa la Paciente para atención médica del trabajo de parto, ¿se tomó en cuenta la nota médica mencionada en el punto anterior? En caso de ser negativa la respuesta, especifique cuál fue la razón de no tomar en cuenta dicha nota.] 2. No se tomó en cuenta la nota médica mencionada en el punto anterior ya que no se cuenta en el expediente con dicha nota referida.

[Durante la atención del trabajo de parto ¿se aplicó algún procedimiento anestésico a la Paciente?] 3. En el expediente no se hace referencia documentada de aplicación de algún procedimiento anestésico a la paciente durante la atención del trabajo de parto.

[En la nota postparto del 17 de agosto del 2012, firmada por el Dr. Servando E. Viguera Jurado, se menciona que al momento del parto existe una prolongación de la episiotomía; esta prolongación de la episiotomía ¿qué planos anatómicos abarcó?] 4. [...] Dr. Servando E. Viguera Jurado menciona que al momento del parto existe una prolongación de la episiotomía abarcando a decir de la nota, mucosa vaginal, por lo que se tipifica como grado I.

[¿En qué momento se presentó la prolongación de la episiotomía? y ¿cuánta pérdida sanguínea se calcula que presentó la Paciente en ese momento?] 5. No se menciona en qué momento se presentó la prolongación de la episiotomía ni cuánta pérdida sanguínea se calcula que presentó la Paciente en ese momento.

[En la nota de valoración pre anestésica del 17 de agosto de 2012, se mencionan como diagnósticos preoperatorios: Pbe. Inversión uterina + desgarro de vagina (sic); sin embargo en las notas médicas de Ginecología y Obstetricia no se menciona la posibilidad de una inversión uterina, ¿Cuál es la causa de la discordancia entre ambos diagnósticos?] 6. Se ignora cuál es la causa de la discordancia entre ambos diagnósticos entre las notas médicas de Ginecología y Obstetricia y la nota de valoración pre anestésica del 17 de agosto de 2012 por ambos médicos.

[De acuerdo a los resultados de laboratorio del 16 de agosto de 2012, se reporta que la paciente presenta alteración en las cifras de fibrinógeno y el tiempo de protrombina ¿Cuál es el riesgo médico-quirúrgico que puede presentar una Paciente embarazada en estas condiciones?] 7. Los resultados de laboratorio del 16 de agosto de 2012 donde se reporta que la paciente presenta alteración en las cifras de fibrinógeno y el tiempo de protrombina; el riesgo médico-quirúrgico es igual a la de toda paciente que cursa con un embarazo fisiológicamente normal.

[¿Cuál es la razón que los resultados de laboratorio anteriormente mencionados no se mencionen en las notas clínicas de atención gineco-obstétrica?] 8. Se ignora el motivo por el cual el médico tratante omite la interpretación de los resultados de laboratorio anteriormente mencionados.

[De acuerdo al reporte de enfermería mencionado en las Notas de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano se observa que a las 7:55 horas se aplicó Ergonovina por vía intramuscular, y a las 8:05 horas se aplica Carbetocina 1 ampula por vía intravenosa. ¿Cuál fue la razón de la aplicación de estos medicamentos a la paciente? ¿Por qué no se menciona esto en la nota post parto?] 9. En la nota médica posparto no se encuentra motivo por el cual el médico tratante aplica ergonovina a las 07:55 horas por vía intramuscular, y a las 08:05 la aplicación de carbetocina un ampula por vía intravenosa.

[De acuerdo al Registro de Anestesia y Recuperación del 17 de agosto de 2012 se mencionan como diagnósticos preoperatorios: desgarro de vagina y útero (sic). Cuando la paciente se encuentra en recuperación anestésica, desde las 09:10 hasta las 11:15 horas se observa palidez en la paciente. Al presentar, aparentemente, un desgarro de pared vaginal con una pérdida sanguínea de 800 ml dicha pérdida sanguínea ¿justificaría la

9



Recomendación 3/2015

palidez que presentó durante su evolución post quirúrgica la paciente? ¿Cuáles fueron las acciones médicas que se implementaron para investigar el origen de la palidez que presentó la paciente?] 10. Se justifica la palidez que presentó durante su evolución postquirúrgica la paciente a raíz de que se encuentra documentado en la hoja de anestesiología posterior a evento quirúrgico cifras de hipotensión, aunada a la pérdida sanguínea documentada de 800 ml postparto. Las acciones médicas que se implementaron para investigar el origen de la palidez que presentó la paciente no se hayan documentadas. [En las indicaciones médicas del 17 de agosto de 2012 a las 09:20 horas, se observa que se solicita realizar una fórmula roja inmediatamente. ¿Cuál fue la razón de dicha indicación?] 11. Solo se encuentra en el expediente clínico indicaciones a las 09:20 horas que el personal médico que atendía a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] tuviera la sospecha de una posible hemorragia.

[¿Cuáles fueron las acciones diagnóstico terapéuticas realizadas por el personal médico que atendía a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G], cuando desde las 09:20 horas se tenía la sospecha de una posible hemorragia?] 12. No hay evidencia documentada en notas médicas que a las 09:20 horas que el personal médico que atendía a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] tuviera la sospecha de una posible hemorragia.

[¿Cuál fue la sospecha clínica y las acciones diagnóstico terapéuticas cuando se observó que la paciente, según los registros de enfermería del 17 de agosto de 2012 comenzó con una disminución gradual de la tensión arterial, además de persistir con taquicardia y taquipnea tiempo después de la revisión de cavidad uterina? Lo anterior a pesar de la administración de soluciones intravenosas.] 13. Se activa Código Mátér a las 11:20 horas del 17 de agosto de 2012 cuando enfermería informa que la paciente se encuentra con datos de choque súbito según se constata en nota médica firmada por el Dr. Servando E. Viguera Jurado Ginecólogo así como la nota de anestesia de las 11:40 horas donde se menciona choque hipovolémico.

[¿Cuánto tiempo es lo esperado que permanezca una Paciente en el área de recuperación después de un parto vaginal?] 14. Normalmente la estancia en recuperación postparto es de 2 horas que va dependiendo de las necesidades del servicio y ocupación de camas en hospitalización.

[¿Cuál fue la evolución del estado neurológico de la Paciente durante su estancia en recuperación?] 15. Basándonos en la nota de seguimiento de valoración de la recuperación anestésica la paciente al salir de quirófano a las 09:10 horas presenta movilidad voluntaria de extremidades con calificación de 2, respiraciones amplias y capaz de toser con calificación de 2, tensión arterial con calificación de 2, completamente despierto con calificación de 1 y coloración pálida con calificación de 1. Dando un total de 8 puntos, el seguimiento es dado cada 20 minutos hasta los 120 minutos donde la calificación fue de 9; lo que traduce un estado neurológico íntegro.

[¿Cuál es el tiempo de respuesta para tipar y cruzar un paquete globular en el Hospital General Tláhuac?] 16. A decir del Jefe de Servicio de Banco de Sangre el tiempo de respuesta para tipar y cruzar un paquete globular en el Hospital General Tláhuac es de 1 hora.

[¿El Hospital General Tláhuac contaba en ese momento con Banco de Sangre?] 17. El Hospital General Tláhuac NO (negativo) contaba con ese momento con Banco de Sangre.

[¿Cuáles son los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato con los que cuenta el Hospital General Tláhuac?] 18. Los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato en el Hospital General Tláhuac se basan en las guías de Práctica Clínica del Sector Salud y en el manual de Organización de la Unidad de Tococirugía de la Secretaría de Salud.



Recomendación 3/2015

[En el certificado de defunción se coloca como causa directa de la muerte Choque hipovolémico ¿cuál es la justificación clínica para este diagnóstico?] 19. En el certificado de defunción se coloca como causa directa de la muerte Choque hipovolémico como resultante del cuadro clínico que presentó la paciente: hipotensión, taquicardia, diaforesis sin respuesta a órdenes, obnubilación y con palidez de tegumentos; signos inequívocos de choque hipovolémico.

[¿Cuál es la justificación clínica para pensar en una hemorragia extrauterina?] 20. La justificación clínica que se documenta para pensar en una hemorragia extrauterina se basa en que se documenta en notas de enfermería y médicas el sangrado transvaginal mínimo.

[El resultado de la fórmula roja (biometría hemática) del 17 certificado. Se solicita conocer el resultado de dicho estudio de laboratorio, así como contar con la impresión de los estudios de laboratorio del 17 de agosto de 2012.] 21. Se ignora por qué no se encuentra el resultado de la fórmula roja (Biometría hemática) del 17 de agosto de 2012; solo la impresión de estudios del 16 de agosto de 2012 a las 11:20 horas pm.

[Cuál es el tiempo que transcurre entre la recepción de una muestra urgente en el laboratorio clínico y la entrega de una muestra urgente en el laboratorio clínico y la entrega del mismo al servicio que lo solicitó. En específico, conocer cuáles fueron los horarios de recepción, procesamiento y entrega de resultados de laboratorio de la paciente [...]

[Nombre de la persona agraviada G] el 17 de agosto de 2012] 22. A decir de Jefe de Laboratorio el tiempo que transcurre entre la recepción de una muestra urgente en el laboratorio clínico y la entrega del mismo servicio que lo solicitó es aproximadamente de 60 a 90 minutos. Los horarios de recepción, procesamiento y entrega de resultados de laboratorio de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] el 17 de agosto de 2012, es imposible rastrear porque se cambió borrando todo registro de años previos.

[...]

50. Declaración de la servidora pública Idalyd Ortega Miranda, Enfermera que atendió a la persona agraviada G, adscrita al Hospital General Tláhuac, de fecha 28 de octubre de 2013, la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T1/2122/12-09, en la cual se señala lo siguiente:

[...] POR LO QUE RESPECTA A SUS SIGNOS VITALES NO ERAN NORMALES [...]
[...] SI TUVO CONOCIMIENTO DE QUE LA PACIENTE [...] SUFRIÓ DE PERFORACIÓN DE ÚTERO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO [...] NO, NADIE ME INFORM[Ó] DE DICHA SITUACIÓN, ASÍ COMO TAMPOCO QUED[Ó] PLASMADA EN LA NOTA SUSCRITA [...].

51. Opinión médica de fecha 9 de diciembre de 2013, suscrita por personal médico de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual contiene la siguiente información:

[...]

IV. RESULTADOS OBTENIDOS

Notas del expediente clínico del Hospital General Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El cual como datos relevantes menciona:

(16.8.12 Sin hora) Hoja de Atención de Urgencias: (...) [...] Irregular G[gesta]:II P [partos]1 3000grs. No control prenatal Alérgicos (+) PENICILINA Y CEFALOSPORINAS QUIRÚRGICOS (-), USG [ultrasonido]: 10-04-12 23.3 SDG [semanas de gestación] Transplado 41.5. SDG.

Acude a valoración por referir actividad uterina y salida de líquido transvaginal, percibe movimientos fetales, niega síntomas de vaso espasmo.



Recomendación 3/2015

EF [exploración física]. Glasgow 15, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen globoso útero gestante con PUVI [producto único vivo] con FCF [frecuencia cardiaca fetal] 152 X', SL PC [presentación cefálica fetal] DD, TV cérvix central 4 dilatación, borramiento 50%, pelvis útil; LA [líquido amniótico] claro extremidades simétricas y funcionales, Tarnier, Valsalva (+)
 IDX Embarazo de 41.5 SDG x USG 2do trimestre + TDP FA [trabajo de parto en fase activa]+ RPM [ruptura de membranas] (05:00)
 PLAN, Hidratación
 Antibióticos
 RCTG [registro cardiográfico]
 Pba de trabajo de parto. [...]

(16.08.2012 02:00 horas) Nota de valoración Unidad Toco Quirúrgica: (...) Paciente de 32 Años G2, P:1 + Embarazo de 41.5 SDG X FUM + TDP FA + Ruptura Precoz de membranas.
 (...) Actividad uterina regular. Percibe adecuada movilidad fetal. No vasoespasmódicos.
 (...) Adecuadas condiciones generales, PUVI, PC, SL, DD, FCF: 149 x', TV: Cérvix central, D [dilatación]: 4 cms B [borramiento]: 50%, amnios: roto, Valsalva: Positivo LAC [líquido amniótico claro] no fétido. Ms Infs [miembros inferiores] SDP [sin datos pedagógicos] REEMS NL de 2 + (sic)
 (...) IDX: G2, P: 1 + Emb de 41.5 SDG X FUM + TDPFA/Ruptura Precoz de membranas.
 (...) Antibioticoterapia, Valoración del Binomio, RCTG Valorar Vía de Interrupción de la gestación. Tentativamente se espera eutócico [...]

(17/08/12 Sin hora) Nota de valoración Preanestésica: (...) Diagnóstico preoperatorio: Pb Inversión uterina + desgarro de vagina. Cirugía Proyectada: Revisión de cavidad + Reparación de desgarro. (...)

(17/08/12 09:15 horas) Nota Postparto Unidad Toco Quirúrgica: (...) TA 144/50 (...)
 Se pasa paciente con dilatación completa, con producto en presentación cefálica, en IV plano Hodge, se realiza asepsia y antisepsia de la región con colocación de campos estériles, se infiltra con xylocaina para realizar episiotomía media lateral derecha, y se obtiene producto único vivo del sexo masculino que nació a las 7:47hs. Con peso 3,200gr, talla 52cm. Alumbramiento espontáneo con placenta y [...] completos, se observó al momento de revisión del canal de parto prolongación de la episiotomía involucrando mucosa vaginal porque se tipifica como Grado 1. Se solicita sedación a anestesiología para revisión de cavidad uterina y reparación con ayudante de la prolongación. La reparación de la episiotomía efectuándose sin incidentes ni accidentes. Sale de sala de recuperación con vigilancia asistida y monitorizada. Sangrado aprox 800 mls.

IDx. Puerperio Eutócico. Prolongación de episiotomía lateral derecha. (sic)

(17/08/12 Sin hora) Nota Trans y Post Anestésica: Diagnóstico Inicial: Desgarro de vagina + Inversión uterina. (...) Cirugía realizada: Reparación de desgarro vaginal + Revisión de cavidad. (...) Agentes anestésicos: Fentanil (...) Ketamina (...) Balance de líquidos: Egresos: 1000. Ingresos: 1500, Balance total: +500. Diuresis: 70 cc. Sangrado 800 (sic)

MONITOREO	AL INICIO	TRANS ANESTÉSICO (PROMEDIO)	FINAL
Presión arterial (TA)	120/80	90/65	144/50
Frecuencia respiratoria (FR)	10	15	15
Frecuencia Cardiaca (FC)	120 x'	120 x'	120 x'

(...) Incidentes o accidentes: Hipotensa que responde a líquidos. (...)



Recomendación 3/2015

(17/08/12 09:30 horas) Nota de Ingreso a Recuperación: Paciente femenino de 32 años de edad POP [post operatorio] Rev. Cavity con efectos postanestésicos residuales postanestésicos, SV [signos vitales] 144/50 FC: 120 x', FR: 16 x', SP02 99%, Aldrete 8, Ramsay 2, se solicita BH [biometría hemática] por palidez (sic)

(17/08/12 11:20 horas) Valoración Unidad de Cuidados Intensivos Adulto: Se atiende a la paciente en código Mater, la cual encontramos en paro cardiorrespiratorio y participamos en maniobras de resucitación, sin lograrse reversión del proceso, se infiere muerte materna por sangrado masivo postparto extrauterino, por no encontrar evidencia de sangrado a través del canal de parto. [...]

(170812 11:20 horas) Nota de Ginecología y Obstetricia: (...) Se activa código Mater. Se nos informa por enfermería de recuperación que la paciente se encuentra con datos de choque súbito, encuentro paciente [...] taquicárdica, diaforética [sudoración fría], obnubilada [disminución del nivel de conciencia] con Glasgow 10,11 y con palidez de tegumentos a la E.F. encuentra STV [sangrado transvaginal] mínimo útero bien centrado, pero se palpa tumoración abdominal no dependiente de útero de aproximadamente 15cm de diámetro.

Paciente que cae en paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras RCP [resucitación cardiopulmonar] sin respuesta de la paciente dándose hora de muerte 11:55 hs. Se avisa a familiar del deceso.

(17/08/12 Diferentes horas) Notas de Enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano: (...)

Medicamentos (...)	Observaciones (...)
Ergonovina IM 7:55 horas	07:30 Se recibe paciente, pasa a sala de expulsión, se coloca en mesa. Qx. se realiza aseo perianal, se colocan campos.
Carbetocina 1 ampula IV DU 8:05	07:47 Nace producto único vivo del sexo masculino que respira y llora al nacer, se le dan cuidados mediatos e inmediatos de RN por la Dra. Pediatra, pasa a recuperación. Área binomio. Alumbramiento de placenta revisión de cavidad y se realiza episiorrafia.
	08:20 Se da anestesia general endovenosa para practicarle revisión uterina.
	09:00 Termina procedimiento bajo de anestesia residual pasa a recuperación. Enfermera General Bernardina

(18/08/12 Sin hora) Acta de Defunción del Registro Civil, folio 540737: (...) Causa(s) de la Muerte: Choque hipovolémico. Anemia aguda. Sangrado post parto masivo extrauterino. (...)

(17/08/12 14:00 horas) Dictamen del Comité de Mortalidad del Hospital: (...)

ANÁLISIS DEL CASO DE MUERTE MATERNA DE [...] [Nombre de la persona agraviada G] [...]

17-08-12 14:00 HRS

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS, QUE INGRESA AL HOSPITAL EL 16-08-12 A LAS 21:50 HRS., REFIRIENDO COMO ANTECEDENTE EMBARAZO A TÉRMINO Y ACTIVIDAD UTERINA Y LÍQUIDO TRANSVAGINAL DESDE LAS 5:00 HRS. SE INGRESA CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO DE 41.5 SEMANAS DE GESTACIÓN ULTRASONIDO DEL SEGUNDO TRIMESTRE MÁS TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA MAS RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON PLAN B: HIDRATACIÓN, ANTIBIÓTICOS, CON REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO Y PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO, LA PACIENTE PASA A SALA DE EXPULSIÓN A LAS 7:35 HRS. EN PERIODO EXPULSIVO NACIENDO PRODUCTO ÚNICO VIVO DEL SEXO MASCULINO CON 3,200 GRS TALLA DE 52 CMS, QUE NACE A LAS 7:47 HRS. EL ALUMBRAMIENTO SE LLEVA A CABO A LAS 7:50 HRS. SIN PROBLEMA SE EFECTÚA REVISIÓN DE CAVIDAD RUTINARIA BAJO NEURO SEDACIÓN ANESTÉSICA SE PROCEDE A REPARACIÓN DE



Recomendación 3/2015

DESGARRE A NIVEL VAGINAL GRADO 1 Y SE PASA A RECUPERACIÓN REFIRIÉNDOSE UN SANGRADO APROX DE 800ML Y CON SIGNOS VITALES ESTABLES. EL REPORTE ANESTÉSICO, REFIERE CAÍDA DE LA T/A DURANTE LA INDUCCIÓN PERO EGRESO DE LA PACIENTE CON ESTABILIDAD DE SIGNOS.

EL REPORTE DE ENFERMERÍA EN EL TRANS Y DURANTE SU ESTANCIA EN RECUPERACIÓN ES DE SIGNOS ESTABLES Y REGULAR ESTADO GENERAL CON PALIDEZ DE TEGUMENTOS CON INVOLUCIÓN UTERINA Y SANGRADO TRANSVAGINAL MÍNIMO. EVOLUCIÓN ACEPTABLE HASTA LAS 10:50 HRS EN QUE INICIA DISMINUCIÓN GRADUAL DE LA T/A REPORTÁNDOSE A LAS 11:20 CON 90/50 Y 154X. EN ESE MOMENTO SE SOLICITA LA VALORACIÓN POR EL GINECO OBSTETRA EL CUAL ACTIVA EN CÓDIGO MATTER. ACUDIENDO EL ANESTESIÓLOGO A EFECTUAR REANIMACIÓN POR CAÍDA DE LA T/A Y DATOS DE DESATURACIÓN DE LA PACIENTE, POR LO QUE LA INTUBA, INSTALA SUBCLAVIA E INICIA PASO DE AMINAS. SIN EMBARGO, LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE ES AL DETERIORO PROGRESIVO Y FINALMENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO IRREVERSIBLE A LAS 11:35 DE ESTE DÍA.

LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS COMO PROBABLES CAUSALES DE LA DEFUNCIÓN SON:

- CHOQUE HIPOVOLÉMICO DE 15MIN.
- ANEMIA AGUDA DE 15MIN.
- SANGRADO POSTPARTO EXTRAUTERINO MASIVO DE 15 MIN.

SE SOLICITÓ POR PARTE DE LA JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA A LOS FAMILIARES LA REALIZACIÓN DE AUTOPSIA, LA CUAL NO FUE AUTORIZADA POR EL ESPOSO.

ANÁLISIS.

DESPUÉS DE REVISAR EXHAUSTIVAMENTE EL EXPEDIENTE Y RECABAR INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS PARTICIPANTES DEL EVENTO, SE CONCLUYE QUE SE TRATA DE UNA PACIENTE QUE MUERE POR UN EVENTO SÚBITO QUE SE DA EN 15 MIN. DONDE CON LOS DATOS QUE SE TIENEN HUBO UN SANGRADO FATAL EXTRAUTERINO. NO DESCARTAMOS ALGÚN OTRO CAUSAL DEL ESTADO DE CHOQUE Y MUERTE COMO PUDIERA SER TROMBO EMBOLIA PULMONAR, LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATTER Y LA ACCIÓN DE TODOS LO INVOLUCRADOS FUE ADECUADA YA QUE EL LAPSO QUE OCURRE EL EVENTO FUE DE 15 MIN. LA PACIENTE FUE REANIMADA POR EL ANESTESIÓLOGO. REVISADA POR EL GINECO OBSTETRA, ASISTIDA POR EL INTENSIVISTA Y TODO EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA SALA DE RECUPERACIÓN. FUE INTUBADA, SE INSTALÓ CATÉTER CENTRAL, SE INICIÓ PASO DE HEMODERIVADOS Y AMINAS, CONSIDERAMOS NO DEBE DESCARTARSE LA PROBABILIDAD DE ALGÚN OTRO FACTOR CAUSAL DE LA MUERTE.

ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

La paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G], ingresa el 16 de agosto de 2012 a las 21:00 horas al servicio de Urgencias del Hospital General de Tláhuac (en adelante HGT), presentando aparente ruptura prematura de membranas, así como un embarazo de 41. 5 semanas de gestación, al Hospital General de Tláhuac. El producto nace el día 17 de agosto de 2012 a las 07:47 horas. Aparentemente se detecta una prolongación de la episiotomía, clasificándose como desgarro tipo I. Se solicita la intervención del servicio de



Recomendación 3/2015

Anestesiología para realizar una revisión uterina, la cual se realiza sin problemas aparentes. Posteriormente, aun con la paciente en área de recuperación ésta, presenta datos de choque, no respondiendo a las maniobras de reanimación. De lo anterior se desprende lo siguiente:

Es una paciente que ingresa al HGT, con ruptura prematura de membranas y se le maneja antibiótico, lo cual se encontraba indicado.²⁹ La paciente cumplía con los criterios establecidos (dilatación de 4 centímetros, ruptura de membranas) para su ingreso hospitalario por el trabajo de parto que presentaba. En la nota de atención de trabajo de parto, llama la atención que se menciona que la pérdida sanguínea de la paciente fue de 800 mililitros. En este sentido, la pérdida sanguínea esperada en un parto vaginal es de 500 mililitros y hasta 1000 mililitros en una cesárea y en las primeras 24 horas. La nota médica no explica cuál puede ser la causa de ésta pérdida inusual de sangre, solo refiere que se encuentra un desgarro vaginal grado I, evento que difícilmente podría haber contribuido de forma importante a la hemorragia ya que solo afecta piel.³⁰

De acuerdo al expediente clínico, se revisa cavidad uterina, pero en las notas del expediente, no se menciona que se encontró en dicha revisión. No se encontró en el expediente clínico certificado, notas de atención posteriores a las 09:15 por parte de Gineco obstetricia y de las 09:30 por parte de Anestesiología, solo en el momento en que se activa el código Mater³¹, esto es a las 11:20 horas del día 17 de agosto de 2012.

En la nota de valoración pre anestésica se refieren como diagnósticos probables: inversión uterina más desgarro de vagina; sin embargo dicho diagnóstico no se menciona en ninguna nota de Gineco obstetricia. La inversión uterina es una complicación del tercer período del trabajo de parto, infrecuente, pero muy grave que se traduce generalmente en una importante hemorragia y shock neurogénico.³²

De acuerdo a la nota anteriormente mencionada, la paciente posterior a su parto presentaba signos vitales normales. En la nota trans y post anestésica, se menciona que la paciente presenta una diuresis de 70 centímetros cúbicos, un sangrado de 800 mililitros, con egresos de 1000 mililitros e ingresos de 1500. Se reporta que durante el monitoreo de la paciente se encuentra hipotensa pero que responde a líquidos. Además de la hipotensión, la paciente presentó taquicardia: 120 latidos por minuto. A las 09:30 horas se le solicita una biometría hemática a la paciente porque presentaba palidez.

En el Registro de Anestesia y Recuperación se vuelve a mencionar el diagnóstico de inversión uterina y desgarro de vagina. La paciente fue manejada con Fentanyl y Ketamina, medicamentos que se pueden utilizar en situaciones obstétricas como las que presentó la paciente³³. En la recuperación anestésica se observa que egresa de quirófano a las 09:10 horas y es monitorizada a las 09:30, 09:50, 10:30, 11:10 y 11:15 horas. En cada una de los

J

²⁹ Guía de Referencia Rápida, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Instituto Mexicano del Seguro Social, Octubre 2009.

³⁰ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Lesión Obstétrica del Esfínter Anal, publicado por ProSEGO, menciona:

1º grado	Lesión de la piel perineal	
2º grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)	
3º grado	3a	Lesión del esfínter externo <50%
	3b	Lesión del esfínter externo >50%
	3c	Lesión del esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa	

³¹ Briones Garduño Jesús Carlos y cols., Experiencia exitosa con el Código MATER, Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2011: 25(1):43-45, menciona que: (...) el concepto MATER consiste en estructurar un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (gineco-obstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido) cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios capacitados en urgencias obstétricas, durante las 24 h y los 365 días del año.

³² B Tosal a, R Pastor a, Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica, Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Vol. 34. Núm. 01. Enero 2007.

³³ L Cabero y cols, Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Editorial Médica Panamericana, España 2007, pp. 465-466.

Recomendación 3/2015

horarios anteriormente señalados; las tomas de la tensión arterial, se encontró que la frecuencia cardíaca de la paciente se encontraba incrementada (120 latidos por minuto aproximadamente), esto es presentaba taquicardia.

En la Nota de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano se observa que la paciente fue monitorizada de sus signos vitales a las 08:20, 08:30, 08:45, 09:00 y 09:10 horas. Así como también se monitor[é] en los horarios mencionados en el Registro de Anestesia y Recuperación. En todas las monitorizaciones, la paciente presentaba una frecuencia cardíaca igual o mayor de 120 latidos por minuto, así como una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, esto es taquipnea. También se observa que la frecuencia cardíaca se encontró, en la mayoría de las mediciones; por arriba de la presión sistólica.

Lo anterior significa que la paciente presentaba un índice de choque superior de 0.8. Un índice de choque es un indicador temprano de hipovolemia que se presenta aun cuando la frecuencia cardíaca y la presión arterial se encuentren en valores normales. Dicho índice es inversamente proporcional a la eficiencia miocárdica (del corazón),^{34,35,36} Por lo anteriormente mencionado, se encuentra que la paciente ya presentaba datos sugestivos de inestabilidad hemodinámica y de probable choque hipovolémico, esto es: taquicardia, taquipnea, índice de choque superior a 0.8 y palidez.³⁷

De acuerdo las Notas de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano, aparentemente a las 08:47 horas se le inicia a la paciente solución Hartman, que es una solución cristalóide que se utiliza para reposición de volumen³⁸. En el expediente, no se hace constar cual fue la respuesta de la paciente a la terapéutica empleada, esto es, por la reposición de volumen y más aún cuando la paciente presentaba datos sugestivos de choque a pesar de los líquidos suministrados.

A las 07:55 horas se aplica ergonovina intramuscular, oxitocina en la solución dextrosa carbetocina intravenosa a la 08:05 horas y gluconato de calcio a las 08:20 horas. La medicación anteriormente mencionada se utiliza para las hemorragias obstétricas.³⁹ Sin embargo, dicha hemorragia obstétrica no se refiere como diagnóstico en las notas médicas y en dichas notas, no se refiere la utilización de la medicación anteriormente mencionada, tampoco la respuesta (en este caso de la hemorragia obstétrica) a dicha terapéutica.

No se encuentra constancia, en las notas médicas, en la hoja de órdenes médicas o en los registros de Enfermería que a la paciente se le haya monitorizado la diuresis. En una paciente con datos clínicos sugestivos de choque se encuentra indicado monitorizar la diuresis.⁴⁰ Finalmente, a las 11:20 horas; se activa el código Mater porque la paciente presenta datos francos de choque. A la exploración física detectan un sangrado transvaginal mínimo, y una tumoración abdominal no dependiente de útero de aproximadamente 15 centímetros de diámetro, se dan las maniobras básicas y avanzadas de reanimación sin respuesta de la paciente. El código Mater no solo es un código que se utilice para tratamiento de una determinada patología; más bien es un programa integral el cual, dentro de sus objetivos, se encuentra la identificación oportuna de los signos de

³⁴ Monares Zepeda Enrique, Medicina del enfermo en estado crítico y terapia intensiva, ANESTESIA AMBULATORIA Vol. 32. Supl. 1, Abril-Junio 2009. pp S134-S137.

³⁵ Polat DURUKAN y cols, Use of the shock index to diagnose acute hypovolemia, Turk J Med Sci, <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-09-39-6/sag-39-6-2-0710-10.pdf>.

³⁶ Birkhahn RH, Gaeta TJ, Terry D, Bove JJ, Tloczkowski J. Shock index in diagnosing early acute hypovolemia. Am J Emerg Med 2005; 23: 323-326

³⁷ Vélez Álvarez Gladis Adriana y cols, Código Rojo: Guía para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, volumen 60, número 1, 2009, 34-48.

³⁸ Programa de Actualización Continua para Médicos Generales, Shock, Medicina Crítica, Libro 5, parte B, <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/5pb/shock.htm>

³⁹ Medina Arias María del Socorro y cols., Administración de carbetocina y oxitocina a pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010; 15(3):103-107.

⁴⁰ Manual del curso teórico práctico ATLS 2005, séptima edición, p. 79.

Recomendación 3/2015

alarma, como: Sangrado transvaginal u otra vía, taquicardia, taquipnea, cianosis, hipertermia > 38.5 °C, choque.⁴¹

En este sentido es importante mencionar que la paciente ya presentaba datos de choque, sin embargo se desconoce cuál fue la razón para no valorarla médicamente posterior al evento hemorrágico. El hecho de no valorarla, a pesar de ser una paciente que había presentado hemorragia obstétrica e inestabilidad hemodinámica; incumplió la obligación de medios de diagnóstico a los cuales estaba obligado el médico tratante. Al no haberse realizado necropsia no se puede establecer un nexo causal entre la falta de atención médica y la muerte de la paciente, sin embargo si se puede mencionar que dicha falta de atención contribuyó a la evolución tórpida de la paciente y probablemente, a su muerte.

Al no haber nota médica desde las 09:15 por parte de Gineco obstetricia y de las 09:30 por parte de Anestesiología, hasta las 11:20 horas, no se consigna en el expediente la falta de normalización del pulso, tensión arterial, sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción en las primeras dos horas posteriores al parto, lo cual no está acorde a lo señalado en el numeral 5.5.1.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; y con los numerales 8.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

En el expediente clínico, no se documentó las acciones médicas realizadas para investigar el origen de las alteraciones anteriormente mencionadas, se manejó con reposición de volumen y se solicitó una biometría hemática desde las 09:20 horas. A las 11:20 horas no había llegado dicho estudio, cuando el tiempo de entrega de un estudio urgente es de 60 a 90 minutos en promedio, se desconoce el porqué no se encuentra en el expediente clínico, el resultado de dicho estudio. De acuerdo a las respuestas brindadas por el Hospital General Tláhuac, aunque la paciente hubiese requerido alguna unidad de sangre, el HGT no contaba con Banco de Sangre en ese momento, lo cual hubiera complicado la ministración oportuna del tejido sanguíneo, en caso de haberse requerido.

Cabe mencionar que, en la narración de hechos realizada por la señorita [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G] sobre la atención médica que se le realizó a su mamá, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada G], la cual se encuentra en acta circunstanciada del día 06 de septiembre de 2012, en el expediente de queja de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se menciona que: en los informes médicos que ella recibió, se le manejó que la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] al momento de expulsar la placenta presentó una hemorragia, y *que en ese momento le detuvieron la placenta con medicamento pero que después otra vez, que la hemorragia se vino y más fuerte la cual no aguantó y había entrado en un paro cardíaco* (sic). Lo anterior coincide con el manejo para la hemorragia obstétrica otorgado a la paciente; pero dicha hemorragia no se menciona como diagnóstico ni tratamiento en las notas médicas, por lo anterior, no existe constancia en el expediente clínico que se determinará la respuesta y evolución médica posterior de la paciente.

VI. CONCLUSIONES

La atención médica recibida en el Hospital General Tláhuac incumplió la obligación de medios diagnósticos, ya que no brindó la vigilancia, diagnóstico y tratamiento oportuno a una paciente puerpera, la cual presentaba signos sugestivos de choque durante un lapso de dos horas, aproximadamente; a pesar de la terapéutica empleada (soluciones cristaloides), más bien se

⁴¹ Briones Garduño Jesús Carlos y cols.; MATER Equipo de respuesta rápida en obstetricia critica, Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Y Terapia Intensiva, Vol. XXIV, Núm. 3 / Jul.-Sep. 2010 pp. 108-109.



Recomendación 3/2015

adoptó una actitud contemplativa. Lo anterior no cumple con lo señalado en los objetivos del código Mater.

El expediente clínico de la paciente del HGT incumplió los numerales 5.5.1.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; y con los numerales 8.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, lo cual va en detrimento de la calidad de la atención clínica recibida.

Cabe resaltar que, al no contar con necropsia no se puede establecer nexo causal entre la mala práctica médica y la muerte de la paciente, sin embargo, si se puede decir que el incumplimiento los principios científicos de la práctica médica este caso; puso en riesgo la vida de la paciente y existe una alta probabilidad, por la evolución clínica de la agraviada, que dicha mala práctica haya sido factor coadyuvante de su muerte.

[...]

52. Declaración del doctor Iram Barrera Rodríguez, médico que atendió a la persona agraviada G, de fecha 3 de enero de 2014, la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T1/2122/12-09, iniciada con motivo de los hechos, en la cual se asentó lo siguiente:

[...]

VALOR[Ó] A LA PACIENTE EN CUESTIÓN, Y POR MOTIVOS DE EXCESO DE TRABAJO Y FALTA DE PERSONAL ELABOR[Ó] NOTA MÉDICA A LAS 02:00 AM DEL 17 DE AGOSTO DEL DOS MIL DOCE.

[...]

Debido a que en aquel [sic] entonces en el mencionado Hospital No había estudiantes de medicina, médicos internos de pregrado, residentes de Ginecología, ni personal de enfermería suficiente, los tres compañeros de la guardia A Nocturna dividimos nuestro rol por acuerdo verbal tripartita [...].

53. Respuesta de la ampliación del dictamen emitido por la médico gineco obstetra María del Rocío Morales Gómez [sin referencia de adscripción], de fecha 4 de julio de 2014, la cual obra en la averiguación previa ex FSP/B/T1/2122/12-09, iniciada con motivo de los hechos, en la cual se informó lo siguiente:

[...]

Contamos con el expediente de la finada [...] con el estudio de necropsia del día **5 de diciembre de 2012**, avalado por médicos especialistas del Instituto de Ciencias Forenses, donde se incluye la exploración abdominal, la observación macroscópica del útero de 940 gr, con desgarró a nivel del cérvix, localizado a las siete horas, de acuerdo a la carátula del reloj, el cual se observa **reparado** con material de sutura tipo catgut, con dehiscencia parcial, afrontando completamente el labio del cérvix. Así mismo el laboratorio Anatomía Patológica del día **19 de diciembre de 2012** se reporta la descripción histopatológica de útero con edema e inflamación aguda de cérvix, reacción decidual estromal cervical.



Recomendación 3/2015

[...] contamos con dos documentos donde desconozco el valor legal entre ambos, por lo que apegándome al último reporte de patología [...] sólo se menciona inflamación cervical. Aún así, el Dictamen de Necropsia reporta cervicec con desgarro de 4.5 cm **reparado y afrontado**.

[...]

54. Valoración de impacto psicosocial de fecha 31 de marzo de 2015, suscrito por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Después de darle esa información [sobre la gravedad del estado de salud de su madre], que en ese momento se encontraba sola, le dieron una hoja en blanco en la cual le indicaron que tenía que poner que estaba enterada del estado de salud de su paciente, colocar su nombre y su firma al final de la hoja. Anteriormente, le preguntaron si era menor de edad y afirmándolo, le pidieron que de igual forma lo hiciera y nuevamente esperara a que se le dieran informes. Después de firmar la hoja, la doctora le dijo que harían todo lo posible para que estuviera bien, pero [Nombre de la persona agraviada G] sintió que la doctora le estaba mintiendo porque ella sabía que era casi imposible que su mamá saliera de ese estado de salud.

Posteriormente le informan los doctores, tanto a [Nombre de la persona agraviada G] como a su padre, que la señora [Nombre de la persona agraviada G] había perdido la vida y que su hijo se encontraba bien. Respecto a la causa del fallecimiento de la [Nombre de la persona agraviada] no se les mencionó nada. La entrega del recién nacido se le negó a [Nombre de la persona agraviada G] a pesar de que dijo que ya no quería ninguna atención del pediatra y que sólo quería que le entregaran a su hermano, con el argumento de ser menor de edad. Miriam se sintió molesta ante la negativa de entregarle a su hermano diciendo a la doctora que anteriormente, cuando le hicieron firmar la hoja en blanco, no les importó que fuera menor de edad. Además, después de eso ya la habían autorizado para entrar por el bebé pero de inmediato le dijeron que no, que tenía que entrar otro familiar.

[...]

Resultado de Instrumentos de evaluación

Questionario para Trauma de Harvard (HTQ).

Se obtienen un índice total de 2.6 y un índice de síntomas de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM-IV de 3, lo cual es indicativo de Sintomático para Trastorno por Estrés Posttraumático, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos. Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones:

El acontecimiento supuso miedo y espanto; [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G] pensó que su mundo y su vida estaban en peligro.

Pesadillas o sueños angustiosos respecto del acontecimiento.

Nerviosismo asociado a que pudiera ocurrir de nuevo el evento.

Evita actividades y pensamientos que le generan algún recuerdo de los hechos del maltrato que refirió [durante la entrevista].

Presencia de imágenes recurrentes que le son dolorosas de los hechos que refirió.

Recomendación 3/2015

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Se obtiene un resultado de 22 puntos, que corresponde a sintomático para ansiedad, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos. Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones: Miedo a que pase lo peor, dificultad para relajarse, inseguridad, terror y nerviosismo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Se obtiene un resultado de 30 puntos, que corresponde a depresión grave, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos. Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones: Llanto constante, irritabilidad y aislamiento; capacidad laboral e insatisfacción con la vida.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (In Ca Vi Sa)

[...] Los hechos resultan una limitante para el disfrute de su tiempo libre, lo cual es consistente con su cambio radical de vida al asumir diversas responsabilidades que antes no tenía, esto representa una pérdida importante en su salud y estilo de vida. [...].

Conclusiones

Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [Nombre de la hija menor de edad de la persona agraviada G] están directamente relacionadas con los hechos de queja. Situación que generó la disolución familiar y el sentimiento de culpabilizar a su hermano recién nacido por la muerte de su madre. Generó también un odio y/o coraje de intensidades graves, sentimientos de depresión, síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático, afectando su salud y su integridad física y psicológica; su bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como el cambio súbito en su proyecto de vida. La exhumación del cuerpo de su madre frente a ella constituyó un elemento revictimizador importante en la amplia gama de síntomas que presenta a partir de estos hechos. Esta sintomatología psicológica que presenta se vincula a la narración de los hechos que refirió.

[...]

55. Ampliación de opinión médica de fecha 22 de mayo de 2015, suscrita por personal adscrito a esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Al respecto se menciona en el expediente clínico de la paciente que ella no presentaba señales de hemorragia a nivel externo, por lo que el foco hemorrágico debería ser interno e incluso refieren que se palpa una "masa" a nivel abdominal. Sin embargo, en la necropsia, no se documenta alguna lesión de órgano abdominal o de hemorragia al interior de alguna cavidad corporal. El único sitio que se observó con una laceración parcialmente dehiscente fue el cuello cervical de 4.5 centímetros de longitud.

Es de importancia referir que dicha laceración si puede ser causa de alguna hemorragia posparto y, en el presente caso, es la única evidencia anatómica de la etiología de alguna hemorragia.

[...]



Caso H. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/D6186

56. Acta circunstanciada de fecha 3 de octubre de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El dos de octubre del año en curso, acompañó a su prima [...] [Nombre de la persona agraviada] de 18 años de edad, al Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ya que ésta presentaba treinta nueve semanas de gestación, llegaron aproximadamente a las trece horas con treinta minutos; el personal médico la revisó y le dijo que se fuera a caminar y que regresara aproximadamente en cinco horas. Así lo hicieron y a las diecinueve horas de ese día, le dijeron que esperara su turno; su familiar presentaba dolores muy fuertes por lo que la peticionaria insistió que la atendieran, por ello, una Doctora la revisó y le dijo que el bebé ya no presentaba signos vitales, minutos más tarde la subieron a quirófano para suministrarle una inyección y provocarle el parto; no obstante, desde las veintiuna horas no les dan informes sobre la salud de su familiar y la del producto. La peticionaria habló con el Jefe Clínico de quien desconoce el nombre y éste de manera grosera le manifestó que él recibió el turno a las veintitrés horas con treinta minutos del día dos de octubre del presente año, que tiene más de cuarenta pacientes y que haga lo que ella quiera. [...]

57. Oficio número D/1948/12 SM/1013/12 de fecha 3 de octubre de 2012, suscrito por el Doctor Carlos Vázquez Noriega, Director del Hospital General de Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el cual contiene la siguiente información:

[...]

a, y b A la paciente M.A.V.S., se le está brindando el tratamiento adecuado en el Servicio de Gineco-Obstetricia por personal médico especializado, quienes de acuerdo a los lineamientos éticos-médicos y acorde a las Guías de Práctica Clínica sustentada el manejo clínico pertinente a su estado de salud actual, incidiendo en el mejor beneficio para la paciente.

c. El Jefe de Servicio de Gineco-Obstetricia verificará personalmente que la paciente M.S.V.S., reciba la atención médica adecuada, dejando constancia de ello en el Expediente Clínico.

d. El Hospital General de Ticomán cuenta la infraestructura física, técnica y humana suficiente para la atención adecuada de la paciente; no se omite manifestar que en caso de ser estrictamente necesario recibir atención médica en otra unidad con infraestructura más compleja, se realizará de inmediato su referencia.

e. Se instruye verbalmente al Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia que en coordinación con el médico tratante correspondiente, proporcionan los informes del estado de salud de la paciente y del producto a la Sra. [...] [Nombre de la persona agraviada H], a quien se le solicitara firme en el expediente clínico de haber recibido la información correspondiente, y ante dudas dejarle claro las mismas.

f. La unidad hospitalaria se apegua en un marco de pleno respeto a las pacientes, normatividad de las diferentes instituciones incluyendo la de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y de orden internacional.

[...]

4



58. Acta circunstanciada de fecha 4 de octubre de 2012, suscrita por visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...]

[Nombre de la persona agraviada H] Con respecto a los hechos de motivo de la queja, manifestó que le habían entregado el cuerpo de la bebé y que estaban por enterrarla; ante ello, le cuestioné si se le había realizado necropsia e indicó que no, que personal del Hospital le dijo que no era necesario.

[...]

59. Acta circunstanciada de fecha 5 de octubre de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...]

El pasado día dos de octubre, su prima [...] [Nombre de la persona agraviada H] ingresó al Hospital General Ticomán para ser atendida por su embarazo y horas más tarde perdió a su bebé (ya existe una queja por la negligencia con la que la actuaron los médicos que la atendieron). El día de hoy, la doctora que atiende a su prima, de quién sólo sabe que se apellida Huitrón, le informó que su prima [Nombre de la persona agraviada H] estaba atravesando una fuerte depresión y que debido a que su estado de salud es delicado, sin precisarle más detalles, podría fallecer en el transcurso de la noche. La doctora Huitrón agregó que no podía quedarse ningún familiar en el hospital para estar al pendiente de [...] [Nombre de la persona agraviada H] y le dijo que regresará hasta el día de mañana en el transcurso del día, lo que le parece irregular, ya que si su prima está en estado grave, considera pertinente que algún familiar tiene que estar cerca de ella. Además, no le han brindado mayor información del estado de salud de su prima. [...]

60. Recepción, Acogida y Clasificación (RAC OBSTÉTRICO) de fecha 29 de septiembre sin año, No. de registro RAC. 31645, suscrito por un doctor [no legible su nombre], en el cual se indica lo siguiente:

[...]

[Paciente] [...] [Nombre de la persona agraviada H]

[Hora de registro] 1:00 horas

[Motilidad fetal] Si

[Síntomatología predominante] dolor pélvico

[Signos vitales] TA 140/90

Actividad irregular de moderada intensidad, percibe movimientos fetales.

[Diagnostico] Embarazo de término PTDP.

Recibí[i] consulta, escuché el corazón de mi bebé y entendí datos de alarma. [Firma [...]

[Nombre de la persona agraviada H].

61. Recepción, Acogida y Clasificación (RAC OBSTÉTRICO) de fecha 2 de octubre de 2012, No. de registro RAC. 32037/12, suscrito por la Doctora Neira J. Rodríguez Ruiz adscrita al servicio de urgencias del Hospital Ticomán, en el cual se indica lo siguiente:



Recomendación 3/2015

[...]
[Paciente] [...] [Nombre de la persona agraviada H]
[Hora de registro] 12:32 horas
[Motilidad fetal] Si
[Signos vitales] TA de 132/81
[Evolución del embarazo] dilatación en el cuello de 1 cm
[Diagnóstico] Trabajo de parto

Escuche a mi bebé, recibí indicaciones y signos de alarma [Firma [...]] [Nombre de la persona agraviada H]

62. Memorandum número 80/G.O./12 de fecha 7 de noviembre de 2012, suscrito por el Secretario del Comité de Mortalidad Materna Perinatal del Hospital General Ticomán, en el que se describe lo siguiente:

[...] se dictamina una MUERTE FETAL TARD[...], como una causa de muerte la interrupción de la circulación materna fetal.
[...]

63. Opinión médica de fecha 2 de mayo de 2013, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en la cual se refiere lo siguiente:

[...]

V. RESULTADOS OBTENIDOS

El caso de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H], paciente femenino de 18 años de edad quien cursaba su primer embarazo, inició el 29 de septiembre del 2012 tras acudir a la 1:00 de la mañana por presentar contracciones uterinas de 4 horas de evolución, refirió además movimientos fetales. La presión arterial estaba elevada a 140/90 milímetros de mercurio (rango elevado), la frecuencia cardiaca fue de 80 latidos por minuto y su temperatura de 36 grados centígrados (rangos normales). Se reportó en la exploración abdominal fondo uterino de 28 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, al tacto vaginal, cervix cerrado, membranas integras. Se emitió el diagnóstico de embarazo a término más pródromos de trabajo de parto. Se verificó la presión arterial (no se reporta cuánto tiempo después de su ingreso) reportando 100/80 milímetros de mercurio en el brazo izquierdo y 100/70 milímetros de mercurio en el brazo derecho.

Se dio cita abierta a urgencias y signos de alarma.

Posteriormente el 2 de octubre a las 12:32 horas acudió al Servicio de Urgencias del HGT por presentar contracciones uterinas de 4 horas de evolución. A la exploración física se reportaron los signos vitales siguientes: presión arterial 132/81 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca de 62 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 latidos por minuto, temperatura de 36.3 grados centígrados. Se mencionó que se escuchó una frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, al tacto vaginal presentó un centímetro de dilatación (diámetro de la abertura del cuello durante el parto medido por explotación vaginal y expresado en centímetros) y borramiento (acortamiento y adelgazamiento de la parte vaginal del cuello uterino. Ver figura 1) del 80%, las membranas estaban integras. Se emitió el diagnóstico de embarazo de 40.5 semana en el trabajo de parto. El médico que la atendió mencionó que no detectó ninguna situación de emergencia en ese momento, decidió indicar a la paciente que regresara para una revaloración dando cita abierta a urgencias.

Recomendación 3/2015

A las 19:15 horas, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H] acude de nueva cuenta al Servicio de Urgencia del HGT, donde mencionó que tenía contracciones, disminución de la movilidad fetal. A la exploración física presentó los siguientes signos vitales presión arterial de 140/90 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 latidos por minuto, temperatura de 26 grados centígrados. El abdomen presentó fondo uterino de 32 centímetros con producto único, no se escuchó la frecuencia cardiaca fetal, no se observaron movimientos, el tacto vaginal se reportó un cerviz de 2 centímetros de dilatación con 60% de borramiento, membranas íntegras, abombadas. Se realizó rastreo ultrasonográfico el cual reportó producto único, no presentaba movimientos respiratorios ni corporales corazón sin evidencia de actividad cardiaca, sin evidencia de movimientos respiratorios, no de movimientos corporales. La placenta se reportó corporal posterior grado III. Se reportó un óbito de 38.6 semanas.

Se dio el diagnóstico de embarazo de 38.6 semanas de gestación por ultrasonido, de 40.4 semanas de gestación por fecha de última regla más óbito fetal, trabajo de parto en fase latente. Se decidió su ingreso a la unidad toco quirúrgico.

A las 22:00 horas se reportó signos vitales en parámetros normales, se decidió la condición del trabajo de parto.

El 3 de octubre del 2012 a las 15:33 horas se reportó que la paciente continuaba en trabajo de parto, con 7 centímetros de dilatación y 60% de borramiento, se decidió interrumpir el embarazo vía abdominal [realización de cesárea.] para evitar la fatiga del músculo uterino [atonía uterina]. Se emitieron los diagnósticos de embarazo de 40.5 semanas de gestación por fecha de última regla, trabajo de parto no progresivo, probable producto macrosómico, producto óbito. Posteriormente la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H] pasó al área de recuperación.

A las 19:00 horas se obtuvo vía cesárea un producto femenino único, que pesó 3 200 gramos, midió 53 centímetros, líquido amniótico con meconio, placenta calcificada, impregnada de meconio, piel normal, verdosa, sin datos de maceración.

El óbito femenino, pasó a cargo de enfermería donde se le colocaron mambres de identificación y posteriormente se envió al Servicio de Patología. Se dio por terminada la cirugía a las 19:40 horas.

El 4 de octubre del 2012 a las 7:30 horas, se reportó sus signos vitales en parámetros normales, su temperatura elevada (37 grados centígrados), además se reportó que presentaba abdomen con dolor leve a la palpación, a expensas de herida quirúrgica, la cual se encuentra limpia, bien afrontada, sin datos de sangrado o infección. Se reportó que el útero se encontraba involucionando adecuadamente. El tacto vaginal se reportó con loquios hemático de escasa cantidad [normal]. Se decidió aplicar antibióticos y medicamentos para que ya no produjera leche materna. Se mantuvo en vigilancia.

El 5 de octubre del 2012 a las 15:30 horas, se reportó que la paciente se encontraba con el diagnóstico de posoperada de cesárea secundario a producto óbito. Los signos vitales se encontraban alterados con la presión arterial elevada 150/90 milímetros de mercurio se solicitó verificar la presión arterial de manera horaria y estudios de laboratorio.

A las 18:50 horas los familiares de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H] y la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H], solicitaron el alta voluntaria. La presión arterial se encontraba en 155/95 milímetro de mercurio, se emitieron los diagnósticos de puerperio mediato postcesárea, óbito fetal, probable observación de la paciente con monitorización de tensiones arteriales y control metabólico por medio de estudios de laboratorio seriados. Se mencionó en la nota que a pesar de la explicación, la paciente expresó su deseo de ya no permanecer en la unidad hospitalaria, por lo que solicitaron su alta voluntaria.



VI. DISCUSIÓN DEL CASO

Con base a los documentos revisados para este caso y a la literatura médica procederé a dar respuesta a los planteamientos del problema.

[...]

La Guía de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General sobre el Diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo. Menciona lo siguiente¹:

DEFINICIÓN DE PREECLAMPSIA LEVE:

Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa. Se requiere por lo menos 2 tomas con diferencia de 6 horas entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de 7 días.

Proteinuria: mayor o igual de 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en 2 muestras de orina tomadas.

Al azar con diferencias de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor de 7 días, sin evidencia de infección de vías urinarias. [...]

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preeclampsia son: Gestación Múltiple, Condiciones médicas subyacentes (comorbilidad): Hipertensión Arterial preexistente o presión diastólica 90 mmHg, Neuropatía preexistentes o proteinuria (1+ en más de una ocasión o cuantificada 0.3 g/24 hrs.), Diabetes Mellitas tipo I o II preexistente, Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), Trombofilia, Preeclampsia en cualquier embarazo previo, Lupus eritematoso sistémico, Edad reproductiva 40 años o más, IMC 35. Primer embarazo, edad menor de 20 años. 10 años o más de intervalo intergenésico, antecedentes de preeclampsia en madre o hermana. Presión diastólica al inicio del embarazo de 80 a 89 M^g.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO.

La presión arterial sistólica elevada persistente es un marcador de riesgo para desarrollar hipertensión gestacional (...)

La hipertensión arterial en el embarazo debe ser definida como una presión diastólica 90 mmHg; obtenida de un promedio, de mínimo dos mediciones con al menos 5 minutos de diferencia, en el mismo brazo y en la misma consulta. La mujer embarazada con una presión arterial sistólica > 140 mmHg debe ser seguida estrechamente por el peligro de desarrollar hipertensión diastólica (...).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO.

El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg; la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación se considera hipertensión crónica. Las pacientes con hipertensión crónica puede complicarse con preeclampsia lo cual se manifiesta con descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria.

Las pacientes que presentan, en la semana 20 o más de gestación o en las primeras 6 semanas posparto, elevación de la tensión arterial (140/90 mmHg) sin proteinuria A PREECLAMPSIA.

[...]

La señora [...] [Nombre de la persona agraviada H] acudió el 29 de septiembre del 2012 a HGT donde a la exploración física presentó una cifra de presión arterial elevada

Recomendación 3/2015

correspondiente a 140/90 milímetros de mercurio, que a su vez esta cifra puede orientar a un problema hipertensivo en el embarazo como preeclampsia. Posteriormente en la hoja de atención médica se mencionó que se verificó la presión dando las cifras de presión arterial en el brazo derecho de 100/80 milímetros de mercurio y de 100/70 milímetros de mercurio en el brazo izquierdo, sin mencionar el tiempo de diferencia entre cada toma de presión arterial.

Sin embargo según las guías de práctica clínica, emitidas por el Consejo de Salubridad General, [...], aclaran que aquellas pacientes con tales cifras de presión, deben de buscar intencionalmente la presencia de proteínas en orina, además de que deben de seguir estrechamente (lo cual se logra en la institución de salud) a la paciente por el peligro de desarrollar cifras elevadas de presión arterial diastólica [...]

Por lo que [...] una cifra de presión arterial de 140/90 milímetros de mercurio, en una paciente embarazada con factores de riesgo para preeclampsia (embarazo en menor de 20 años), los médicos del HGT, el 29 de septiembre del 2012, se debieron de haber cerciorado que la paciente no presentara alguna enfermedad hipertensiva del embarazo (como preeclampsia leve), realizando pruebas de laboratorio (específicamente buscar proteínas en orina, que es el otro criterio para diagnosticar preeclampsia leve).

A su vez la atención del 2 de octubre del 2012 a las 12:32 horas, se reportó una cifra de presión arterial de 132/81 milímetros de mercurio, movimientos fetales presentes y una cifra de frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto (cifra en rangos normales).

De esto cabe mencionar que la presión arterial por sí sola no cumple con los criterios para pensar en una enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, pero considero que por el antecedente de cifras arteriales elevadas, se debió de haber ingresado a la señora a hospitalización para valorar la evolución de su trabajo de parto y/o valorar su referencia a un tercer nivel de atención [...].

[...], es necesario comentar acerca de la mortalidad perinatal y de la necropsia médico legal.

La muerte de los niños antes de nacer (mortalidad perinatal), se ve influenciada por factores tanto maternos como del propio feto, así como circunstancias que rodean el momento del parto (la atención obstétrica). Este tipo de muertes se relacionan con el bajo peso, crecimiento fetal retardado, situaciones que predisponen a asfixia como insuficiencia placentaria, malformaciones congénitas e infecciones.

Para disminuir lo mortalidad perinatal es preciso prevenir tanto los partos pretérmino, bajo peso en feto y al nacer, realizar el diagnóstico precoz de anomalías congénitas (todo esto correspondería a las consultas prenatales), así como identificar (diagnostica) y trata a tiempo y de forma eficaz enfermedades (como enfermedades hipertensivas del embarazo, alteraciones placentarias, etcétera) que pueden surgir durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, sabiendo que este tipo de mortalidad, se ve influenciada por factores, como la atención obstétrica. Por lo que atender a los factores de riesgo podría contribuir de manera significativa a reducir la mortalidad [...].

Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia son las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y maternal.

[...]

En cuanto a la muerte por responsabilidad médica sabemos que acontece cuando los tratamientos y los procedimientos médicos son inadecuados y ocasionan la muerte del paciente. El patólogo deberá conformar los hallazgos anatómicos con el expediente clínico y corroborar que los médicos implicados cumplieron con los procedimientos y protocolos técnico-científicos que rigen su disciplina. Se ha incrementado en los últimos años, no porque haya aumentado los errores médicos, sino porque cada día un mayor número de



Recomendación 3/2015

personas tiene acceso a los procedimientos clínicos. En estos casos, más que sanciones penales, se espera la ayuda de la necropsia forense para determinar la responsabilidad y luego las autoridades judiciales sancionarán las indemnizaciones civiles (casi siempre de carácter económico), que hubiere lugar.

El principal propósito de una necropsia es eliminar cualquier duda que la familia o los médicos tratantes tengan sobre la naturaleza de la enfermedad, la causa de la muerte y las condiciones coexistentes. Además, lo que se aprende a través de una necropsia puede contribuir significativamente a salvar las vidas de otros seres humanos.

Por lo anterior, se puede mencionar que la literatura médica, menciona que la mortalidad perinatal aumenta en mujeres embarazadas que padecen enfermedades hipertensivas no tratadas (entre otros factores de riesgo), por lo que la atención obstétrica oportuna, puede contribuir de manera significativa a reducir la mortalidad perinatal.

[...]

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

El 29 de septiembre del 2012 se documentó por los médicos del Hospital General de Ticomán, que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H], presentó una cifra de presión arterial de 140/90 milímetros de mercurio. Por lo que los médicos se debieron de haber cerciorado que la paciente no presentara alguna enfermedad hipertensiva del embarazo (como preeclampsia leve), midiendo las cifras de presión arterial con una diferencia de 6 horas y realizando pruebas de laboratorio (específicamente búsqueda de proteína en orina). Al no hacer lo anterior, considero que la práctica médica no fue adecuada e idónea.

El 2 de octubre del 2012 a las 12:32 horas, en la primera valoración médica que tuvo ese día la [Nombre de la persona agraviada H], en el Hospital General de Ticomán, se reportó una cifra de presión arterial de 132/81 milímetros de mercurio, la cual por sí sola no cumple con los criterios para pensar en alguna enfermedad hipertensiva, sin embargo, considero que por el antecedente de cifras arteriales elevadas, se debió de haber ingresado a la señora a la hospitalización para valorar la evolución de su trabajo del parto. Al no hacer lo anterior considero que la práctica médica no fue adecuada e idónea.

La literatura médica señala que una atención obstétrica oportuna (en especial en la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo), contribuye de manera significativa a reducir la mortalidad perinatal.

No se puede aseverar que la muerte de la hija de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada H] haya sido por las acciones y omisiones médicas mencionadas en las conclusiones anteriores, debido a que no se realizó la necropsia médico legal al cuerpo de la hija de la señora.

[...]

64. Acta circunstanciada de fecha 26 de febrero de 2015, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...]

- Se enteró que estaba embarazada cuando tenía aproximadamente tres meses.
- Al principio llevó su control prenatal en el centro de salud y posteriormente fue referida al Hospital Inguarán.

Recomendación 3/2015

- **El Hospital Inguarán se encontraba en remodelación, por lo que fue referida al Hospital General Ticomán.**
 - El día que acudió al Hospital General Ticomán, 2 de octubre de 2012 al medio día, la revisó una “practicante” que nunca se identificó. La doctora jamás la revisó.
 - Ella escuchó el corazón de su bebé y le indicaron que “todavía le faltaba” que se fuera a caminar 4 horas. Aproximadamente a las seis regresó porque ya no aguantaba los dolores, entonces le dijeron que “ya no escuchaban a la bebé”, por ello la enviaron a que se realizara un ultrasonido.
 - Ella se encontraba sola y cuando regresó con la doctora le dijo “vamos a tener que sacártelo” ella no había entendido bien y preguntó a qué se refería, por lo que la doctora le dijo que su bebé ya no tenía latido; pidió salir y le avisó a su mamá que la bebé ya había muerto.
 - Había muchas mujeres esperando ser atendidas, por lo que a ella la dejaron en la camilla muchas horas.
 - Durante ese tiempo fueron varias personas, hombres y mujeres que pasaban a revisarla y “le metían los dedos” para ver si ya había dilatado. Imagina que eran enfermeras y enfermeros, pero ninguno le dio su nombre o se presentó. [...]
 - La encargada de la dirección, doctora Martínez Huitrón les decía de forma insistente, a ella y su mamá, que de una vez le ponía un dispositivo porque “por eso pasaba lo que pasaba” ellas dijeron que no y la doctora insistía diciéndoles que “por eso tienen hijos no deseados”.
 - En el hospital había demasiadas mujeres y no les hacían caso, de hecho una chica tuvo a su bebé en la camilla.
 - Ella sentía mucho dolor por lo que pidió ayuda a una enfermera y para que le hiciera caso la sujetó de la mano, la enfermera le dijo “a mí no me toques porque no respondo”.
 - Le dijeron que no la pasaban a quirófano porque “estaban esperando que dilatara” hasta que pasó un doctor y los regañó y les dijo que si el bebé ya no estaba vivo cómo esperaban que se empujara para nacer, y fue cuando la programaron para cesárea.
 - Tuvo a la [sic] bebé dentro de ella aproximadamente un día después que murió.
 - Se puso muy mal, se hinchaba y se le subió la presión, a pesar de ello, le retiraron todo el medicamento.
 - Sintió que si seguía ahí no iba a salir viva, se sintió maltratada y humillada, por lo que su mamá solicitó y firmó su alta voluntaria.
 - Posteriormente fue atendida por médico particular.
- [...]

65. Acta circunstanciada de fecha 4 de marzo de 2015, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...]
Respecto de los hechos materia de la presente investigación la agraviada señaló que lo que había referido en la entrevista pasada era lo que recordaba, que dentro de las cosas que la hacían sentir mal es que cada vez que se referían a ella [como cuando se acercaban los practicantes] les decían que era un “óbito”; hasta la fecha desconoce los motivos por los que se murió su bebé, no se explica por qué ocurrió esto si cuando ella llegó al Hospital estaba bien y de pronto sólo le dijeron que ya no tenía latido. Su mamá le dijo que fue mucho tiempo en el que los doctores no le decían nada de ella, no sabía si estaba bien [...].



[...]

Agregó que después que se murió su bebé entró en una "etapa rebelde", pues no llegaba a su casa, bebía para poder conciliar el sueño, sentía una presión en el pecho y varias veces fue llevada a emergencias del Hospital General Ticomán y con su doctora particular porque se sentía muy mal. Esta situación duró varios meses.

[...]

66. Dictamen de muerte perinatal, sin fecha, suscrito por médicos adscritos al Hospital General Ticomán (responsables de la elaboración del dictamen), en el cual se informa lo siguiente:

[...]

Diagnostico clínico: incorrecto

Oportunidad de diagnóstico clínico: inoportuno

Confirmación diagnóstica: inadecuada

Oportunidad de la confirmación diagnóstica: inadecuada

Tratamiento instalado en tiempo necesario para el diagnóstico final: inoportuno

Muerte previsible por diagnóstico: si

Muerte evitable para el hospital: si [Negrillas fuera de texto original]

[...]

67. Valoración psicosocial de fecha 5 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Resultado de instrumentos de evaluación clínica

Cuestionario para Trauma de Harvard (HTQ).

[...]

Los mayores puntajes se presentaron en las siguientes dimensiones: Incapacidad de sentir emociones, se siente nerviosa, aprehensiva o asustadiza y se sobresalta fácilmente, dificultad de concentración, se siente en estado de alerta constante, se siente irritable o tiene ataques de ira, evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos, tiene dificultades para afrontar nuevas situaciones, dolores en el cuerpo, sentimiento de culpa y remordimientos por las cosas que le han sucedido, sentimiento de culpa por haber sobrevivido, falta de esperanza, siente vergüenza por el suceso dañino o traumático que le ha ocurrido, siente que la gente no entiende lo que le ha ocurrido, siente que otros son hostiles con ella, sentimiento de humillación por su experiencia, sentimiento de desconfianza en otros, siente impotencia para ayudar a otros y siente que ella es la única que sufrió estos sucesos.

CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMATICAS (TQ)

[...] [La persona agraviada H] present[a] una severidad de síntomas de trastorno de estrés posttraumático.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

[La persona agraviada H] obtuvo un resultado de 59 puntos, que corresponde a sintomático para ansiedad grave, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos.



Recomendación 3/2015

Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones: Entumecimiento, hormigueo, sentir oleadas de calor (bochorno), dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, sensación de mareo, opresión en el pecho, o latidos acelerados, inseguridad, terror, nerviosismo, sensación de ahogo, manos temblorosas, cuerpo tembloroso, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, asustada, indigestión o malestar estomacal, debilidad, ruborizarse, sonrojamiento, y sudoración no debida al calor.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

[...] Se obtuvo un resultado de 32 puntos, que corresponden a Depresión grave, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos.

Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones: estado de ánimo, sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, imagen corporal, trastornos del sueño y cansancio.

[...]

CONCLUSIONES

[...]

Actualmente [...] [Nombre de la persona agraviada H] sigue presentando síntomas de estrés posttraumático, depresión y ansiedad; así como un proceso de duelo inadecuado debido a la falta de atención especializada, afectando de manera significativa su vida cotidiana e impidiendo pueda retomar su proyecto de vida.

[...]

68. Oficio número 200 de fecha 13 de marzo de 2015, suscrito por la Doctora Carmen Canchola Sotelo, Directora del Hospital Materno Infantil de Inguarán, en el que se informa lo siguiente:

[...]

En el Hospital Materno Infantil Inguarán se inicia remodelación del área de admisión urgencias y la construcción de terapia intensiva el 16 de septiembre de 2012, hasta el 23 de julio de 2014.

El 15 de septiembre de 2014, se inicia la remodelación del área de neonatología, la cual persiste hasta la fecha actual.

[...]

Caso I. Expediente CDHDF/III/121/TLAL/12/N7656

69. Escrito de fecha 25 de enero de 2012, signado por la médica Gineco Obstetra María Elena Lugo Lemoine, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] LA MÉDICO CIRUJANA DGP 762530 Y SSA 9758B HACE CONSTAR QUE ATENDÍ A LA SRA. [...] [Nombre de la persona agraviada I] EN PUERPERIO MEDIATO HABIÉNDOSELE PRACTICADO OPERACIÓN CESÁREA, ACUDE CON LA SUSCRITA A RETIRO DE PUNTOS, **LA PACIENTE PRESENTA HERIDA PFANESTEAL [sic] SUTURADA CON SEDA, SUTURA QUE NO SE DEBE EMPLEAR PARA PIEL POR LA REACCIÓN INFLAMATORIA QUE PROVOCA Y SE ENCUENTRA CON INFECCIÓN EN LA HERIDA QUIRÚRGICA Y PRESENTA CELULITIS DESDE DOS DEDOS POR DEBAJO DE LA CICATRIZ UMBILICAL HASTA**



Recomendación 3/2015

EL PUBIS Y DE ILIACO A ILIACO CON SALIDA ABUNDANTE DE MATERIAL PURULENTO, PROCEDIENDO A DEBRIDAR LA HERIDA [...] [Negrillas fuera de texto original]

70. Oficio número /13/2012/GO de fecha 03 de febrero de 2012, suscrito por Ma. Guadalupe Mijangos Ramírez, Jefa de Gineco-Obstetricia del Hospital General Ajusco Medio "Dra. Obdulia Rodríguez", en el cual se reportó lo siguiente:

[...]

Le informo a usted del oficio N° CG/CISS/SQDR/092/2012, turnado el día 1 de febrero a las 11h a esta jefatura, de la paciente C:0020[...] [Nombre de la persona agraviada] de 29 años de edad, con número de folio [...], seguro popular [...], de la cual se encuentra:

1. Paciente la cual acude al área tocoquirúrgica el día 6 de enero a las 19:34 horas, siendo valorada con diagnóstico de gesta 2 para 1 con embarazo de 41.1 semanas de gestación por fecha de [última regla, Posttermino con Ruptura Prematura de membranas de 2 horas de evolución, trabajo de parto en fase latente, paridad satisfecha.
2. A la exploración se encuentra fondo uterino de 28 cm del reborde superior supra púbico, frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos cardiacos por minuto, probable restricción del crecimiento intrauterino, tacto vaginal con cérvix central con 4 cm de dilatación y 50% de borramiento líquido meconial tres cruces. (sic) actividad uterina irregular, con salida de líquido meconial tres cruces.
3. Plan interrupción del embarazo por vía cesárea, se solicita al al (sic) servicio de anestesiología.
4. Se obtiene producto único el día 22:30h [sic] peso de 3090g apgar 0, sexo masculino
5. Evolución en piso satisfactoria por lo cual se decide su egreso el día 08 01 2012 a las 8 horas.

[...]

71. Diligencia de Testimonial de fecha 28 de junio de 2012, la cual obra en el expediente: CI/SSA/Q/007/2012, suscrito por la Contralora Interna de la Contraloría General del Distrito Federal, en el cual se hace constar lo siguiente:

[...] LA PRIMERA FECHA QUE ACUDÍ AL HOSPITAL FUE EL DÍA DOS DE ENERO DE 2012 EN DONDE FUI ATENDIDA ENTRE LAS 17:00 Y 18:00 HORAS, SIN PODER PRECISAR LA HORA EXACTA, POR LO QUE ME REGISTRE EN LA LIBRE (SIC) DE VIGILANCIA Y AHÍ PASE A URGENCIAS [...] LA DOCTORA ME PREGUNTÓ MI EDAD, MI ÚLTIMA FECHA DE REGLA Y ME REVISÓ HACIÉNDOME EL TACTO, Y REVIS[Ó] LA FRECUENCIA CARDICA DEL BEB[É], POR LO QUE ME COMENTÓ QUE TEN[Í]A UNO DE DILATACIÓN [...] DICIÉNDOME QUE REGRESARA EL CINCO DE ENERO [...]

[...] EL DÍA CINCO DE ENERO DE DOS MIL DOCE, ME PRESENT[É] ENTRE LAS 15:00 Y 16:00 HORAS, EN EL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO "DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, REGISTRÁNDOME EN LA BITÁCORA DE VIGILANCIA, DÁNDOME EL PASE PARA LA SALA DE URGENCIAS, LLEG[Ó] A LA VENTANILLA ENTREGÓ MI



Recomendación 3/2015

HOJA DE SEGURO POPULAR Y MI IDENTIFICACIÓN, LE DIGO A LA PERSONA QUE ME ATENDÍA QUE VOY A UNA CITA, YA QUE ME HABÍA CITADO LA DOCTORA POR LO QUE REvisa Y ME DA EL NOMBRE DE LA DOCTORA SIN EMBARGO NO LO RECUERDO Y ME DICE QUE ELLA NO HABÍA ACUDIDO A LABORAR ESE DÍA, POR LO QUE ME PREGUNTÓ ¿USTED SE SIENTE MAL?, A LO QUE LE RESPONDÍ QUE NO, POR LO QUE ME DICE QUE DE TODOS MODOS SI EN DADO CASO QUE ME LLEGARA A SENTIR MAL TENÍA ABIERTA SU CITA Y SE ME ATENDERÍA, ACOMPAÑÁNDOME [SIC] EN TODO MOMENTO MI MAMÁ [...], POR LO QUE ME RETIRO Y EN LA NOCHE COMO ESO DE LAS 23:00 HORAS, ME EMPECÉ A SENTIR MAL, YA QUE ME DABAN CONTRACCIONES CADA CINCO MINUTOS, POR LO QUE NUEVAMENTE ACUDO AL HOSPITAL ENTRE LAS 01:00 Y 02:00 (AM) HORAS DEL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, POR LO QUE ME REGISTRO EN LA BITÁCORA DE VIGILANCIA Y ME DICEN QUE PASE A URGENCIAS E IGUAL LE ENTREGO MI HOJA DE SEGURO POPULAR Y MI IDENTIFICACIÓN, POR LO QUE ME DAN MI HOJA DE VALORACIÓN, IGUAL LA DEJO EN LA BITÁCORA PARA QUE SALGA LA ENFERMERA LA TOME Y ME LLAMEN, POR LO QUE SALE LA TOMA Y ME LLAMA PARA PESARME Y TOMARME LA PRESIÓN Y LOS SIGNOS VITALES, POR LO QUE LA ENFERMERA LE HACE LLEGAR LA HOJA A LA DOCTORA QUE DESCONOZCO SU NOMBRE, LA CUAL ME LLAMA DEL CONSULTORIO 1, Y SÉ QUE ERA LA GUARDIA "C", ME PREGUNTA MI NOMBRE, MI EDAD, MI ÚLTIMA FECHA DE REGLA Y ME DICE QUE PASE A LA CAMA PARA REVISARME, ME HACE EL TACTO Y ME DICE QUE TENGO UNO DE DILATACIÓN Y YO LE CONTESTO QUE COMO SI HABÍA ASISTIDO EL DÍA LUNES Y TENÍA LO MISMO, SIN EMBARGO YO LLEVABA CONTRACCIONES DE CADA CINCO MINUTOS, POR LO QUE ME DICE "SI PERO NO TE VOY A DETENER", NO ES NECESARIO QUE TE QUEDES, EN LA SALA PORQUE NO TE VAMOS A ATENDER YA QUE LOS DOLORES ME TENÍAN QUE DAR CADA MINUTOS [SIC] Y MUY FUERTES, POR LO QUE ME SALÍ DEL CONSULTORIO Y ME QUEDÉ HASTA LAS 5:00 DE LA MAÑANA EN LA SALA DE ESTAR EN COMPAÑÍA DE MI HERMANA [...] HACIÉNDOLE CASO A LA DOCTORA, YA QUE ME HABÍA DICHO QUE EL BEBÉ] ESTABA BIEN, QUE NO ME PREOCUPARA, RETIRÁNDOME A LAS 5:00 DE LA MAÑANA, Y EN LA TARDE COMO A LAS 18:00 HORAS DEL MISMO DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, ME COMENZARON A DAR LAS CONTRACCIONES MÁS FUERTES Y YA ERAN CADA TRES MINUTOS, POR LO QUE ACUDO AL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO "DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, EN COMPAÑÍA DE MI MAMÁ [...], EN DONDE ME REGISTRO EN LA BITÁCORA DE VIGILANCIA Y ME DICEN QUE PASE A URGENCIAS, LUEGO EN VENTANILLA ENTREGO MI HOJA DE SEGURO POPULAR Y MI IDENTIFICACIÓN, POR LO QUE LA PERSONA DE VENTANILLA SE CONFUNDIÓ Y PENSÓ QUE YO IBA A URGENCIAS Y ME DEJÓ EN LA SALA DE URGENCIAS Y ME DIJO AHORITA SALE EL DOCTOR POR USTED, POR LO QUE EN DICHA SALA PERDÍ DE 10 A 15 MINUTOS, POR LO QUE AL ACUDIR AL BAÑO ME DI CUENTA QUE ME ESTABA SALIENDO UN LÍQUIDO CAFÉ LE COMENTO A MI MAMÁ Y LE DICE AL DE LA VENTANILLA QUE ESTABA YO MAL Y ÉL LE DIJO QUE LO DISCULPE PERO ES QUE USTED VA PARA GINECOLOGÍA Y ME ENTREGA LA HOJA DE VALORACIÓN A LO QUE PASO A GINECOLOGÍA Y LLEGANDO A DICHA ÁREA LAS MISMAS PERSONAS QUE SE ENCONTRABAN EN LA SALA LE DICEN A MI MAMÁ] QUE DEJE LA HOJA DE VALORACIÓN EN LA BITÁCORA.



POR LO QUE TOMO ASIENTO Y SALE LA TRABAJADORA SOCIAL Y MI MAMÁ LE DICE QUE ESTABA YO MAL, A LO QUE LE CONTESTA QUE SI EN UN MOMENTO ME ATENDERÍAN SIN QUE ME PESARAN, NI ME TOMARAN LOS SIGNOS VITALES, NI LA PRESIÓN, POR LO QUE SALE UN DOCTOR DEL CONSULTORIO 2, DESPUÉS DE UNOS 15 MINUTOS, DEL CUAL DESCONOZCO SU NOMBRE, Y MI MAMÁ SE ACERCA A ÉL Y LE DICE QUE YO YA ESTOY MAL QUE SE ME ESTABA SALIENDO UN LÍQUIDO, POR LO QUE EL DOCTOR LE DIJO QUE NO SE PREOCUPARA QUE ERA NORMAL, EN UN MOMENTO LA ATIENDEN, POR LO QUE ME PASAN AL CONSULTORIO 1, Y FUE CUANDO ME ATIENDE UN DOCTOR Y ME REvisa Y LE DIGO DEL LÍQUIDO Y ME DICE QUE YA SE HABÍA HECHO DEL BAÑO EL BEB[É], POR LO QUE ME TENÍAN QUE INTERVENIR DE URGENCIA, HACIÉNDOME EL TACTO Y ME SACÓ POCO LÍQUIDO QUE TENÍA Y LES DICE A LOS ENFERMEROS QUE ME PREPAREN Y ELLOS ME PONEN VENDAS Y TODO SU TRABAJO, POR LO QUE ME LLEVARON A LA SALA DE LABOR [...]-----

PRIMERA.- QUE DIGA LA COMPARECIENTE, SI CUENTA CON ALGÚN DOCUMENTO DEL QUE SE DESPRENDA QUE LOS DÍAS DOS Y CINCO DE ENERO DE DOS MIL DOCE, SE LE BRINDÓ ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO "DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL-----

RESPUESTA.- NO, NUNCA ME DIERON DOCUMENTO ALGUNO EN EL HOSPITAL, YA QUE ME DECÍAN QUE TODO ESO LO ANEXABAN EN MI EXPEDIENTE.-----

DILIGENCIA TESTIMONIAL: [Testigo: la hermana de la persona agraviada]

[...] ASÍ MISMO EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE COMO A LAS 12:00 HORAS (AM), LE COMENZARON A DAR LOS DOLORES POR LO QUE LLEGAMOS AL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO "DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, ENTRE LAS 01:00 Y 02:00 HORAS (AM) POR LO QUE TARDARON EN ATENDERLA YA QUE HABÍA DEJADO SU HOJA PARA QUE LA LLAMARAN, SIN EMBARGO YA LE ESTABAN DANDO LOS DOLORES, Y DESPUÉS LA LLAMARON Y LA PASARON A CONSULTA EN DONDE YO NO PASÉ, SALIENDO DE CONSULTA ME COMENT[Ó] QUE TENÍA UNO DE DILATACIÓN Y QUE NO LA IBAN A ATENDER Y QUE NO TUVIERA CASO DE QUE SE QUEDARA QUE MEJOR SE FUERA PARA SU CASA, POR LO QUE NOS RETIRAMOS. [...]-----

[...] PRIMERA.- QU[É] DIGA LA COMPARECIENTE, A QUE ÁREA PASÓ LA C. [...] [Nombre de la persona agraviada], LOS DÍAS TRES, Y CINCO DE ENERO DE DOS MIL DOCE, EN EL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO "DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, A CONSULTA.--RESPUESTA.- A GINECOLOGÍA.----- [...]

DILIGENCIA DE INVESTIGACIÓN: [Comparecencia]-----

[...] LA C. MÓNICA GARCÍA GONZÁLEZ [...] CON GRADO DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO-FETAL.

[...] PRIMERA.- ¿QUÉ DIGA LA COMPARECIENTE EL CARGO, ÁREA DE ADSCRIPCIÓN, HORARIO DE LABORES QUE TENÍA EL SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE?----- RESPUESTA.- MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, EL ÁREA DE GINECOLOGÍA, CON HORARIO DE



Recomendación 3/2015

19:00 HORAS DEL CINCO DE ENERO DE DOS MIL DOCE A 07:00 DEL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE. -----

TERCERA.- ¿QUÉ DIGA LA COMPARECIENTE, CUÁNTO TIEMPO VALORÓ A LA PACIENTE [...] [Nombre de la persona agraviada I] EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, A LAS 01:31 HORAS, PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS Y CUÁNTAS VECES ESCUCHÓ LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL?----- RESPUESTA.- LA CONSULTA DURA ALREDEDOR DE 30 MINUTOS, POR LO QUE LA VALORÉ LOS 30 MINUTOS, LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE ESCUCHÓ POR MÁS DE UN MINUTO. -----

CUARTA.- ¿QUÉ DIGA LA COMPARECIENTE, SI EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, A LAS 01:31 HORAS, LA PACIENTE [...] [Nombre de la persona agraviada I], TENÍA ACTIVIDAD UTERINA? ----- RESPUESTA.- DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA, NO ENCONTRÉ ACTIVIDAD UTERINA.-----

QUINTA.- ¿QUÉ DEFINA LA COMPARECIENTE, LOS CRITERIOS PARA INGRESAR A UNA PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN O A TOCO-CIRUGÍA QUE SE ENCUENTRE EN TRABAJO DE PARTO?-----RESPUESTA.- QUE SE ENCUENTRE EN LA FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO, QUE PRESENTE DATOS DE PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINCERTA, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, EMBARAZO POSTERMINO [SIC], ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, ALTERACIONES EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL, O ALGUNA OTRA CONDICIÓN QUE PONGA EN RIESGO A LA MADRE O AL FETO, ES DECIR QUE PRESENTE DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA. -----

SÉPTIMA.- ¿QUÉ DIGA LA COMPARECIENTE, CÓMO DETERMINO LA EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO DE LA C. [...] [Nombre de la persona agraviada I], ASIMISMO CUÁL FUE EL MECANISMO QUE UTILIZÓ PARA DEFINIR LA EDAD GESTACIONAL DE DICHO PRODUCTO-----RESPUESTA.- EN BASE A LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, LA CUAL ME LA DIO LA PACIENTE, DETERMINANDO LA FECHA PROBABLE DE PARTO DE ACUERDO A LA REGLA DE NEAJEJLE, TOMANDO LA FECHA PROBABLE DE PARTO COMO LA SEMANA 40 DE GESTACIÓN, SE SUMARON SIETE DÍAS AL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, TOMANDO EN CUENTA EL NOVENO MES COMO LA SEMANA 40. -----

OCTAVA.- ¿QUÉ DIGA LA COMPARECIENTE, CUÁL ES PROCEDIMIENTO A REALIZAR CUANDO SE DETERMINA UN PRODUCTO POS-TERMINO [SIC]? -----RESPUESTA.- EL PRODUCTO-POSTERMINO ESTÁ DEFINIDO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007, AQUEL PRODUCTO MAYOR A 42 SEMANAS, SE DEBE HOSPITALIZAR A LA PACIENTE PARA VALORAR EL BIENESTAR FETAL, Y LA CONDICIÓN MATERNA PARA DE ACUERDO A ESTO DECIDIR LA MEJOR VÍA DE INTERRUPCIÓN YA SEA VAGINAL O ABDOMINAL. -----

DILIGENCIA DE INVESTIGACIÓN: [Comparecencia]
[...]MANIFESTANDO EL C. OSKAR OSWALDO NUEVO ADALLA "SÍ PROTESTO CONDUCIRME CON LA VERDAD EN LA PRESENTE DILIGENCIA". -----

[...] OCUPACIÓN ACTUAL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA, ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL



Recomendación 3/2015

DISTRITO FEDERAL. CALIDAD LABORAL DE HONORARIOS, CON HORARIO DE LABORES DE NOCTURNO GUARDIA A DE 19:00 A 07:00 AM, [...], DECLAR[Ó] LO SIGUIENTE: LA HORA EN LA QUE LA PACIENTE [...] [apellidos de la persona agraviada l] SOLICITA ATENCIÓN EN VENTANILLA DE ADMISIÓN FUE A LAS 19:34 HORAS, POR LO QUE EN LA NOTA DE FECHA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE APARECE LA HORA DE 19:34 HORAS, SIN QUE ELLO SIGNIFIQUE QUE YO LA RECIBÍ PARA BRINDARLE ATENCIÓN EN DICHA HORA, POR LO QUE AL ENCONTRARME LABORANDO EN EL ÁREA DE TOCO-CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.-----EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, APROXIMADAMENTE A LAS 21:00 HORAS, RECIBO HOJA PARA REVISIÓN CON MOTIVO DE CONSULTA RUPTURA DE MEMBRANAS Y EMBARAZO POS-TÉRMINO DE 41.1 SEMANAS DE GESTACIÓN CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, AL MOMENTO DE LA REVISIÓN CLÍNICA UN FONDO UTERINO DE 28 CENTÍMETROS FRECUENCIA CARDIACA FETAL, DE 150 POR MINUTO, Y AL TACTO VAGINAL CUATRO CENTÍMETROS DE DILATACIÓN CEFÁLICO CON SALIDA DE LÍQUIDO MECONIAL TRES CRUCES (+++) ESPESO, DE INMEDIATO INFORME A ENFERMERÍA, ANESTESIOLOGÍA Y A PEDIATRÍA. -----

-----NOTA PREQUIRÚRGICA DE JUSTIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA A LAS 21:30 HORAS Y NOTIFICACIÓN AL FAMILIAR DEL ESTADO ACTUAL DEL EMBARAZO Y PRONÓSTICO FETAL, POR LO QUE A LAS 21:40 HORAS PASA A QUIRÓFANO, Y PREVIO A INICIAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO IDENTIFICO QUE LA DOCTORA LUCÍA GUTIÉRREZ, ANESTESIOLOGA EN TURNO, PRESENTA DIFICULTAD EN SU PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO RETRASANDO LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO APROXIMADAMENTE 50 MINUTOS, DANDO PERMISO DE INICIAR CIRUGÍA A LAS 22:29 HORAS, CON ANESTESIA GENERAL, Y NACIMIENTO A LAS 22:30 HORAS SUSTENTADO EN LA HOJA 39 POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, SIN VITALIDAD, CONSIDERO QUE DESDE LA REVISIÓN PREVIA, POR LA DOCTORA MÓNICA GARCÍA, DEBÍ HABERSE INGRESADO PARA VALORAR LA VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR EMBARAZO POS-TÉRMINO, DE MI PROCEDIMIENTO NO REPORTÉ DIFICULTADES TÉCNICAS.-----

-----DEBIDO A LA URGENCIA EN LA QUE SE ENCONTRABA LA PACIENTE EN ESE MOMENTO DECIDÍ DIFERIR EL INTERROGATORIO DE LA HISTORIA CLÍNICA, DEBIDO A QUE YO, YA CONTABA CON ARGUMENTOS SUFICIENTES PARA DE INMEDIATO HACER CESÁREA, ASÍ MISMO EN ESTE MOMENTO RATIFICO EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES MIS NOTAS MÉDICAS QUE REALICÉ EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE, VISIBLES A FOJAS, 19, 21 HISTORIA CLÍNICA, 23 NOTA PRE-QUIRÚRGICA, 24, NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, 25 INDICACIONES PRE Y POS QUIRÚRGICAS, 26 SOLICITUD Y REGISTRO DE CIRUGÍA, CON FIRMA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL FAMILIAR, 27 SOLICITUD DE LABORATORIO, 32 PARTO-GRAMA, DE AUTOS DEL PRESENTE EXPEDIENTE, ASIMISMO RECONOZCO COMO MÍA LA FIRMA QUE OBRA EN DICHAS NOTAS, POR HABER SIDO ESTAMPADAS CON MI PROPIO PUÑO [SIC] Y LETRA Y SER LA FIRMA QUE UTILIZO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS. SIENDO TODO LO QUE DESEO MANIFESTAR.-----

-----[...]
PRIMERA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE EL CARGO, ÁREA DE ADSCRIPCIÓN, HORARIO DE LABORES QUE TENÍA EL DÍA SEIS DE ENERO DEL



Recomendación 3/2015

2012? -----RESPUESTA.- MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, EL ÁREA ERA GINECOLOGÍA, CON HORARIO DE 19:00 A 07:00. -----

SEGUNDA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, QU[É] ES EMBARAZO POSTERMINO? -----

RESPUESTA.- EN TEORÍA ES EL EMBARAZO QUE VA MÁS ALLÁ DE LAS 42 SEMANAS DE GESTACIÓN, SIN EMBARGO ACTUALMENTE POR LA PROPIA MORBILIDAD A PARTIR DE LAS 41 SEMANAS SE CONSIDERA EMBARAZO POSTERMINO, ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL POR EL TIPO DE PACIENTE QUE SE ENCUENTRA, SIN CONTROL PRENATAL CERCANO A LAS 41 SEMANAS DE GESTACIÓN DECIDIMOS INGRESARLA Y VALORAR LA VÍA DE LA INTERRUPCIÓN, YA SEA PRIMERO MADURACIÓN CERVICAL, Y LUEGO CONTINUAR CON LA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO O DEFINITIVAMENTE CESÁREA. -----

-----TERCERA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, QU[É] ES LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y QU[É] ACTIVIDADES DESARROLLA UNA VEZ QUE REALIZA ESE DIAGNÓSTICO? -----

-----RESPUESTA.- ES CUANDO LAS MEMBRANAS CORIODECIDUALES PRESENTAN PÉRDIDA DE CONTINUIDAD A LOS QUE SE MANIFIESTA CON SALIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO PREVIAMENTE CONTENIDO, UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNÓSTICO SE DEBE DETERMINAR SI SE TRATA DE UN EMBARAZO PRETERMINO O DE TERMINO Y EN BASE A ESO COMO EN EL PRESENTE CASO DEFINIR LA VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO. -----

-----CUARTA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, CUÁL ES SU COMPORTAMIENTO AL ENCONTRAR LÍQUIDO MECONIAL EN UNA PACIENTE GESTANTE?-----

----- RESPUESTA.- SE DEBE VALORAR CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO MECONIAL, SE DEBE VALORAR CONDICIONES CERVICALES EN LA PACIENTE Y EN BASE A ELLO SE DETERMINA INDUCCIÓN, CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO O CESÁREA, PARA ESTE CASO EN ESPECÍFICO POR LAS CONDICIONES DEL LÍQUIDO MECONIAL (+++) ESPESO DE INMEDIATO SE DECIDE CESÁREA POR EL RIESGO DE ASPIRACIÓN MASIVA EN EL FETO. -----

-----QUINTA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, A QUÉ HORA FUE LA PRIMERA REVISIÓN QUE LE REALIZÓ A LA PACIENTE EL DÍA SEIS DE ENERO DE DOS MIL DOCE?-----

RESPUESTA.- A LAS 21:00 HORAS, ENTENDIENDO QUE LA HORA DE INGRESO ES A LAS 19:00 HORAS Y DESDE ESE MOMENTO PARTE DE MI LABOR ES REVISAR A LAS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN SALA DE LABOR Y DETERMINAR SU PLAN, APOYO EN ALGUNA OTRA CIRUGÍA QUE ESTE EN ESE MOMENTO Y PASE DE VISITA DE PACIENTES HOSPITALIZADAS EN PISO POR LO QUE EL ÚLTIMO TURNO DE GINECÓLOGOS A SALIR ESTÁ PENDIENTE DE LA CONSULTA HASTA LAS 21:00 HORAS O 22:00 HORAS. -----

SEXTA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, DE SU PRIMERA REVISIÓN CU[ÁN]TO TIEMPO PASO PARA DETERMINAR QUE LA PACIENTE REQUERÍA UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO?-----

RESPUESTA.- DE INMEDIATO AL OBSERVAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LÍQUIDO MECONIAL, TERMINÉ LA REVISIÓN IDENTIFICANDO VITALIDAD DEL FETO Y MI ACTUAR A SEGUIR FUE NOTIFICAR A ENFERMERÍA, PEDIATRÍA Y ANESTESIOLOGÍA PARA CESÁREA POR RIESGO DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR FETAL.-----



Recomendación 3/2015

SÉPTIMA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, CUÁNTO TIEMPO DE SU PRIMERA REVISIÓN TARDO EN PASAR A LA PACIENTE A CIRUGÍA?-----

----- -RESPUESTA.- APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS, TIEMPO EN EL QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PREPARA PARA CESÁREA CANALIZA UNA VÍA PERMEABLE Y TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS BÁSICOS.-----

----- OCTAVA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, CUÁLES FUERON LOS CRITERIOS DETERMINADOS PARA DECIDIR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA PACIENTE?-----

RESPUESTA.- CARACTERÍSTICAS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO, CONDICIONES CERVICALES, LO QUE CONLLEVA A RIESGO DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR FETAL. -----

-NOVENA.- ¿QUÉ DIGA EL COMPARECIENTE, EL MOTIVO POR EL CUAL NO LLENÓ LA NOTA MÉDICA VISIBLE A FOJA 21 DE AUTOS DEL PRESENTE EXPEDIENTE, MISMA QUE EN ESTE MOMENTO SE LE PONE A LA VISTA Y ES LA HOJA DE HISTORIA CLÍNICA?-----

RESPUESTA.- LLENÉ EL NOMBRE, LA EDAD, LA FECHA Y EL RESTO DEL INTERROGATORIO CONSIDER[É] DIFERIRLO PUESTO QUE RETRASA EL PASE A PREPARACIÓN PARA CESÁREA DE URGENCIA Y CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS A MI PARECER SUFICIENTES QUE JUSTIFICAN LA CESÁREA ESTÁN EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESA MISMA HOJA. -----

-----[...]

72. Oficio número HGAM/034/2013/GO de fecha 07 de febrero de 2013, suscrito por la Doctora Ma. Guadalupe Mijangos Ramírez, Jefa de Gineco- obstetricia del Hospital General Ajusco Medio "Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez", en el cual informó lo siguiente:

[...]

1. en la nota medica [sic] inicial de urgencias del día 06 de enero de 2012, a las 19:34 horas, se menciona que existe líquido meconial (+++) y baja reserva fetal. ¿Cuáles fueron los indicios clínicos que hicieron sospechar la posibilidad diagnóstica de baja reserva fetal?

En base al líquido meconial que se encuentra a la exploración física.

2. ¿En qué consiste la baja reserva fetal?

La reserva fetal es el conjunto de mecanismos compensatorios que permiten al feto tolerar adecuadamente el estrés del trabajo de parto y la expulsión a través de una mejor capacidad de transporte y liberación de oxígeno, mayor resistencia a la acidosis, posibilidad de redistribución de sangre oxigenada a los tejidos, además de disminución del consumo de oxígeno y el intento de glucólisis anaeróbica. Por lo tanto la baja reserva fetal es la disminución de la presión parcial de oxígeno en el espacio intervelloso por lo que la perfusión de oxígeno al feto se encuentra disminuida.

3. En la nota mencionada anteriormente, se menciona que se decide cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. ¿Cuáles fueron las acciones diagnóstico terapéuticas y de vigilancia del binomio materno fetal?

Vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal, y reanimación con líquidos cristaloides a base de Hartman.

4. ¿Cuál fue la razón de la valoración por parte del servicio de anestesiología se diera hasta las 22:00 horas del día 06 de enero de 2012?

La paciente se ingresa al servicio de urgencias a las 21:00 horas, quirófano a las 21:40 horas y 21:43 horas se valora por el servicio de anestesia e inicia su procedimiento



Recomendación 3/2015

anestésico, como consta en la hoja de enfermería, y anestesiología correspondientes a la página 039 y 018.

5. Durante el tiempo que tardó la paciente, desde que ingreso a Urgencias hasta que fue intervenida en operación cesárea ¿se realizó monitorización tococardiográfica ¿en caso de no haberse llevado a cabo, ¿cuál fue la razón?

La paciente pasa directamente a quirófano por lo cual no se toma monitorización cardiográfica

6. Si ese hospital, cuenta con equipo e instrumental médico necesario para la atención Gineco-obstétrica adecuada y oportuna para paciente que presentan diagnósticos como el de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada]

El hospital cuenta con el material y equipo correspondiente para la atención de este tipo de pacientes.

7. ¿A qué hora fue la última vez que se valoró la frecuencia cardiaca en el producto, antes de que el binomio ingresara a cesárea?

A la hora de su ingreso 21:30 horas.

[...]

73. Opinión médica de fecha 15 de marzo de 2013, suscrita por un médico cirujano, adscrito a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual contiene la siguiente información:

[...]

ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Se trata de paciente femenina de 29 años de edad, quien acude a atención médica al Hospital General Ajusco Medio, el día 06 de enero de 2012. Ese día le practican operación cesárea por presentar riesgo en el bienestar fetal. El producto nace vía cesárea sin signos vitales y se considera producto óbito. Derivado de lo anterior y con base en el estudio del expediente clínico y de la literatura médica se realiza el siguiente análisis:

1. [...]

2. De donde se tiene constancia de las notas médicas, es del día 06 de enero de 2012 a partir de las 07:34 horas, y es de esa fecha de donde partirá el análisis médico. Se tiene que en esa fecha, la paciente acude al HGAM con una hora de registro de las 19:34 horas, siendo valorada por el médico Oskar Nuevo, quien coloca entre los diagnósticos un probable retraso en el crecimiento intrauterino y un riesgo de pérdida en el bienestar fetal. En ese momento el producto presentaba movimientos fetales y una frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto [...]. Se programa para cesárea.

El médico refiere ante la Contraloría que la primera vez que él revisó a la paciente fue a las 21:00 horas. En ese sentido se aprecia una falta de atención oportuna, ya que desde el momento que es registrada la paciente, transcurre un promedio de una hora y media, cuando la señora [...] [Nombre de la persona agraviada] refiere que ya presentaba líquido de características meconiales [...] lo cual fue confirmado posteriormente en la primera revisión que tuvo la paciente [...].

A pesar de que la paciente presentaba esta condición, la paciente no recibió una atención oportuna, porque tuvo que esperar una hora y media aproximadamente para recibir atención a pesar de estar reportando su sintomatología a los encargados de la admisión hospitalaria [...]. En ese momento, si había médicos ginecólogos ya que el Gineco Obstetra Oskar entraba desde las 19:00 horas, y el mismo refiere que también es competencia del último turno de médicos la atención de las Urgencias Gineco Obstétricas [...]. Además la



Recomendación 3/2015

peticionaria refiere que, mientras esperaba a que la revisaran, un médico del consultorio 2 sin revisarla, le dijo que aguardara su turno. Así como también personal de Trabajo Social. Se desconoce el porque, si existía personal médico capacitado, es que se retraso la valoración de una paciente en el área de Urgencias Gineco Obstétricas. Por lo anterior, fue la falta de organización por parte del servicio médico- administrativo del área de Urgencias Gineco Obstétricas, lo que condicionó el retraso en la valoración inicial de la paciente, siendo este retraso atribuible a un factor organizacional por parte del personal médico – administrativo del HGAM.

Se debe entender el bienestar fetal como un estado de homeostasis (equilibrio) entre la madre, el feto y la placenta. Por lo tanto, ante la posibilidad de perder dicho estado se pone en riesgo al binomio materno fetal, por lo tanto la cesárea estaba indicada. Existe otra valoración a las 21:30 horas del día 06 de enero de 2012, en donde se valora de nueva cuenta y se otorgan los mismos diagnósticos que en la valoración de Urgencias, y se vuelve a indicar operación cesárea. Dicha valoración es realizada por el médico Oskar Oswaldo Nuevo.

La valoración por el servicio de Anestesiología está asentada que se dio a las 22:00 horas, y fue en el transanestésico que se indica medicamento para acelerar el vaciamiento gástrico. El producto nace a las 22:30 horas sin signos vitales. Se intenta reanimar por el servicio de Pediatría sin éxito y se da el diagnóstico de óbito. Producto óbito, se refiere a la muerte fetal.

Aquí es importante mencionar que dice la literatura respecto al riesgo o a la pérdida del bienestar fetal. Una de las cuestiones a realizar ante la sospecha del riesgo de la pérdida del bienestar fetal (RPBF) es colocar el cardiotocógrafo, para monitorizar probables alteraciones cardiacas. Esto no se llevó a cabo, debido a que de acuerdo a las respuestas que brinda el HGAM, no se monitorizó a la paciente y a su producto porque [sic] inmediatamente pasó a quirófano.

En este momento es importante hacer la aclaración que, de acuerdo a las notas médicas del expediente certificado de la paciente, se documenta que la misma acudió al HGAM a las 19:34 horas al servicio de Urgencias, existe otra nota [...] que corresponde a la Hoja del Partograma y/o Evolución del Trabajo de Parto, en donde se menciona que la hora de ingreso fue a las 21:00 horas. Por lo anterior, se puede mencionar que la paciente no pasó directamente a quirófano, existieron valoraciones previas que hacen constar del peligro en el que se encontraba el producto y aun así no se monitorizó la frecuencia cardíaca fetal.

Desde el momento en que la paciente llega a solicitar la atención médica al servicio de Urgencias y presenta datos de alarma, esto es a las 19:34 horas del día 06 de enero de 2012, hasta el momento de la valoración anestésica, que ocurrió a las 21:43 horas, transcurrieron 2 horas en promedio. Desde el momento que ingresa la paciente a la sala tocoquirúrgica, hasta el momento de su ingreso a quirófano y valoración anestésica transcurren 43 minutos.

De acuerdo a lo documentado en la literatura médica, el tiempo promedio para realizar una cesárea de urgencia no debe exceder más de 30 minutos; se ha demostrado que cuando se excede este tiempo para realizar dicha cirugía, las complicaciones son mayores.

El médico Oskar Oswaldo Nuevo señala que la anestesióloga Lucía Gutiérrez, presenta una complicación en quirófano y es esto lo que motiva un retraso de otros 50 minutos en promedio para iniciar con la operación cesárea [...] Lo que coincide con lo narrado por la agraviada en los hechos de queja en el expediente de la Comisión de Derechos Humanos



Recomendación 3/2015

del Distrito Federal. Por lo tanto, este retraso y la falta de seguimiento del bienestar fetal durante el mismo contribuyeron a no brindar una atención médica oportuna y de calidad. En la nota de Anestesiología se menciona que, tras aplicar la anestesia peridural y no observar respuesta analgésica adecuada es que se decide cambio a anestesia general balanceada. No se reporta mayor retraso. Cabe mencionar que la nota post anestésica fue realizada por un médico anesthesiologo distinto a la médico Luc[ia] Gutiérrez, la firma la Dra[.] Tzompa, sin contar con más datos en el expediente clínico. Dicha doctora, refiere que hacen falta datos en las notas de anestesiología como: hoja de registro incompleta, sin balance hídrico, sin analgesia, por lo que la anesthesiologa se debe basar en datos proporcionados por enfermería. [...]

Lo anterior no cumple con los numerales 11.1.3 y 11.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

No existe constancia en el expediente clínico sobre las medidas implementadas para la vigilancia y tratamiento del riesgo de pérdida del bienestar fetal, que era un riesgo latente y no se valoró médicamente de forma correcta de acuerdo a la literatura médica. No se realizó necropsia al producto, para determinar la causa de la muerte, sin embargo, es importante recalcar lo siguiente: el producto presentaba frecuencia cardiaca fetal antes de su ingreso a cesárea esto es a las 09:00 y a las 09:30 horas. Por lo tanto la muerte se dio en algún momento anterior a la cirugía y la última toma de la frecuencia cardiaca fetal.

Por lo tanto e independientemente de la causa de la muerte, existió un momento, dentro de la atención obstétrica, cuando el producto aun presentaba frecuencia cardiaca fetal, en donde se podría haber incidido de forma diagn[ó]stico terapéutica, sin embargo se conjuntaron varios factores médico-administrativos y con ello no se le brindaron los medios de diagn[ó]stico y terapéuticos al binomio materno fetal, lo que finalmente coadyuv[ó] en que se presentara el óbito fetal.

Tomando en cuenta que en cuanto existe alguna agresión al feto, se ponen en marcha mecanismos compensatorios para subsanar por un periodo de tiempo determinado está pérdida de homeostasis. Finalmente estos mecanismos compensatorios fallarán y conducirán a la muerte en útero.

V. CONCLUSIONES.

De acuerdo al planteamiento del problema, al análisis de lo referido en la bibliografía y en el expediente clínico se llega a la siguiente conclusión:

1. La atención médica brindada a la paciente por parte del servicio de Urgencias Gineco Obstétricas del Hospital General Ajusco Medio, no fue adecuada ni oportuna. Existiendo un retraso en la prestación del servicio médico, lo que contribuyó a la muerte fetal.
2. La atención médica brindada por el Hospital General Ajusco Medio no cumplió con la obligación de medios por parte de los médicos tratantes ya que no se le ofreció al binomio materno fetal, todos los medios diagn[ó]sticos y de tratamiento con los que contaba el Hospital. Lo anterior es mala práctica médica.
3. Existió mala integración de las notas de anestesiología por parte de la médica Lucia [sic] Gutiérrez, de acuerdo a lo asentado en la nota post anestésica de la Dra[.] Tzompa. Lo anterior no cumple con los numerales 11.1.3 y 11.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología.

[...]

74. Opinión psicosocial de fecha 17 de enero de 2014, suscrita por personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

a) [...] Estado Psicoemocional

Al momento de la entrevista la agraviada [...] [Nombre de la persona agraviada I], **se encuentra atravesando un proceso de duelo⁴² que no ha sido elaborado completamente, derivado de la muerte de su hijo.** El embarazo fue un acto planeado y esperado con emoción por ella y su esposo, sin embargo, la falta de un trato digno⁴³ y humano así como la atención médica adecuada, derivaron en la muerte del bebé, lo cual representa una pérdida significativa que afectó su sistema de creencias, sueños, esperanzas y aspiraciones a futuro. [...] [...] [Nombre de la persona agraviada I] atraviesa actualmente la etapa de adaptación a la pérdida y sus consecuencias, sin embargo, el proceso no es lineal, ya que debido al contexto en que se da la pérdida, y la percepción de impunidad, no le permiten elaborar el duelo de manera completa.

Si bien la tristeza y dolor profundo, que presenta pueden ser considerados como respuestas normales ante un proceso de duelo, es importante considerar que las circunstancias en las que tiene lugar el fallecimiento de su hijo, generan imposibilidad de atribuirle un sentido, ya que [Nombre de la persona agraviada I] considera que se pudo evitar si hubiera contado con la atención médica adecuada. Esta falta de sentido y carácter súbito de la muerte, así como la imposibilidad de haber estado en el velorio, le genera sentimientos de impotencia, situación que agrega un componente diferente al proceso normal de duelo, lo cual afecta su sistema de creencias y su integridad psicológica pues le impide dar sentido a la pérdida.

De acuerdo con su narración, el primer mes después de la pérdida, presentó llanto constante y síntomas depresivos como son anhedonia⁴⁴, tristeza, desesperanza, trastornos de sueño (insomnio), irritabilidad, falta de apetito, pérdida de peso (3kg), sentimientos de culpa y dificultad para vincularse afectivamente con su hijo [...]. Posteriormente, generó recursos para afrontar la situación, comenzando a retomar su vida, regresando a su casa y encontrando un empleo, actividades que la enfrentaron a la pérdida, pero también le permitieron disminuir los síntomas depresivos. Pasó a una etapa de asimilación en la que aún se presentaban de manera frecuente de síntomas depresivos, que incluían tristeza invasiva, periodos de llanto impredecible, trastornos de sueño y apetito, pérdida de motivación, incapacidad de concentración, de disfrute de la vida misma y la desesperanza en el futuro.

Actualmente se encuentra en una etapa de adaptación a la pérdida o acomodación como parte del proceso de duelo que atraviesa, en la cual van desapareciendo los síntomas depresivos, se va recuperando la energía con periodos más largos de actividad dirigida a logros de objetivos. Sus hábitos alimenticios y dinámica de sueño se han normalizado. Sin embargo, ante la

⁴² El duelo es un conjunto de procesos psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba psicosocialmente vinculado. (Tizón, 2004). El duelo como proceso puede depender en intensidad y duración por diversos factores, la causa de la pérdida, el tipo de vínculo, las redes de apoyo, los recursos personales y el momento de la pérdida en el ciclo vital, culpa, experiencias previas al duelo.

⁴³ El parto es un proceso fisiológico natural e inherente a nuestra calidad de seres humanos. El acceso a un parto seguro y digno debería ser reconocido como un derecho universal de las mujeres. Es conocido el hecho que hoy los procedimientos médicos que se utilizan en hospitales públicos y privados impiden a la madre y su hijo disfruten de un ambiente cómodo, agradable y tranquilo durante el proceso de parto-nacimiento, pues no se consideran sus necesidades, sino que se privilegia la comodidad de quien asiste y el uso indiscriminado de tecnología, haciéndose de este evento maravilloso algo frío, impersonal y nada gratificante para sus actores. (Furszyfer, G. et al; Revista defensor No. 3/2012, CDHDF)

⁴⁴ La anhedonia se refiere a la incapacidad de experimentar placer y es uno de los principales síntomas para el diagnóstico de la depresión.

Recomendación 3/2015

cercanía del segundo aniversario de la muerte de su hijo, los recuerdos se presentan nuevamente con la misma fuerza y sensación de pérdida, lo cual indica que el duelo no está elaborado completamente. [...] Al respecto refiere: *"no lo puedo superar todavía porque como sé que ya se aproxima el año, me entra mucho sentimiento, de hecho le dije a mi esposo, no sé [sic] vas a decir que estoy loca y que no lo quiero dejar en paz pero he estado soñando con él, sueño que lo tengo conmigo, que él está vivo, que él esta acostado al lado de mí, que está vivo, es lo único que sueño"*. [Nombre de la persona agraviada I] aún conserva las cenizas de su bebé en casa de su mamá, su esposo le ha comentado que debe llevarlas al panteón, sin embargo ella se niega, pues dice que al llegar a casa de su mamá siente que su bebé está ahí y platica con él, al respecto refiere: *"si un día lo dejo y ya no lo veo en casa de mi mamá sentiría feo porque ya no llegaría a platicar con él o que lo extraño. Sería difícil para mí"*.

Si bien, los síntomas más fuertes han disminuido, no quiere decir que el impacto por la pérdida fue menor; pues esta disminución también se explica porque ha contado con un apoyo social importante por parte de su familia materna y su esposo, los cuales le han permitido afrontar lo sucedido, retomar poco a poco su vida. Además los cuidados que requiere su hijo [...] representan una motivación para generar mecanismos de afrontamiento ante la pérdida. Es importante considerar que la agraviada [...] no ha recibido atención psicológica, pues no cuenta con los recursos económicos para ello, pero considera que sí lo necesita, pues siente que no puede superar su muerte, ni retomar su vida completamente.

b) Impactos en su privacidad e integridad psicofísica

Después de la intervención, tuvo que mantener cuidados especiales, pues se le desarrolló una infección en la herida, debido a que utilizaron un hilo que no es idóneo para intervenciones quirúrgicas. Acudió con una doctora conocida de la familia, quien tiene un consultorio particular, ella en un inicio la había revisado durante su embarazo, haciéndole un ultrasonido, le dijo que su bebé se encontraba en óptimas condiciones. Cuando la señora [...] [Nombre de la persona agraviada I] le relató los hechos que sucedieron, la doctora solicitó que se presentara en su consultorio para revisarla, al proceder a la revisión, le indicó que el personal que la atendió en el Hospital, no realizó su trabajo de manera profesional y existía infección. La herida requirió lavados constantes, además de necesitar antibióticos, tardó dos semanas en recuperarse. Por lo anterior [la persona agraviada] expresó a la Doctora su deseo de iniciar una queja por la atención indebida en el Hospital, la doctora la apoyó, incluso le manifestó que podría redactarle un escrito donde indicara las condiciones de salud en que la encontró, resultado de la mala atención en el hospital.

La experiencia que vivió le provoca también temor, por ello, sentía rechazo a la idea de poder tener otro hijo, pues no desea vivir de nuevo una situación similar, ha tenido sueños donde revive la experiencia traumática. Despierta en un estado físico alterado, llorando. Sin embargo, con el tiempo, ha empezado a cambiar de idea, y ha logrado concebir la idea de volverse a embarazar. Por tal motivo, ha dejado de usar métodos anticonceptivos, pese a ello, aún no se ha embarazado, situación que le ha provocado inquietud, pues comenzó a tener duda acerca de si le habrán realizado la Salpingoclasia.

También ha presentado alteraciones a nivel físico, pues el periodo de su menstruación se ha visto modificado. Desde que atendió la infección de su herida, no ha acudido a revisión, todo esto por un temor y rechazo hacia los ginecólogos y ginecólogas, manifestando su deseo de no regresar al Hospital donde fue atendida.

[...]

c) Impactos en su esfera familiar y social

[...]

Su mamá, [...], fue quien estuvo con ella en todo momento, al ver la afectación emocional que presentaba, le decía que tenía que comenzar a luchar también por su hijo, en un inicio [...] [Nombre de la persona agraviada I] sentía que su mundo no tenía sentido; cuando supo que su hijo le había manifestado a la maestra de la escuela “no debo llorar, pues debo ser fuerte para mi mamá, pues ella llora y llora, y no quiero que llore más”, al escuchar esto comprendió que debía de luchar por su hijo, que tenía razones para seguir. Aunque el dolor seguía presente, comenzó a cambiar su actitud. Podemos ver que las afectaciones van trascienden a los demás miembros de la familia, pues posteriormente su madre tuvo que modificar su rutina, para atenderla a ella y a su hijo.

Al encontrarse hospitalizada, no pudo estar presente durante la ceremonia religiosa y Rosario⁴⁵ de despedida para su hijo [...]; lo cual le impidió realizar un ritual de despedida que coadyuvara en el manejo de su duelo. Tuvo sólo un momento en el hospital donde pudo verlo y despedirse de él, este evento es uno de los más impactantes para [...] [Nombre de la persona agraviada I] [...].

Su familia jugó un papel primordial en el afrontamiento de los hechos vividos [...] el señor [...] [nombre del cónyuge de la persona agraviada I] trabajó el duelo [...]: “*acudió a Océánica le ayudaron con lo del bebé, en la terapia cargó a bebé, me dice lo besé, lo cargué, eso fue lo que me ayudó y quiero que tú te sientas más tranquila, yo sé que es difícil porque tú lo viviste nueve meses. Hasta eso me comprende y me dice cosas que aprendió.*”

En cuanto a su hijo [mayor], le ha referido que tendrán otro bebé, “*el niño dice que ¡no! Porque tiene miedo de lo que pasó, me dice está bien, pero que no vaya a llorar, a él también le afectó porque dice mi hermana que a él le dijeron que estaba muerto y entró en shock y le salieron las lágrimas y dice que no lo puede creer.*”

En esta situación la señora [...] [Nombre de la persona agraviada I] sabe que también su hijo tuvo afectaciones, por ello, intenta que su hijo asimile las cosas, sin mostrarse demasiado permisiva, “*Intento no darle ni quitarle todo, porque si lo mimo lo voy a mal acostumar y si tengo otro bebé lo va a sentir, trato de ser equivalente; mi mamá y [...] cuidaron de mí hijo como un mes durante mi recuperación.*”

d) Impactos en su esfera laboral

Durante su embarazo vendía frituras, enviaba dinero a su esposo, cuando recibió la liquidación de su último empleo, adelantó las rentas de su vivienda hasta el mes de enero, además de solventar los gastos de la escuela de su hijo. Su situación económica no era solvente. Por otra parte, su madre es quien lleva los gastos de su hogar, trabaja, paga la renta, alimentación y todos los servicios que conlleva, además de solventar los gastos de sus hermanas. En el momento del fallecimiento de su hijo [...], la [madre de la persona agraviada] también tuvo que hacerse cargo de los gastos que de manera emergente se suscitaron, pues no cuentan con un panteón, por tanto decidieron cremar el cuerpo, de lo cual pagaron aproximadamente \$500.00 pesos M.N., además de todos los gastos que conllevaba el velorio, ascendiendo aproximadamente a \$1,500.00 pesos M.N.

Saliendo del hospital, permaneció durante dos semanas con su mamá, para su recuperación. La señora [...] había apartado dinero de su liquidación, eran \$2,000.00 pesos M.N., los cuales invirtió en su atención médica, al tener que comprar el

⁴⁵ El Rosario consiste en un sistema de oración de la Iglesia católica, utilizando un sistema de nudos o cuentas en una cuerda, y representa a uno de los más importantes símbolos de la fe cristiana. Los nudos o cuentas se utilizan para llevar la cuenta del número y secuencia de oraciones. Obtenido de: <http://www.misrespuestas.com/que-es-un-rosario.html>

Recomendación 3/2015

tratamiento, gasas, y demás gastos que se derivaron de ello. Recibió también apoyo económico de algunos familiares, con lo cual fue solventando sus gastos pues no pudo realizar actividad física, durante este periodo.

Tardó un mes en recuperarse, pese a que no podía realizar trabajos físicos que implicaran fuerza, comenzó a trabajar en una imprenta donde había trabajado anteriormente, pues no tenía recursos económicos para solventar sus gastos. Meses después ingresó a laborar en una cervecería, donde actualmente sigue trabajando, seleccionando envases, en un horario de 7 a 3 p.m. de lunes a sábado. Actualmente su esposo aporta también económicamente, esto la hace sentir menos estresada.

e) Impactos en su proyección futura

El principal impacto en su proyección futura es la propia muerte de su hijo, pues él era parte de las expectativas a futuro como un integrante más de la familia, para su llegada había hecho diversos planes con su esposo, mismo que han dejado de tener sentido. Si bien su esposo le dice que pueden tener otro bebé ella considera que nunca podrá olvidar a su hijo fallecido [...] y aunque actualmente ha aceptado embarazarse de nuevo, al no poder conseguirlo la invaden sentimientos de angustia. Considera que otra afectación a futuro es que la muerte de su hijo se tuvo lugar en una fecha significativa como es día de reyes, desde entonces ella no ha podido disfrutar esa fecha con su otro hijo, lo cual le genera sentimientos de culpa, pero considera que ese día tendrá un significado diferente para ella.

CONCLUSIONES

[...]

La sintomatología descrita por [la agraviada], está directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, relacionadas con un **proceso de duelo que no está elaborado completamente**. [...] Actualmente se encuentra en una **etapa del proceso de duelo denominada adaptación a la pérdida** o acomodación, en la que han disminuido los síntomas depresivos, se va recuperando la energía con periodos más largos de actividad dirigida a logros de objetivos. Sin embargo, esto no significa que el proceso de duelo haya sido elaborado adecuadamente ya que las circunstancias en las que tiene lugar el fallecimiento de su hijo, generan imposibilidad de atribuirle un sentido, además el carácter súbito de la muerte, y la imposibilidad de estar presente en el ritual de despedida, que coadyuvara en el manejo de su duelo, le generaron sentimientos de impotencia, situación que agrega un componente diferente al proceso normal de duelo; afectando su sistema de creencias y su integridad psicológica pues le impide dar sentido a la pérdida.

Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, económico y proyecto de vida. Respecto a las afectaciones a su integridad, derivado de la mala atención, presentó infección en la herida de la cesárea, así como alteraciones hormonales y miedo intenso de embarazarse nuevamente pues cree que puede perder a su bebé nuevamente. En el segundo aspecto, a nivel familiar se generó una carga imprevista para su mamá quien durante el primer mes tuvo que hacerse cargo de los cuidados de ella y su nieto [...]. Su mamá, asumió una serie de gastos que no tenía previstos para apoyar a su hija durante el primer mes, brindándole alimentos, vestido y vivienda. [...] Su proyecto de vida se encuentra afectado principalmente por la pérdida de su hijo y las afectaciones a su sistema de creencias, sueños, esperanzas y aspiraciones para el futuro que el hecho representa, así como por el cambio de significado en una fecha importante para su hijo [...] [nombre del hijo de la persona agraviada] como es el 6 de enero. [...]



Caso J. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D0935

75. Acta circunstanciada de fecha 14 de febrero de 2013 suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Se] comunicó con el Jefe de Ginecología, doctor "Lara", quien refirió que:

La paciente [...] [Nombre de la persona agraviada J] se encontraba hospitalizada en ese hospital, en donde se le practicaron diversos estudios médicos (ultrasonido; registro toco cardiográfico; micrófono en abdomen para medición de latidos cardiacos del producto); sin embargo, la paciente cursaba aproximadamente 24 horas de puerperio y con los estudios se verificó que el producto estaba muerto, por lo que a la paciente se le practicó trabajo de parto.

El producto tenía 27 semanas de gestación y tuvo un peso de 744 gramos.

Las razones de muerte con precisión las desconoce; sin embargo, se envió a análisis topatológico [sic] de placenta, aclarando que el resultado tardaba aproximadamente 15 días.

La paciente se encuentra estable de salud.

Aclaró que desconocía, quien de los médicos de ese hospital, brindaba información médica a los familiares de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada J].

[...]

76. Oficio número HEBD/D/087/13 de fecha 18 de febrero de 2013, firmado por el Doctor Isauro Ramón Gutiérrez Vázquez, Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, por el cual se informa lo siguiente:

[...] La tardanza en atender a las pacientes, se debió a que nuestros médicos especialistas se encontraban en quirófano en la atención de otras pacientes. [...] Se les informó de manera clara y sencilla a los familiares de las pacientes, el estado de salud que presentaban en ese momento. [...]

77. Oficio sin número de fecha 24 de febrero de 2015, suscrito por el Doctor Gerardo Lara Figueroa, médico adscrito a la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, mediante el cual informa lo siguiente:

[...] La paciente es ingresada a las 20:20 horas del día 12 de febrero del 2013, área de choque de gineco por parte del servicio de admisión y enfermería a solicitud de los familiares, avisándole a la Dra[.] Ocampo Ginecoobstetra y Dra[.] Vázquez Medico general [sic], quienes se encontraban en procedimiento quirúrgico [...] Quedando pendiente nota de ingreso y nota de indicaciones, posteriormente a las 23:42 horas, se valora a la paciente por el Dr[.] Ronson quien en ese momento salía de la atención de un parto [...].

2. Se informe cuantos médicos ginecoobstetras se encontraban dentro de dicho Hospital de guardia en el turno nocturno entre el día 12 y 13 de febrero de 2013.

En febrero del 2013 la guardia estaba constituida por dos médicos Gineco-obstetras y un médico general.

3. Se mencione cuantos médicos gineco obstetras se encuentran adscritos y en labores en el transcurso de toda la semana- incluyendo fines de semana-el turno nocturno de este Hospital.



Recomendación 3/2015

A partir del año 2014, la plantilla de médicos Ginecoobstetras se compone de 10 ginecólogos por la mañana, tres ginecólogos turno vespertino, tres ginecólogos por guardia (A, B y C), 5 ginecólogos fin de semana, de 8 a 20 horas y dos ginecólogos fijos, sábado y domingo.

4. Señale cu[á]ntas pacientes obstétricas se atienden en promedio en una guardia nocturna de ese Hospital.

La cantidad de pacientes valoradas durante la noche varían entre 20 y 25 pacientes en el turno nocturno.

5. En razón a qué fue informado que el día de los hechos se activó el Código Mater, se informe quié[ñ]es fueron los especialistas que intervinieron en esto.

No contamos con evidencia documentada que ese día se haya activado el Código Mater, además dicho código fue instalado de manera normativa a partir de 2014.

6. Se informe cuál es el Protocolo para la atención de un producto vivo de 24 semanas de gestación con ruptura de membranas corioamnióticas.

La atención del producto prematuro es responsabilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales quién informa que no existe un protocolo específico para el manejo de productos de 24 semanas.

7. ¿Cuál es la capacidad del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez para la atención de productos prematuros extremos?

La UCIN informa que cuenta con 6 cunas de calor radiante para el manejo del producto de prematuridad extrema y esto depende de la ocupación.

8. En el caso de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada J], informe en qué momento ya no se detectó la frecuencia cardíaca del producto.

De acuerdo a las notas médicas que se encuentran en el expediente y a la información verbal del médico tratante, la paciente es informada posteriormente al alumbramiento de que el producto se encontraba óbito.

[...] Indique cu[á]l es la atención que se brinda a las pacientes obstétricas, que presentan una pérdida gestacional. Señale si la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada J], se le brindó este tipo de atención; o bien una atención médica posterior.

La atención brindada fue la indicada en este caso, atención de la expulsión del producto, revisión de cavidad, aplicación de uterotónicos y antibióticos profilácticos, pasa a recuperación, posteriormente alta a las 48 horas, con nota de egreso en donde se dan datos de alarma pos parto, y receta, así como cita en centro de salud para metodología anticonceptiva, misma atención en todas las pacientes de casos similares. [...]

78. Valoración psicosocial de fecha 25 de febrero de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

Questionario para experiencias traumáticas (TQ)

La [persona agraviada J] refiere haber experimentado otros sucesos traumáticos como muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo, [...], de todos ellos el que considera que le resulta más desagradable recordar es el fallecimiento de su bebé. Refiere no estar preparada para el suceso, mismo que supuso miedo, vergüenza y enojo, sufrió lesiones físicas, pensó que su vida estaba en peligro, tenía la sensación de que no podía hacer algo para evitarlo, se ha sentido diferente a otras personas debido al acontecimiento.

Posterior a la pérdida de su hijo presentó los siguientes síntomas: actuar o sentir como si el trauma volviera a ocurrir, estar nerviosa o fácilmente asustada; angustia psicológica



Recomendación 3/2015

ante hechos que le recuerden el suceso, hipervigilancia, evitación de actividades, lugares o personas; dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o accesos de cólera, dificultad para concentrarse, sensación de desapego o alejamiento, imágenes dolorosas y recurrentes del suceso, pesimismo hacia el futuro.

Por lo cual, según este instrumento, la entrevista y de acuerdo al DSM-IVTR, cumple con síntomas asociados a un Trastorno por Estrés postraumático.

Conclusiones

Además de las afectaciones psicoemocionales [...], los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad física, relación de pareja, vida sexual y reproductiva, así como cambios en la relación con su núcleo familiar actual, mostrando elementos de disfunción familiar. [...] Su proyecto de vida cambió en primer lugar por el embarazo, pero en un segundo momento y de manera significativa por el fallecimiento de su beb[é] y la p[é]rdida de expectativas que había construido en torno al él, lo cual representó pérdida de sueños, aspiraciones y expectativas respecto a su futuro.

El impacto a su sistema de creencias y sensación de seguridad, se relaciona con la negación a acudir nuevamente a una institución de salud pública, que pueden representar lugares de revictimización, lo cual impacta en su estado de salud actual; además la falta de una explicación respecto a la muerte de su beb[é] y la imposibilidad de acudir al entierro impactaron en la posibilidad de dar un sentido a la experiencia, lo que genera sentimientos de culpa que agravan el proceso de duelo.

[...] A dos años de los hechos, [...] [Nombre de la persona agraviada J] aún presenta síntomas de estrés postraumático, crisis de ansiedad, depresivos y una elaboración no adecuada del proceso de duelo, para las cuales no ha recibido la atención especializada adecuada, afectando de manera significativa su vida cotidiana e impidiéndole retomar su proyecto de vida.

[...]

79. Acta circunstanciada de fecha 2 de marzo de 2015, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta lo siguiente:

[...]

A continuación se describe lo relatado por la agraviada, por cuanto hace a los hechos denunciados: "Al llegar al hospital (como a las ocho de la noche), y yo me tocaba y ya me sentía muy sangrada y yo veía como todo muy rápido enfrente de mí y ya me sentía muy mal, perdiendo todas mis fuerzas", pues al llegar le dio una crisis convulsiva (aunque esto no le ha sido diagnosticado) "pero eran tanto mis nervios, mi frío, ni podía controlar el movimiento de mi cuerpo, me ganaba" y la meten al hospital, "pero entré consciente pues escuchaba todo lo que la gente decía y me ingresan a un cubículo rojo, me quitan la ropa, y me entubaron por todos lados", entonces entró un muchacho por su ropa, luego se salió, después llegó un doctor que fue a verla y le puso un aparato para oír los latidos y le dice el doctor "ya te vas a aliviar", a lo cual, ella replica que no, porque era muy pronto, yo no me puedo aliviar ahorita y el doctor le contestó "ya no se puede esperar más", por lo que se asustó pero ya estaba muy dilatada y la llevan a realizarse un ultrasonido y "entonces el bebé estaba volteado"; después, escuchó que un doctor le preguntó a otro "¿es cesárea?" y que le respondieron que no; entonces la regresaron a la sala donde estaba y la amarraron con unas vendas en el corazón "pero yo ya no escuchaba nada y entonces pregunté ¿cómo está?" y solo le dijeron "necesitamos que te calmes" pero ella sentía las contracciones muy fuertes por lo que jaloneó a un

Recomendación 3/2015

enfermero y gritaba que "ya la atendieran" porque refirió que no había doctores y no le hacían caso, aunque indicó que en ese momento ya no sentía nada (señalando su vientre) aunque continuaba sintiendo las contracciones y una "como bolsita" señalando su entrepierna). Pero pasó el tiempo (aproximadamente a las tres de la mañana) y ella gritaba que la cambiaran porque "ya se había hecho del baño y tenía ganas de vomitar" y la cambiaron hasta media hora después de que les había avisado. Aproximadamente a las cinco de la mañana le colocaron un catéter, lo cual autorizó porque le indicaron que eso haría que se le calmaran las contracciones y entre el dolor intenso que ella sentía, aceptó y la dejaron sola, aunque cada cinco-diez minutos le tomaban la presión arterial, después, fueron a verla y le indicaron que aún no era tiempo, pero ante cada dolor de las contracciones, sentía la necesidad de pujar, pero las enfermeras le pedían que no pujara; no obstante, ya era mucho el dolor que sentía y les dijo a las enfermeras que "ya se lo sacaran" y los doctores y demás gente que pasaba, las callaban y les decían –a ella y a las demás internas- que "si querían tener hijos que se aguantaran" "aquí te vamos a ver el otro año". Después pasó el tiempo "y ahora sí sentía que se iba a aliviar porque ya me tronaban todos los huesos de aquí" (señalando su cadera), por lo que le avisó a una doctora o enfermera que estaba enfrente, quien le respondió "alíviate, no pasa nada si lo tienes ahí" ante lo cual ella le respondió "no, ya lo tengo aquí (señalando su entrepierna)"; luego sintió un dolor muy fuerte y comenzó a pujar y esa doctora al momento de verla gritó: "a quirófano" la colocaron en una camilla y se la llevaron, ya en el momento de pasarla de la camilla a la cama del quirófano, le pidieron que pujara y entonces sintió que sacó el producto y todos las personas presentes comenzaron a correr, en ese momento escuchó un doctor pidiendo una inyección, aunque al momento en que le llevaron esa inyección, él dijo "ya no" y ella preguntó ¿qué pasó?, también recuerda que ella veía pura luz, que todavía traía el catéter, pero no sabe si le colocaron anestesia, le indicaron que le quitarían la placenta porque necesitaban limpiarla y comenzaron a "echarle aire", lo cual le dolía mucho; después, una enfermera le mostró al bebé, le dijo que era su hijo, que pesó como setecientos o seiscientos gramos y en ese momento, aunque le costaba abrir los ojos, notó que era niño y sin mayor explicación, se lo llevaron; posteriormente le inyectaron en una pierna y se despertó en la sala de recuperación, se vuelve a quedar dormida; después se acercaron unas enfermeras a despertarla para pedirle su Clave Única de Registro de Población (CURP) para realizar el acta de defunción para entregar el cuerpo, aunque notó que "pasaban y buscaban el CURP" y de esa manera confirmó que su bebé estaba muerto, pero luego recordó que en el momento que ella expulsó el producto, un doctor gritó: "está muerto" y que al momento de que se lo mostraron, intuyó que su bebé había muerto, pero nadie se lo dijo directamente ni le dieron alguna explicación. Aproximadamente a las diez de la mañana le explicaron que ya había elaborado esa acta. Posteriormente la enviaron a un cuarto con otras pacientes. Al otro día entró su pareja, a la hora de visita, como de cuatro a cinco de la tarde, quien le avisa que al día siguiente sería el funeral, pero no la dieron de alta, por lo que no lo pudo presenciarlo [sic], pero sabe que a su pareja y sus familiares les afectó mucho esa situación; también refirió que a su pareja le indicaron que al cuerpo del bebé le pusieron una inyección "para que durara más porque estaba muy frágil y esa inyección era para que no se deshiciera el cuerpo" y le desconcierta el por qué al momento de recoger el cuerpo de su bebé, le pidieron a su madre que lo reconociera. Al día siguiente, le colocaron un implante, aparentemente por parte del personal del hospital, posiblemente trabajadores sociales, quienes previamente la convencieron de que debía usar un método anticonceptivo, porque era muy conveniente por su situación.



Recomendación 3/2015

[...] Que la trataron mal, no le hacían caso, se burlaron de ella. No le realizaron ningún estudio clínico. Nunca le prestaron atención psicológica. No la dejaron deambular, pues todo el tiempo estuvo acostada. No le explicaron por qué no le querían hacer cesárea, no le explicaron que le pasó exactamente a su bebé, aunque ella tiene la impresión de que se ahogó por haberla hecho esperar tanto, sólo sabe que tenía seis meses de embarazo y que se quedó con muchas dudas.

[...]

80. Informe sin fecha suscrito por Ignacio Ronson Pérez, personal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, el cual contiene lo siguiente:

[...] el día 12/02/13. Inmediatamente al salir de la sala de expulsión, ya que me encontraba en la atención del parto eutócico de la [...] [nombre de otra paciente] registrado en el expediente el nacimiento a las 20:38 horas.

Una vez terminado el evento obstétrico me encuentro en área de choque a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada J], ingresada por el servicio de admisión, a las 20:25 horas aproximadamente. La paciente se encontraba estable, sin dato alguno de crisis convulsivas, cursando la fase latente de trabajo de parto. Por la edad gestacional se consideró de tipo inmaduro con mal pronóstico por Inmadurez extrema del recién nacido.

A la paciente en ningún momento se le negó la atención, a pesar de que el personal médico se encontraba en procedimientos obstétricos, el servicio de admisión y enfermería le brind[ó] la atención primaria y se pasó a la Unidad de choque. [...]

81. Opinión médica de fecha 24 de marzo de 2015, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

IV. RESULTADOS OBTENIDOS

Notas del expediente clínico [...], de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada J], elaboradas en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El cual como datos relevantes menciona:

(12/02/13 20:20 horas) Nota Médica Inicial de Urgencias: (...) Pasa directo a área de choque por falta de personal médico (en procedimiento qx [quirúrgico]). (...)

FUM: (...) Primigesta, embarazo de 26 semanas. Fase latente de trabajo de parto y ruptura de membrana. (...) Actividad uterina irregular. (...) útero gestante con FU de 24 centímetros, con PUVI [producto único vivo], FCF [frecuencia cardíaca fetal] 118 x', tono uterino normal, dilatación 3 cm, (...) 50% borramiento, Tamier y Valsalva positivo (...) Mal pronóstico p/RN [recién nacido]. Se espera eutocia. (...) (12/02/13 20:20 horas) Triage en Urgencias Obstétricas:



SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BELISAR DOMÍNGUEZ
JEFATURA DE ENFERMERÍA
TRIASE EN URGENCIAS OBSTÉTRICAS

FECHA 12/02/13 HORA 20:20
NOMBRE Patricia Elizabeth EDAD 36
MOTIVO DE CONSULTA Refiere dolor tipo cólicos, sangrado
ENF. AGREGADA AL EMBARAZO NE
FUN. III ID# 261 USE TRIMESTRE (1) (2) (3)
GESTAS 1 PARTOS 0 CESAREAS 0 ABORTOS 0 (mola, ectópica)
T/A 181/77 FC 70 C/PR 20 TEMP 36 C/F

T/A	VERDE	AMARILLO	ROJO	CODIGO MATER
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA	SOMNOLENCIA	ESTUPOR	COMA/CONVULSION
DATOS DE VASOESPASMO	NEGADOS	CEFALEA, ACUFENOS, ESCORBUTO	HIPERREFLEXIA	
MOTILIDAD FETAL MAYOR 20 SEMANAS	PRESENTE	DISMINUIDA	NULA	
ACTIVIDAD UTERINA REGULAR	AUSENTE IRREGULAR	REGULARES E INTENSAS	GRAN INTENSIDAD > 3 EN 10 MIN	
DILATACION	0 1 2 3 cm	4 5 6 7 8 cm	EXPULSIVO	
SALIDA DE LIQUIDO AMNIOITICO	NO	SI		
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOITICO	CLARO CON GRUMOS	SIN LIQUIDO	MECONIAL SANGUINOLENTO PURULENTO	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL (3 a 10 min)	110-160	<110 o 160-170	<100, >170, 0 NO DETECTABLE	
ANT DE CIRUGIA UTERINA	MAYOR 3 AÑOS	6m A 3 AÑOS	6 MESES	
CESAREAS PREVIAS CON TRABAJO DE PARTO	0	1	2 O MAS	
SANGRADO TRANSVAGINAL MAYOR A 20 DCS	NO	MOCO CON SANGRE	SIMILAR A UNA MENSTRUACION	ABUNDANTE/ DATOS CHOQUE
SANGRADO TRANSVAGINAL MENOR A 20 DCS	NO	MIMIMO	SIMILAR A UNA MENSTRUACION	ABUNDANTE/ DATOS CHOQUE
SUCIEMIA CAPILAR		140-249	Mayor 250	
LABSTIX (HIPERTENSAS, DIABETICAS O CON RIESGO)				

OBSERVACIONES paciente que entra a consulta convulsionando
codigo Rojo Nos avisa personal de admisión que su paciente viene convulsionando, estábamos circulando un parto. Se monitorizan signos vitales, apoyo ventilatorio con oxígeno a 3 litros por minuto por puntas nasales, se canaliza vía periférica con punzocat #16, se toman laboratorios y se mantiene bajo vigilancia obstétrica.
ELABORO Leo Elizabeth MEDICO
un parto: un parto
con una cesárea
000009

(12/02/13 21:20 horas) Laboratorio Clínico: (...) Leucocitos 14.40 K/uL (Valor de Referencia 4.6-10.2), (...) Valores absolutos. Neutrofilos # 8.10 (Valor de referencia 2-6.9), Linfocitos # 4.80 (Valor de referencia 0.6-3.4), Monocitos # 1.30 (Valor de referencia: 0-0.9) (...)

(12/02/13 20:20 horas) Notas de enfermería del servicio de Tococirugía y Quirófano: (...) 20:20 hrs. Entra paciente directo de consultorio a labor área de choque, ya que nos avisa personal de admisión que los familiares refieren que su paciente viene convulsionando, estábamos circulando un parto. Se monitorizan signos vitales, apoyo ventilatorio con oxígeno a 3 litros por minuto por puntas nasales, se canaliza vía periférica con punzocat #16, se toman laboratorios y se mantiene bajo vigilancia obstétrica.

20:30 horas. Es valorada por Dra Ocampo Gineco obstetra y Dra Vázquez, médico general ya que estaban operando una cesárea, quedan pendientes indicaciones médicas y nota de ingreso, paciente consciente, orientada, ligera palidez de tegumentos, (...) con actividad uterina regular, sangrado transvaginal moderado, niega cefalea, refiere fosfenos [ver luces] y dolor tipo cólico, así como sangrado queda a cargo del siguiente turno a las 20:40 horas. (...) 20:20 horas: TA 181/77 (...) 20:30 TA 148/70, (...) 21:00 123/75 (...). Medicamentos: (...) Ranitidina (...) Metoclopramida (...) Butilioscina (...) 21:25 TA 130/74 (...) Recibo paciente en unidad de choque adulto (...) sangrado vaginal abundante. Refiere actividad uterina y no refiere movilidad fetal (...)



Recomendación 3/2015

5:54 (...) Ingres a sala de expulsión 2, se coloca en posición de litotomía y nace producto, (...)

Carta de Consentimiento Informado y valoración pre anestésica: Citar folio*****

(13/02/13 01:30 horas) Nota de valoración trans y Post anestésica: (...) Emb 26 SDG [semanas de gestación] + TP [trabajo de parto] inmaduro. (...) Analgesia Obstétrica (...) (12/02/13 Sin hora) Indicaciones médicas: (...) Sol Mixta 1000 cc + 5 Unidades de oxitocina a 16 gotas por minuto. (...)

(13/02/13 06:25 horas) Nota Post parto: (...) Dx [diagnóstico] de Ingreso: GI [gesta 1]+ Embarazo de Pre término por clínica 25-26 sem + Fase Expulsiva de Trabajo de Parto + Pélvico (...) Qx [cirugía] Programado: Atención de Parto. (...) Anestesiólogo: No se requirió (...) Método de Planificación Familiar: No acepto la Paciente. (...) Se obtuvo producto único óbito, sexo masculino, se pinzó y cortó cordón umbilical. (...) Revisión de cavidad de forma profiláctica, masaje uterino y uso de útero tónicos. Revisión de canal de parto. (...) Hallazgos: Fecha de nacimiento el día 13 de febrero del 2013, hora de nacimiento: 05:57 horas, producto único óbito, sexo masculino, peso de 744 gramos, talla 36 cm. Placenta: Completa con calcificaciones. (...)

(14/02/13 07:48 horas) Nota de evolución: (...) Estable, se egresa. (...)

(14/02/2013 Sin hora) Hoja de egreso de Ginecología y Obstetricia:

[...]

V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 19 años de edad, quien acude por presentar complicaciones durante su embarazo al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, en dicho hospital se le diagnóstica ruptura de membranas y trabajo de parto en fase latente. Se espera trabajo de parto del cual se obtiene producto óbito. Por lo anterior se realiza el siguiente análisis:

Se trata de paciente quien a su ingreso al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez (en adelante HECMBD), ingresa aparentemente convulsionando, sin embargo no puede ser atendida de inmediato por personal médico ya que [é]ste se encontraba en otra atención médica [...] por lo que acude posteriormente a atender a la paciente, llegando de inicio personal de enfermería.

Dicho personal anota en la hoja de triage: Código mater [...] El código mater se aplica cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo. La función de la enfermera es trabajar en conjunto con el equipo de salud y dar aviso a los médicos de las diversas especialidades: Gineco obstetricia, médico intensivista, pediatra, anestesiólogo.⁴⁶

Cuestión que no fue posible debido a que en el HECMBD no se contaba con personal médico de gineco obstetricia disponible. Al respecto, se refiere que ese día el HECMBD contaba con dos médicos gineco obstetras para una atención de 20 a 25 pacientes en promedio, de acuerdo a las respuestas brindadas por dicho centro hospitalario. [...]

El artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, refiere que: En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo; el artículo 48 menciona que: Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de

⁴⁶ Alvarado Berrueta Rosa María y cols., Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México, *Enferm. Univ.* vol.9 no.2 México abr./jun. 2012.

Recomendación 3/2015

calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. En el presente caso durante la atención inicial de la urgencia obstétrica de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada J], no se contó con personal idóneo ni una atención médica oportuna por la falta de médicos en el área de urgencias gineco obstétricas.

Ahora bien, al ingreso de la paciente se diagnóstica un embarazo de 26 semanas de gestación, con trabajo de parto en fase latente, con ruptura prematura de membranas. Dentro del grado de prematurez, la bibliografía médica consultada refiere lo siguiente: Un producto prematuro presenta complicaciones inherente a la prematurez. Entre menos semanas de gestación, el riesgo de mortalidad fetal se incrementa, y que dependerá de otros factores asociados las posibilidades [sic] de supervivencia. Observándose que, entre la semana 23 y la 25 semana de gestación, observándose [...] tasas de mortalidad muy elevadas antes de las 26 semanas de gestación. No obstante lo anterior, también se resalta que la supervivencia se incrementa un 20% en la semana 24 de gestación y se incrementa un 50% en la semana 25 de gestación. Incluso se ha observado que recién nacidos con pesos de 500 a 750 gramos pueden llegar a sobrevivir.

Se menciona que, cuando sobreviene la ruptura prematura de membranas, el parto ocurrirá en algún momento. Se sugieren dos posibilidades terapéuticas: 1. No intervención o conducta expectante y 2. Intervención, que puede incluir manejo de corticoesteroides, con agentes tocolíticos para detener el trabajo de parto pretérmino y así lograr que los corticoesteroides tengan el tiempo suficiente para la maduración fetal. En el presente caso, se observa que la paciente, cuando recibe atención médica, el producto presentaba aun frecuencia cardiaca fetal [...], en la nota se asienta que existe mal pronóstico del producto por ser prematuro. La literatura médica refiere que ante un parto prematuro, lo indicado será la aplicación de medicamentos tocolíticos para continuar con la inducción de maduración pulmonar con la aplicación de esquema único de esteroides. En el presente caso, en el expediente clínico no se documenta alguna acción al respecto. Por el contrario, se observa que se le aplica oxitocina a la paciente. La oxitocina es un medicamento que se utiliza para la inducción o conducción del trabajo de parto.

No se aplica medicamento tocolítico alguno, ni un esquema de maduración pulmonar (Ver indicaciones médicas con el folio 000008 del expediente clínico) y, de acuerdo a las guías médicas consultadas (Ver bibliografía), ese es el manejo médico a seguir en casos de parto pretérmino⁴⁷. En las indicaciones médicas anteriormente señaladas, se observa que se solicita vigilar la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina. En el expediente clínico no se documenta que se hayan valorado alguna de las dos características clínicas. No se estableció vigilancia del bienestar fetal, cuando la paciente refirió no sentir los movimientos fetales. De tal manera que se desconoce, en qué momento se produjo el óbito durante la atención del trabajo de parto.

Esta falta de vigilancia adecuada al trabajo de parto pretérmino implica que, no se le pueda informar a la paciente en qué momento fallece el producto, así como los riesgos inherentes a la prematurez. Lo que ocasiona que la paciente desconozca cuales eran los riesgos de su parto en las condiciones clínicas en las que [é]ste se presentaba [...] No existe constancia en el expediente clínico que se le haya informado a la paciente o a sus familiares de la misma, las circunstancias del parto pretérmino y las repercusiones que [é]ste hecho pudiera presentar en el pronóstico del recién nacido, por lo que no se

⁴⁷ Özmen Ş. Tocolíticos para el trabajo de parto prematuro: Comentario de la BSR (última revisión: 27 de enero de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



Recomendación 3/2015

cumple con lo señalado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

Al respecto e independientemente del resultado y/o el pronóstico del recién nacido, se observa que no existió el apego a las Guías de Práctica Clínica consultadas para parto pretérmino y ruptura de membranas pretérmino [...] No se hace constar en el expediente clínico que al producto, se le haya realizado una valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para determinar la experiencia del equipo en el manejo de éste tipo de casos.

VI. CONCLUSIONES

1. La atención que recibió la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada G] el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México no fue adecuada ni oportuna por las siguientes razones:

1. No se contó con personal suficiente e idóneo para la atención de una paciente embarazada con una eventual crisis convulsiva. Lo anterior no está de acorde a lo señalado en los artículos 21 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Lo anterior es atribuible a nivel Institucional ya que los médicos se encontraban en procedimientos médicos.

2. No existió apego a las guías de práctica clínica de ruptura prematura de membranas, así como a la guía de práctica clínica sobre el tratamiento del parto pretérmino, así como a la literatura médica al respecto. Por el contrario, se maneja con medicamento oxitócico, medicamento con el cual se prosigue con el trabajo de parto, cuando lo indicado (de acuerdo a la bibliografía consultada, Ver apartado VII) en el presente caso era el manejo con tocolífticos (retrasar el trabajo de parto) e iniciar un ciclo de esteroides para inducir la maduración pulmonar, así como el manejo multidisciplinario con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

3. A pesar de estar como una indicación médica, no se valora medicamento [sic] ni las contracciones uterinas, ni la frecuencia cardiaca fetal, por lo anterior se desconoce en qué momento se produjo el óbito fetal y no se conoce cuál fue la evolución del producto durante la hospitalización.

4. No existe evidencia en el expediente clínico, que se le haya informado a la agraviada las acciones médicas realizadas, las alternativas terapéuticas así como el pronóstico del producto. Incluyendo el momento en el cual el producto fallece. Lo anterior no cumple con lo estipulado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

2. Por lo anterior, se puede decir que, independientemente del mal pronóstico del producto, el personal sanitario tratante del binomio materno fetal, incumplió con su obligación de medios diagnóstico-terapéuticos, por lo cual se incurrió en mala práctica. El daño fue la muerte del producto sin poder establecer con certeza, por las características de la prematurez del producto, que el pronóstico hubiese cambiado de haberse aplicado la terapéutica correcta.

La paciente refiere con insistencia que nunca fue informada en qu[é] consistió el tratamiento y cuál era el pronóstico del producto, así como también desconoce en qué momento falleció.

[...]



Caso K. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015

82. Orden médica para el control y tratamiento del paciente de fecha 1 de febrero de 2013, suscrita por el médico gineco-obstetra Jesus Zubiela Colín, adscrito al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, la cual obra en el expediente clínico de la persona agraviada K el cual contiene, entre otra información, la siguiente:



ECOM-5

Ordenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados

UNIDAD MEDICA	HEBO	CLAVE	
NOMBRE:	[REDACTED]	No. EXP.	
SERVICIO:	Gineco	CAMA:	
FECHA Y HORA	ORDENES DEL MEDICO		
01.02.13 12:00	1- Se interviene a Subor. 2- alquilar. 3. C654, 2VT hemo pss. regular Act. Hemo		
	4.- Sol. Glucosada 5% 1000 cc para 500 cc en carga ruto PVP.		
	5.- Refriacion 1g 100/84.		
	6.- Lab BH, 6h, pparh 056 PCR.		
	 DR. JESUS ZUBIELA COLIN		
01.02.13 16:00 hrs	INDICACIONES		
	1- AYUNO		
	2- CGE Y SVPT		
	VIGILAR FCT. AC. PIVS.		
	DECUBITO LATERAL IZQUIERDO		
	3- SOL GLUCOSADA AL 5% 1000 CC - 5 UNIDADES DE OXITOCINA PASAR 16 GOTAS POR MINUTO		
	SOL HARTMAN 500 CC EN CARGA		
	4- AMNIOREXIS OPORTUAN		
	ANALGESIA OPORTUNA		
	RCTG.		
	OXIGENO PUNTAS NAALES O2 A 3 L POR MINUTO		
	5- REPORTAR EVENTUALIDADES		
	GRACIAS		
	 DRA. OCAMPO T.		

J

01.02.13 16:00 hrs
5h a 02:11 24 con en mano



83. Nota de alta de Unidad de Cuidados Intensivos de fecha 2 de febrero de 2013, suscrita por la médica Alvarez, adscrita al Hospital Materno Infantil Inguarán, la cual obra en el expediente clínico de la persona agraviada K el cual contiene, entre otra información, la siguiente:

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"DR BELISARIO DOMINGUEZ"**

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Femenino Expediente:

NOTA DE ALTA DE UCIA

FECHA DE INGRESO: 02/02/13

HORA: 08:00 hrs

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

- Choque hipovolemico G IV 2500ml de sangrado
- POP de histerectomía subtotal con conservación de anexos por atonía uterina
- Empaquetamiento con 5 compresas
- Puerperio quirúrgico inmediato patológico
- Anemia grave

FECHA DE EGRESO: 07/02/2013

HORA: 10:00 hrs

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

- Choque hipovolemico G IV 2500ml de sangrado remitido
- POP de histerectomía subtotal con conservación de anexos por atonía uterina
- PO de desempaquetamiento con 5 compresas
- Puerperio quirúrgico inmediato patológico
- Anemia normocitica normocromica
- Desequilibrio acido base remitida

FECHA DEL INGRESO:

DÍAS DE ESTANCIA EN LA UCIA: 6

DE ANTECEDENTES DE LA UCIA:

ANTECEDENTES:

Paciente femenino de 33 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal de secundaria completa, cristiana. Antecedentes heredo-familiares, padre finado por alcoholismo crónico, madre viva con Diabetes Mellitus 2, actualmente dedicada al hogar. Habita casa de medio urbano con todos los servicios básicos, de preferencia sexual heterosexual, tabaquismo y alcoholismo negativo, niega transfusiones previas, gpo y Rh.D (-), niega plágicos, traumáticos y quirúrgicos, niega internamientos previos. APO: G III actual FUM 27 de abril del 2012, embarazo normoavolutivo

ANTECEDENTES DE EGRESO:

Padecimiento actual: Lo inicia el día de ayer posterior a trabajo de parto prolongado por embarazo de 36.3 SDC y sufrimiento fetal por lo que es sometida a cesárea presentando posteriormente atonía uterina que no revierte con medidas farmacológicas por lo que se realiza histerectomía total abdominal con conservación de anexos, con sangrado transoperatorio de 2500 y total de 4000ml, dejando empaquetamiento con 5 compresas, balance total de +500ml, se transfunde 1 pg por no haber existencia, se decide su ingreso a UCIA.

Durante su estancia se transfunden 4 paquetes globulares, y un plasma fresco congelado, se logra progresar la ventilación mecánica logrando extubarla sin complicaciones, el día de ayer entra a quirófano para desempaquetamiento, sin complicaciones reportadas, sin embargo cursa con acidosis metabólica, la cual se revierte con la aplicación de volumen, actualmente se encuentra hemodinámicamente estable, en equilibrio acido base, en equilibrio hidroelectrolítico, por lo cual se decide su ingreso a piso para continuar tratamiento.

Laboratorios: 06/02/13 Hb 8.3, Hto 23.3, leucos 5100, plq 173,000, CL 112, na 134, K 3.5, Ca 7.3, P 4.9, Mg 1.4, glu 83, urea 4.28, BUN 2, creat 0.6, BT 0.7, BD 0.2, BI 0.5, AST 15 ALT 49, alb 1.6DHL 142, PA 89, GOT 77

GASA pH 7.36, HCO2 26, pO2 136, lac 0.6, HCO3 15.4, BEB -8 SO2 al 99%

DRA. HERNANDEZ MAUCI

DRA ALVAREZ RMM 1866680



G. D. F.
SECRETARÍA DE SALUD
GENERAL DE SERVICIOS
MÉDICOS Y URGENCIAS

000079



84. Hoja Frontal para Diagnóstico e Intervenciones Quirúrgicas de fechas 1, 2 y 4 de febrero de 2013, suscrita por diversos médicos gineco adscritos al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

México **Salud**

Hoja Frontal para Diagnósticos e Intervenciones Quirúrgicas

UNIDAD MEDICA _____ CLAVE _____

NOMBRE _____ No. EXPEDIENTE _____


EDAD 33 CAMA _____ SEXO F M B (-)

FECHA		DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES QUIRURGICAS	NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE
INGRESO	EGRESO		
01/02/13		G.I. Embrazo a 40 Sem. + Ruptura precoz membranas F.L. de T. & P.	<i>[Signature]</i>
4/02/13		Puerperio quirúrgico p. talco PO de HTA diabética subtotal + continuación de curación a atención de un qu. nacimiento d. medicamentoso Chaque hipotensión grado IV en curación, Sx cirujía secundaria empaqueada. Nombre B (-)	<i>[Signature]</i> Dra. Ariadna Guzmán-Bertrán Ginecología y Obstetricia Tel. 503097102
08/02/13		Don Incompleto Recibi información de mi esposa	<i>[Signature]</i>

68767
Martín y Plata 26
Col. Fúgata Nueva
ETAPALAZA

G. D. F.
SECRETARÍA DE SALUD
REC. GENERAL DE SERVICIO
MÉDICOS Y URGENCIAS



FECHA Y HORA	ORDENES DEL MEDICO
1/02/13	1) B. H. / Levosina 20mg IV D.V
18:30h	2) B. H. / Levosina 20mg IV D.V
2/02/13	1) B. H. / Levosina 20mg IV D.V
2:00h	
	<p data-bbox="860 534 1071 606">Dra. Ariadna Sauer Becerril Ginecología y Obstetricia Ced. Esp. 7447/13 Mat. 88385132</p>
02/02/13	- P Suspender oxitocina
02:20h	- Sol. Hartman 500cc p/carga, 500cc Pl. 4h
	- Ranitidina 50mg IV q12h
	- Mesoridolamida 10mg IV D.V
	- Ceftriaxona 1g IV q8h (1)
	- Preparo planérea - vendaje de MDPs y tricota
	mita abdominal
	- Vendaje de miembros pehros y sonda Foley
	- Uterocisión preanestésica
	- Cruce
	- Pona a quinolano al ser sedado
	<p data-bbox="1039 1127 1299 1202">Dra. Adriana de la Cruz Pérez Ginecología y Obstetricia Ced. Prof. 5492882</p>
02/02/13	Pasa a cargo de terapia intravenosa
5:58	manejo.
	<p data-bbox="844 1298 1055 1372">Dra. Ariadna Sauer Becerril Ginecología y Obstetricia Ced. Esp. 7447/13 Mat. 88385132</p>
	
	<p data-bbox="1023 1436 1364 1542">G. D. F. SECRETARIA DE SALUD REC. GENERAL DE SERVICIO MEDICOS Y LEGENCIAS</p>



85. Valoración psicosocial de fecha 24 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Era jueves treinta y uno de enero por la mañana, habían transcurrido dos días de la última revisión semanal, cuando [...] [Nombre de la persona agraviada K] presentó el rompimiento de la fuente, salió de su casa entre las nueve y nueve treinta horas del día y llegó al Hospital General Belisario Domínguez a las diez del día, tardó una hora en pasar el primer filtro que era el de una ventanilla en el que les hacen preguntas a las mujeres que se presentan en el área de urgencias, enseguida la revisó un doctor quien le realizó un tacto vaginal pidiendo al "pasante", que lo acompañaba, que hiciera lo mismo "mira toca", el pasante hizo lo indicado por el médico. Le informaron que se quedará hospitalizada y la condujeron a la unidad teco-quirúrgica, lugar en el que se encontraban otras mujeres en el mismo estado que [ella]. Desde que ingresó se percató que sólo había una médica responsable, quien estaba molesta por la falta de personal, por lo que se dirigía a las pacientes con un tono prepotente, les hizo firmar una hojas (no recuerda el contenido), advirtiéndoles que las debían firmar porque ella no quería meterse en problemas, indicándoles: *"no, yo no me voy a meter en problemas, a mí me firman aquí, así que cualquier cosa yo no soy responsable de nada"*.

Mientras permaneció en la sala de labor de parto recuerda que la mayor parte del personal que la atendió se comportó "respetuoso" [...].

Aproximadamente siete horas después de que la llevaron a dicha sala le inyectaron oxitocina, la cual comenta: "tardó un poquito en hacer efecto". Llegado el cambio de turno la comenzó a atender otra médica, quien después de la segunda revisión le abrió el cuello uterino acción que fue muy dolorosa para [la persona agraviada K], le dijeron que era para ayudar a que dilatara más rápido, pasó más tiempo y sólo dilató hasta ocho por lo que la médico le informó que tendrán que hacerle cesárea, en ese momento la comienzan a preparar y pedirle más datos para ingresarla al quirófano.

En el lugar estaban enfermeros y pasantes, [...] [Nombre de la persona agraviada K] tenía mucha necesidad de tener contacto físico por lo que una pasante procuraba tomarla de la mano constantemente, cuando [ella] intentó sujetar a una enfermera ésta se alejó diciendo "suélteme señora, no me agrada [...]" regresó la pasante y le tendió la mano diciendo "cada que tenga contracción apriete mi mano". Un practicante le ayudó para que pudieran ponerle la anestesia epidural, la tomó de la cabeza y le ayudó a doblar las piernas.

Perdió la noción del tiempo, sólo recuerda que su hijo [...] nació a las tres horas con dieciséis minutos. Le practicaron cesárea y durante la misma surgieron complicaciones, el anestesista fue quien se percató que el estado de salud de [...] [Nombre de la persona agraviada K] se estaba agravando por el sangrado que presentaba, en ese instante ya la estaban suturando por lo que tuvieron que retirar los puntos provocándole mucho dolor. La ginecóloga le comentó que tenían que quitarle la matriz porque si no lo hacía moriría, personal que estaba en el quirófano le acerca una hoja en la que tiene que plasmar su firma para dar autorización a que le practiquen la histerectomía, recuerda que le colocaron un bolígrafo en la mano la cual le temblaba mucho y le ayudaron a deslizar la pluma para rubricar el documento. La anestesiaron nuevamente y cuando despertó ya la estaban entubando, intentó reaccionar y escuchó que una doctora le comentó: "señora está en el hospital, no se mueva, la estamos entubando, si se mueve la puedo lastimar".

Posteriormente su esposo le comentó que lo llevaron a un cubículo dentro del hospital en donde la doctora le informó: -"sabes qué, tu esposa está muy mal, está perdiendo mucha sangre, hay que retirarle su matriz porque si no se nos puede morir"-, le pidieron que firmara una autorización en la que plasmó su nombre y firma, esto ocurrió minutos después de nacido su hijo. A las siete de la mañana salió nuevamente la doctora a dar informes a [su esposo] y le explicó lo siguiente: "mira [a tú esposa] se le tuvo que quitar la matriz por qué, porque se puso mal, estaba sangrando, estaba desangrándose, perdió muchísima sangre, está en terapia intensiva, tu bebé está bien". [...]

[...] [Nombre de la persona agraviada K] permaneció en terapia intensiva cinco días, en este lapso de tiempo fue practicada una tercera cirugía, cuatro días después del parto. Posteriormente fue trasladada a piso en donde permaneció once días más. A su esposo le explicaron que el procedimiento que habían seguido en el quirófano consistió en extirpar el útero y asegurar las arterias que lo sostenían, a esta intervención le llaman [sic] coloquialmente "empaquetar", por lo que posteriormente fue necesario realizar otra intervención con el objeto de retirar algunos materiales que le fueron colocados durante la Histerectomía. A partir de entonces los médicos comenzaron a nombrar [a la agraviada K] "la empaquetada", cuando acudían a realizarle revisiones y veían el expediente le decían: "¡ah! usted es la empaquetada".

Para la segunda intervención [su esposo] solicitó a un doctor de apellido Zubillaga, que él la realizara, pues personal del hospital se lo recomendó ya que era considerado el especialista más calificado en la institución para realizar el procedimiento quirúrgico. Localizó al médico y le planteó la situación de [su esposa], dicho médico respondió que tenía conocimiento del caso pero argumentó que no existían condiciones óptimas para llevar a cabo la intervención, en primer lugar en el banco de sangre del hospital no contaban con sangre del tipo de la de su esposa y se corría el riesgo de que se desangrara, le indicó que él terminaba su turno a las dos de la tarde pero, si conseguían antes de esa hora la sangre, entonces podrían contar con su intervención en la cirugía. [No resaltado en el texto original]

Conseguir la sangre fue un proceso que personal del hospital dejó en manos de [el esposo de la persona agraviada K], quien desde que fue practicada la histerectomía se comunicó con familiares de [su esposa] para ubicar a posibles donadores que tuvieran el mismo tipo de sangre que su esposa, el cual es B-, cosa que consiguió pero lo que impidió la donación fue que el Hospital Belisario Domínguez no contaba con el equipo necesario para procesar la sangre donada. Para la segunda intervención comenzó a insistir con el personal del hospital hasta que le informaron que habían localizado la sangre que necesitaban en un hospital ubicado en la Delegación Tlalpan, pero que no contaban con los medios para trasladarlo en ese momento, [...] [nombre del esposo de la persona agraviada K] les comentó que él mismo podría hacerse cargo del traslado, personal del banco de sangre le expidió un documento que tendría que entregar en el otro hospital así como el contenedor en el que transportaría la sangre. Ya de vuelta en el Hospital Belisario Domínguez ingresó la sangre conseguida y de inmediato fue a buscar al doctor Zubillaga logrando que éste realizara la intervención a su esposa. [Negrillas fuera de texto original]



Recomendación 3/2015

Durante la convalecencia de la tercera cirugía, [...] [Nombre de la persona agraviada K] recuerda que por las tardes después de la visita se elevaba la temperatura de su cuerpo por lo que los médicos estaban muy desconcertados pues no sabían qué era lo que ocasionaba éste síntoma, algunos doctores sugerían intervenirla nuevamente suponiendo que esto podía solucionar el problema, le argumentaron que “no podían darla de alta así” tenían que pasar por lo menos setenta y dos horas sin presentar fiebre, uno de esos días el doctor Zubillaga se encontraba revisando a las pacientes, [la persona agraviada K] pidió a una enfermera que solicitara al médico fuera a revisarla, el médico le preguntó si se estaba sacando la leche a lo que respondió que sí, enseguida el doctor Zubillaga comenzó a reprender con insultos a las enfermeras, preguntando lo siguiente: “Cómo es posible que la tengan así, ella no va a lactar, ya cuánto tiempo tiene aquí, cuánto medicamento tiene, va a salir con medicamento, no va a lactar”; le recetó un medicamento, la vendaron, permitiendo que no presentara nuevamente fiebre, después de la atención del doctor Zubillaga pasaron doce horas para que dieran de alta [...].

Durante los días que [la persona agraviada K] permaneció hospitalizada era monitoreada por distintos médicos, entre ellos el jefe de ginecología quien se hacía acompañar de otro doctor, además de la ginecóloga que atendió la cesárea le practicó la primera cirugía, quien a decir de [la persona agraviada K] para entonces se mostraba muy atenta y amable. Recuerda que en una ocasión una doctora la regañó por una queja que redactó [su esposo] en la hoja de informes que los médicos brindan a los familiares, la queja era por la falta de información y lo que denominó como: “el trato déspota que la médico daba al esposo [...]”. Al respecto la doctora que le reclamó le dijo lo siguiente: “cómo se atreve a reclamar o a poner eso, si no sabe la carga de trabajo que tenemos, usted no es la única a la que estamos atendiendo”. Estos comentarios los hizo mientras la revisaba y los socializó con otras doctoras que se encontraban a un lado por lo que una de ellas agregó lo siguiente: “pues deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma”.

Durante los últimos días de su internamiento, [la persona agraviada K] percibía molestia en el personal médico que la atendía, el día que la dieron de alta estaba programada para que le hicieran estudios, sólo le habían retirado un punto de las cirugías, cuando le avisaron que ese mismo día se iría le comentaron: “¡Ah! usted ya se va, sólo está generando estrés, usted ya se va a su casa”, [ella] respondió que cómo se iría a casa si aún tenía “los puntos”, la enfermera le comenzó a retirar los puntos con una aguja pues no tenía ningún otro instrumental, sin ponerse guantes ni cubre bocas, como lo hacían las enfermeras que días atrás le curaban la herida: “no me hicieron lavado y ya nada más me quitaron así los puntos como para que ya me fuera, pero ya no fue la atención bien”.

CONCLUSIÓN

[...]

Realizar la valoración de impactos psicosociales que la agraviada [...] [Nombre de la persona agraviada K] presente como resultados de los hechos constitutivos de violación a su derecho a la salud.



Recomendación 3/2015

Los impactos [...] están directamente relacionados con los actos de violencia obstétrica a los que estuvo expuesta [...], aunado al grave impacto que la histerectomía ha tenido en su integridad psicofísica. Situación que generó un proceso de parto inseguro e indigno a su condición de mujer y madre, generando un fuerte estrés así como sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión, afectando su salud, el establecimiento de un vínculo afectivo con su bebé, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social. El impacto a su sistema de creencias y sensación de seguridad, se relaciona con el miedo a acudir nuevamente a una institución de salud pública.

Lo anterior generó una ruptura en la continuidad de su vida cotidiana, cambios en roles de familia, sensación de cambio en su proyecto de vida, en las esferas que componen su identidad, que derivaron en daños en su integridad psicofísica. La sintomatología descrita por la señora [...] [Nombre de la persona agraviada K], es consistente con los resultados de los instrumentos psicométricos aplicados, es la esperada en mujeres que han estado expuestas a contextos de violencia, como son síntomas asociados a trastorno de estrés postraumático, depresión, los cuales generan una pérdida en la calidad de vida.

[...] Han logrado adaptarse a los cambios que los hechos generaron en su proyecto de vida, sin embargo la pérdida de salud, de ingresos económicos e independencia son factores que aún generan afectación en el estado psicoemocional de [la persona agraviada K], impactando de manera negativa en su relación de pareja.

[...]
A dos años de los hechos, [la persona agraviada K] aún presenta síntomas leves de depresión y algunos síntomas de estrés postraumático, así como graves afectaciones a su estado de salud. Por otro lado, ante los síntomas físicos descritos actuales, el temor de acudir a Servicios Médicos del Gobierno del Distrito Federal y la falta de recursos económicos para una atención alternativa, condicionan un deterioro en su estado físico y al mismo tiempo emocional, que amerita una pronta valoración médica y psicológica con la finalidad de poder alcanzar un estado de bienestar tanto en ella como en su familia.

[...]

86. Oficio sin número de fecha 31 de marzo de 2014, suscrito por el médico Gerardo Lara Figueroa, Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia, adscrito al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

1.- La evolución clínica del binomio, desde las 17:30 horas del día 01 de febrero del 2013 hasta el momento de la operación cesárea. Esto es aproximadamente a las 03:30 horas del día 02 de febrero de 2013.

R.- En el expediente se encuentra la hoja preoperatorio, en la cual se indica operación cesárea por presentar falta de progresión de trabajo de parto, secundario a producto reflexionado, baja reserva fetal, ruptura de membranas de 19 hrs.

2.- La causa de que dicha evolución clínica no se hiciera constar en el expediente clínico.



Recomendación 3/2015

R.- En el expediente sólo se consigna la evolución en la nota posoperatoria de la cesárea inicial.

3.- De acuerdo a las notas de enfermería, la cirugía inició a las 3:14 horas, y se aplicó una ampollita de carbetocina a las 3:15 horas del día 02 de febrero de 2013, por lo que le pido mencione con respecto al sangrado que presentó la paciente, cual fue la evolución clínica de la paciente durante el transcurso de la cesárea.

R.- En la nota postoperatoria se menciona sangrado transces[á]rea de aproximadamente 900 cc, posteriormente atonía uterina, que revierte en un inicio a la aplicación de 20 UI de oxitocina, 5UI directas, dos gramos de gluconato de calcio y una ampula de carbetocina., medicamentos que son utilizados como medida inicial a la hemorragia por Atonía Uterina, con aparente respuesta de la paciente.

4.- La respuesta clínica de la paciente a la terapia de carbetocina, ergonovina y misoprostol.

R.- La paciente no responde a medicamentos utilizados por lo que fue sometida a Histerectomía.

5.- La valoración clínica y el tratamiento que se suministró cuando la paciente presentó a las 03:45 horas, una tensión arterial de 86/36 y a las 3:55 horas una tensión arterial de 97/36.

R.- En la hoja de enfermería se consigna manejo a base de solución fisiológica 500 cc más dos ampulas de gluconato de calcio, Voluven 500 cc a las 04:05 hrs.

6.- La razón que dicha valoración y terapéutica no estén consignadas en el expediente clínico

Se desconoce

7.-Ante la gravedad de la paciente y aparentemente a las 04:00 horas, persistía el sangrado, mencione cual fue la valoración médica y los medios diagnósticos y terapéuticos que se llevaron a cabo desde las 03:55 a las 04:40 horas del día 02 de febrero de 2013.

R.-El método diagnóstico por excelencia en caso de hemorragia posparto es clínico y se basa en la cuantificación aproximada del sangrado post parto (Guías de práctica médica, "Hemorragia post parto", SSA-103-08, CENETEC, página 17) y en este caso en la nota del día 2 de feb 2013, en donde se refiere la técnica quirúrgica se menciona un sangrado de 1600 post cesárea, sin remitir medidas médicas, por lo que se decide la Histerectomía.

8.- El motivo por el cual, no se encuentra sustentado en el expediente clínico la falta de progresión del trabajo de parto y la baja reserva fetal.

Se desconoce. Sólo se sustenta en la solicitud y registro de intervención quirúrgica, la falta de progresión de trabajo de parto secundario a producto reflexionado lo cual podría explicar la baja reserva fetal comentada.

9.- La razón de que la paciente no contara con estudios de laboratorio al momento de la cesárea.

R.- Es frecuente que cuando una paciente amerita manejo de urgencias, los resultados de laboratorio suelen ser reportados posterior al procedimiento.



Recomendación 3/2015

10.- El momento de la atención médica por parte del servicio de Gineco Obstetricia en que se tomaron los laboratorios a la paciente. Por lo que solicito que refiera la hora aproximada en la que se tomaron dichos "laboratorios".

R.-En la nota de enfermería del día 1 de febrero del 2013 se consigna que se canaliza a la paciente en vena permeable y se toman exámenes de laboratorio.

11.- El seguimiento que se ha brindado a la paciente posterior al evento de histerectomía y cuál ha sido el resultado de dichas valoraciones.

R.- Recientemente se realizó nuevo ultrasonido pélvico en donde se observan imágenes compatibles con presencia de ovarios, así mismo se realiza perfil ginecológico en donde se demuestra función ovárica, el demostrar la presencia de estradiol y FHD séricos.

12.- El tiempo que se tarda el resultado de los laboratorios.

R.- El tiempo estimado de entrega resultados es aproximadamente una hora.

13.- Las medidas que se instrumentaron para contar con paquetes globulares, considerando el grupo y Rh de la paciente.

R.- Como consta en el expediente clínico existe un formato de registro en el expediente clínico de los globulares para su atención, además de que existe un protocolo establecido por el servicio de transfusiones para solicitud consentimiento y administración de las unidades sanguíneas.

14.- En el expediente clínico certificado, al reverso de la nota de evolución y alta del día 16 de febrero de 2013 a las 12 hrs, se observa un ultrasonido pélvico, el cual está fechado el 15 de octubre de 2013 (sic) a las 12:06 hrs y se encuentra reubicado por la Medica Radióloga Dra. Roc[[i]o Myris Alemán Ramos, en donde se menciona que el útero y los ovarios están ausentes por antecedentes quirúrgicos. Si en las notas previas de Gineco obstetricia, no se menciona que se haya extirpado los ovarios, mencione cuál es la dicha de tal contradicción.

R.- Se realizó nuevo ultrasonido pélvico con fecha del 13, 3,14 así como perfil hormonal en donde se corrobora la presencia y funcionalidad de ambos ovarios.

15.- El seguimiento que se ha brindado a la paciente posterior al evento de histerectomía y cuál ha sido el resultado de dichas valoraciones.

R.- Al no haber complicaciones posteriores se da cita abierta al servicio de Urgencias y seguimiento en centro de salud.

Ante las recomendaciones emitidas por ustedes se citó el día 13 03 del 14 para ultrasonido y perfil ginecológico antes consignados, se anexa disco de ultrasonido y exámenes de laboratorio.

16.- De no haberse brindado dicha atención médica a la paciente, le pido que informe el motivo de ello.

R.- En el expediente N° 06-85-77 se encuentra la nota de Urgencias folio 1263 en donde consta que a las 11:20 hrs del día 01.02.2013, se le brindo atención médica, en donde se decidió su internamiento para inducto conducción.

[...]

**Caso L. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D4569**

87. Oficio sin número de fecha 19 de agosto de 2013, suscrito por el Doctor Sergio Ayuso Jiménez, adscrito al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc, quien labora los sábados, domingos y días festivos, en el cual informa lo siguiente:

[...]

Al llegar a recibir el servicio ya estaba atendida dicha paciente por la doctora del Turno Anterior (olvidé su nombre) quien había controlado ya la hemorragia obstétrica por lo que únicamente firme la hoja de traslado [...], la referencia estaba hecha por los médicos residentes. Fue toda mi relación médica con la paciente.

Cabe mencionar que la vigilancia médica y la estabilidad hemodinámica (signos vitales) quedó a cargo del Anestesiólogo [...] hasta su traslado ya que acudí al paso de visita en el hospital siendo el único ginecólogo en turno en funciones.

[...]

88. Oficio número D/1435/13 de fecha 23 de agosto de 2013, suscrito por el Dr. Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado de Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

Resumen clínico:

Se trata de femenina de 17 años de edad que es atendida por el servicio de Urgencias el día: [...] 05/07/13 Hora: 14:15 hrs Signos vitales 130/80 mm de Hg, frecuencia cardíaca de 90 x minutos, frecuencia respiratoria 22 x minuto, se realiza exploración física, abdomen globoso expensas de útero gestante, fondo uterino de 32 cm, frecuencia cardíaca fetal de 141, a la exploración vaginal, cérvix largo, cerrado. Firma la paciente de haber recibido atención médica y haber escuchado a su bebé. [...]

Hora: 20:30 horas. Revaloración.

Frecuencia cardíaca fetal de 148 x minuto, al tacto vaginal con cérvix, borrado 70%, dilatación de 4 cm, con membranas integras. Plan: Cita en 4 horas con signos de alarma obstétrica [...]

Hora 01:00 hrs: Nota de ingreso a Tocoquirúrgica.

AGO: [...], fecha probable de parto: 27/06/13, control prenatal desde el tercer mes, 7 consultas, aumento de peso de 15 kg, hematinicos y folatos desde el 3er mes, amenaza de aborto al 40 mes (sic), tratamiento con ampicilina, reposo por infección de vías urinarias. Ultrasonidos 5, sin alteraciones, esquema de inmunizaciones completo.

Se refiere en notas paciente la cual inició con trabajo de parto desde las 07:00 am, percibe movimientos fetales sin pérdidas vaginales, a la exploración física abdomen globoso a expensas de útero gestante, con fondo uterino de 39 cm de la sínfisis de pubis, cefálico, longitudinal, dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 134 x minuto, al tacto vaginal con cérvix de anterior de 4 cm de dilatación, 80% de borramiento, membranas [i]ntegras, pelvis ginecoide, suficiente en sus tres estrechos, cavidad elástica, eutérmica, extremidades normales, sin edema. [...]

IDX: Embarazo de 41.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación, en trabajo de parto en fase activa más descartar enfermedad hipertensiva del embarazo.



Recomendación 3/2015

Paciente en la segunda década de la vida, Bishop de 8 puntos, favorable para conducción de trabajo de parto, pelvis chica útil, contracciones uterinas irregulares. Laboratorio de las 02:39 AM, Hb 11.4, Hto.33.7, plaquetas 253, leucocitos 13.34. [...]
Nota de atención de parto 06/07/13 06:50 hrs.

En sala de expulsión [...] se realizó episiotomía media lateral izquierda [...] alumbramiento por mecanismo de Schültz y maniobras de Brand Andrew y Dublín, revisión de cavidad digit[ó] textil, encontrándose presencia de restos placentarios, así como hipotonía, realizando maniobras de reanimación mediante uso de uterotónicos (oxitocina, carbetocina, misoprostol y ergonovina, gluconato de calcio), así como solicitar tipar y cruzar a la paciente. Se coloca soluciones parenterales con doble vía, en ese momento sin encontrar desgarros. Se obtuvo recién nacido a las 6:20 hrs masculino, con peso de 3615 kg, talla de 52 cm, Apgar de 8/9 y 40 semanas por Capurro.

En ese momento en nota se refiere no contar con médico ginecólogo adscrito ahí se informa vía telefónica al director de la Unidad Hospitalaria.

07:15 hrs. Vía telefónica la encargada de la Subdirección médica, la Dra. Isabel González Barrera, indica al servicio de Anestesiología acudan a la UTQ para estabilizar a la paciente, se informa en nota médica signos vitales tensión arterial 138/61 mm Hg. Frecuencia cardíaca 115 x, SaO2 100%, entrega paciente la Dra. Lineth Galán Muñoz médica anestesióloga del turno nocturno a las 7:45 al Dr. Blas Rodríguez Álvarez médico anestesiólogo del turno, así como al Dr. Antonio Inocencio Albarrán y Carbajal, médico general del turno, se les informa la necesidad de los concentrados eritrocitarios.
08:00 hrs. Se presenta en sala de expulsión la Dra. Jennyfer Gómez Mejía, Médico Ginecóloga adscrita al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, con signos vitales de 102/43 mmHg, frecuencia cardíaca de 88 x [...] Laboratorio. HB de control de 6.4, Hto. 19.1, plaquetas 213, grupo B negativo. [...] Se realiza pinzamiento de arterias uterina con pinzas de Foster curvas, se coloca compresa estéril en cavidad uterina y se realiza exploración armada, encontrándose mucosa vaginal sumamente friable y edematizada, se repara episiotomía bajo técnica convencional, se retira compresa vaginal, con adecuado tono uterino. Por lo que se coloca tapón vaginal de 4 gasas y continúa con pinzamiento de arterias uterinas. Se entrega paciente al médico ginecólogo de turno, paciente se reporta muy grave, pendiente de hemotransfusión y retiro de pinzamiento de arterias uterinas, para valorar la posibilidad de HTA una vez que se encuentre sangre disponible.

10:00 hrs. Nota de Egreso Hospitalario y traslado a otra unidad.

[...] Femenina de 17 años de edad GI PI quien se encuentra cursando su puerperio inmediato post parto patológico, secundario a hemorragia obstétrica, atonía uterina y choque hipovolémico grado IV. (...) Se envía al Hospital General La Villa. (...)
Nota de Egreso Hospitalario y traslado a otra unidad.

[...] Femenina de 17 años de edad GI PI quien se encuentra cursando su puerperio inmediato post parto patológico, secundario a hemorragia obstétrica, atonía uterina y choque hipovolémico grado IV. [...] Se envía al Hospital General La Villa. [...]



Recomendación 3/2015

89. Oficio sin número de fecha 23 de agosto de 2013 suscrito por el médico Josué Miguel Hernández Jerónimo, adscrito al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

Mi horario de trabajo en la institución es de las 18 a las 06 hrs los días lunes, miércoles y viernes, por lo que al momento de retirarme, se deja a la paciente y al producto estable, aún en trabajo de parto, **SIN URGENCIA**, dado que es un servicio de atención continua, se queda a cargo el Dr. Horacio de la Garza Santos, Asistente de la Dirección de la guardia "B", y los médicos residentes dado que no había algún otro médico para la entrega ya que el compañero que le correspondía la guardia no había ido a laborar.

Con respecto a la complicación que presentó la paciente cabe señalar que **NO** es una complicación ocasionada por una negligencia en el manejo de las pacientes, que la hemorragia post parto se llega a presentar en porcentaje bajo, y es de las complicaciones que se pueden llegar a presentar en donde sea que fuese atendida la paciente.

[...]

90. Informe de fecha 13 de octubre de 2013, rendido por el Dr. Sergio Ramón Ayuso Jiménez, Gineco-obstetra adscrito al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, por el cual se informa lo siguiente:

[...] entrando a la sala de Labor aproximadamente a las 8:25 [horas] en donde me encontré a la Dra. Gómez Mejía iniciando la atención a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada L] en compañía de médicos residentes de Ginecobstetricia [sic] del 2do año (2) mismos que me informaron que se había realizado hoja de Referencia a unidad de apoyo con UCIA y Banco de Sangre pero falta firma de médico adscrito por lo cual procedí a Firmar y Sellar y entregar a T.S. (Srta Karina) para su búsqueda.

Dado que no se requería de mi apoyo por la adecuada atención a la paciente de parte de la DRA. G[Ó]MEZ MEJ[Í]A procedí a pasar visita médica a las pacientes hospitalizadas cuando termin[é] la paciente ya había sido trasladada a HG Villa desconociendo más de ella.

[...]

91. Oficio número D/1782/13, de fecha 14 de octubre de 2013, suscrito por el Doctor. Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado de Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

b) Cuáles son los horarios de los diversos turnos de trabajo de los Gineco-obstetras tanto entre semana. Como fin de semana. En específico, de los días 05 y 06 de julio de 2013.

R: Se anexa documento tabla 1 [...] [Extracto de la tabla original]

Médicos Ginecólogos		
Nombre	Turno/Horario	D.L.
Hernández Jerónimo Josué Miguel	20:00-08:00(V) y 18:00-06:00(L Y M)	L,M,V

[...]



Recomendación 3/2015

d) El Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc no cuenta desde sus inicios de operación con banco de sangre ni con área de Terapia Intensiva; sin embargo se tiene el apoyo permanente con respuesta oportuna de los diferentes Hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal para estas situaciones; principalmente los Hospitales Generales de Ticomán y La Villa por su cercanía.

[...]

j) Si los médicos residentes están capacitados para atender una emergencia obstétrica así como el servicio de Gineco-obstetricia de un Hospital Materno Infantil [...]

R: Todos los médicos residentes tienen una capacitación constante y permanente (Teórica y Práctica) tanto en el hospital como en los demás hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal en donde realizan rotaciones de acuerdo al plan de estudios [...]

92. Opinión médica de fecha 20 de marzo de 2015, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene lo siguiente:

[...]

ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 17 años que acude a valoración obstétrica el día 05 de julio de 2013 al Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc por presentar sintomatología sugestiva de trabajo de parto. En dicho nosocomio es valorada y se ingresa para vigilancia del trabajo de parto. El día 06 de julio de 2013 la paciente presenta una hemorragia obstétrica posterior al alumbramiento de la placenta, por lo que la paciente es referida al Hospital General La Villa, en donde es atendida y egresada días después. Por lo anterior se procede a realizar el siguiente análisis:

El producto nace a las 06:20 horas del día 06 de julio de 2013, pero es posterior al alumbramiento de la placenta cuando se presenta una hemorragia la cual no puede ser contenida con medicamentos. En este punto es de importancia señalar que, de acuerdo al expediente clínico del HMI Cuauhtepéc en el momento que se presenta la hemorragia obstétrica, en el son [sic], servicio de Ginecología y Obstetricia NO se encontraba un médico responsable del servicio, sólo se encontraba una médico residente de gineco obstetricia de segundo año.

Ahora bien, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, un médico residente es aquel médico profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo [conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes]. Por lo tanto, es un médico el cual no cuenta con la posibilidad de ofrecer la terapéutica la cual si puede ser ofrecida por un médico de la especialidad de obstetricia.

Concomitante con lo anteriormente descrito, se menciona en la norma anteriormente señalada en su numeral 11.4, que una de las obligaciones de los médicos residentes es: Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre



Recomendación 3/2015

sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes. Por lo que, se puede mencionar que, de acuerdo a lo documentado en el expediente clínico, al momento de ocurrir la hemorragia obstétrica, la médica residente de segundo año se encontraba sin asistencia ni supervisión de un médico adscrito, por que dicho médico se retiró de su área de trabajo al terminar su horario laboral.

De acuerdo a lo señalado por el Dr. Josué Miguel Hernández Jerónimo se menciona que su horario laboral terminó el día sábado (06/07/13) a las 06:00 horas. Sin embargo a pregunta expresa por parte de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal sobre los horarios que tenían los médicos gineco obstetras los días 05 y 06 de julio de 2013 [Ver Anexo 1, en la respuesta de la Secretaría de Salud del Distrito Federal al oficio 3-12539-13, en el expediente de queja], se observa que el médico anteriormente mencionado contaba con un horario de 20:00 a 08:00 horas. Por lo que de acuerdo a la respuesta brindada por el Dr. Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado de Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, el Dr. Josué Miguel Hernández Jerónimo, se habría retirado antes del servicio dejando a cargo y sin supervisión a una médico residente de segundo año.

Ahora bien, debido a que el Dr. Josué Miguel Hernández Jerónimo refiere que su horario de servicio en el momento de los hechos (06/07/13) era hasta las 06:00 horas del día sábado, y que él solicitó un cambio de horario puesto que el turno de fin de semana entra un poco más tarde se observa que, de acuerdo al Anexo 1 enviado como respuesta por la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, en el cambio de turno del día sábado, existía un lapso de 2 horas durante el cual no había médico gineco obstetra responsable de la atención médica de las pacientes que acudían al servicio. Lo anterior es una responsabilidad Institucional debido a:

1. Se obligaba al personal médico en formación (residentes y/o internos) a resolver tareas, sin supervisión y las cuales no son adecuadas a su nivel formativo.
2. Se expuso a la paciente a un riesgo innecesario y, en el presente caso, no existe constancia que se le haya informado a la paciente y/o a sus familiares de la falta de personal médico durante dos horas y las posibles consecuencias de éste hecho.

[...]

Ahora bien, en éste caso se observa que, al faltar un médico gineco obstetra durante ese lapso de 2 horas en el HMI Cuauhtepc, no se le brinda a la paciente una atención médica oportuna y de calidad, exponiéndola a un riesgo innecesario y dejándola sin vigilancia. De acuerdo al artículo 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, se refiere que: La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación [...] Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

El artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal respecto a la atención médica del embarazo refiere lo siguiente: [...] corresponderá al Gobierno realizar las actividades establecidas en ese ordenamiento conforme a sus disposiciones, para lo cual tendrá las



Recomendación 3/2015

siguientes atribuciones: [...] b) La prestación de los servicios de atención materno-infantil que comprende la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo salud mental y promoción de la vacunación oportuna, y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; c) La prestación de los servicios de salud para la mujer; [...].

El artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, refiere que: En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo; el artículo 48 menciona que: Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. En el presente caso durante la atención del trabajo de parto de la [...] [Nombre de la persona agraviada L], no se contó con personal idóneo ni una atención médica oportuna.

[...]

En el presente caso, no se contó con el personal médico (Ginecoobstetra) para la atención del trabajo de parto de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada L]. Lo anterior ocasionó que cuando se presentara la hemorragia obstétrica no se tuviera personal idóneo para el control de dicha complicación.

Ahora bien, en el expediente clínico no se encuentra documentado cuáles son las acciones que ejerce el Asistente de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc (HMIC), el Dr. Horacio de la Garza Santos. En la respuesta enviada por el HMIC, se refiere que es la Dra. Isabel González Barrera quien coordina las acciones después de presentarse la urgencia, sin documentarse acciones de prevención al hecho de no contar con médico gineco obstetra durante dos horas (06:00 a 08:00 horas) el día sábado.

Se documenta en el expediente clínico que la paciente requería transfusión sanguínea, sin [...] el HMIC no cuenta con banco de sangre desde sus inicios y que en caso de requerirlo, se solicita el apoyo a diversos Hospitales de la red hospitalaria sin embargo, hasta el momento de referirla esto es a las 10:00 de la mañana del día 06 de julio de 2013, lo anterior a pesar de que desde las 07:45 horas del mismo día, se había solicitado dicha transfusión por el servicio de Anestesiología [...].

Lo recomendado médicamente es la transfusión sanguínea cuando existe una hemoglobina menor de 6 g/dL o menor de 10 g/dL y exista una pérdida rápida de sangre, como en el presente caso se presentó y documentó entre las 07 y las 08 horas del día 06 de julio de 2013. Por lo que existe un retraso en el suministro del tratamiento médico a la paciente por parte del HMIC.

[...]

No se le informa a la paciente ni a los familiares de la misma la circunstancias del parto sin la presencia de un médico gineco obstetra y las repercusiones que este hecho pudiera presentar en su tratamiento, a lo señalado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

Finalmente la paciente es trasladada al Hospital General La Villa en donde recibe la atención definitiva. No se documenta en el expediente del Hospital General La Villa que la paciente haya presentado alguna complicación posterior o algún daño a órgano o sistema por la falta de transfusión sanguínea oportuna.

El recién nacido fue egresado aparentemente sin complicación médica alguna del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc.

Recomendación 3/2015

CONCLUSIONES

1. La atención que recibió la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada L] en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no fue adecuada ni oportuna por las siguientes razones:

a) Cuando se presentó la complicación consistente en una hemorragia obstétrica, el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc NO contaba con el personal suficiente e idóneo para la atención gineco obstétrica de la paciente, esto es personal médico especialista en gineco obstetricia, por lo que se delegó el cuidado de la paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación, con lo cual se incumplen los siguientes artículos: 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal y el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

b) Se dejó sin supervisión al personal becario, esto es, a los médicos residentes, lo que incumple el numeral 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

c) Se observa que el Asistente de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no es médico especialista en Gineco Obstetricia, y el artículo 97 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se menciona que: Sólo podrán ser responsables de un hospital gineco-obstétrico, los médicos especializados en gineco obstetricia, con un mínimo de 5 años en el ejercicio de la especialidad. No se documentan acciones del Asistente de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc ante la falta de personal médico idóneo (médico ginecoobstetra) en su turno.

d) Existe un retraso en la transfusión sanguínea de la paciente, a pesar de que clínica y laboratorialmente se encontraba indicado, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.

Cabe mencionar que, el hecho de no contar con un médico especialista, así como la falta de oportunidad en el suministro de paquetes sanguíneos en los Hospitales Maternos Infantiles es un tema que ya se había tocado en la Recomendación 13/2006 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

e) Se incumple, para con la paciente, su derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, tal como lo señala el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

f) No existe constancia en las documentales médicas mencionadas anteriormente que se le haya informado a la paciente o a sus familiares sobre la falta de médico ginecoobstetra y las posibles repercusiones en su manejo médico, por lo que se incumple lo señalado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

g) Es de importancia señalar que el embarazo en adolescentes (como en el presente caso) lleva inherentes factores de riesgo que las clasifican, en términos generales como embarazos de alto riesgo.

2. No se documenta algún daño en la paciente ni en el producto. Si se documenta que se puso en riesgo la vida de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada L] por la falta de un tratamiento oportuno.

[...]

**CASO M. Expediente CDHDF/III/121/CUAUH/13/D6468**

93. Acta circunstanciada de fecha 30 de septiembre de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...] El 30 septiembre de 2013, el suscrito se comunicó vía telefónica con la peticionaria de la queja citada al rubro la señora [...] [Nombre de la persona agraviada M] con el fin de hacerle de su conocimiento que la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal había solicitado la implementación de medidas precautorias al Director General de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, dando respuesta el Director del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, mediante el oficio HGSSF/D/260/13 de fecha 27 de septiembre de 2013, en el que refirió se hiciera del conocimiento de la peticionaria que se presentara para ser atendida en dicho Hospital.

Por lo anterior, se acordó con la misma una visita a dicho nosocomio para el día siguiente el primero de octubre de 2013, a las 10:30 horas. La peticionaria manifestó que [...] que se presentaría a la cita en compañía de su madre. [...]

94. Acta circunstanciada de fecha 1 de octubre de 2013, signada por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...] El 01 de octubre de 2013, siendo aproximadamente las once horas, el suscrito se constituyó en las instalaciones del Hospital Dr. Gregorio Salas Flores, en compañía de la peticionaria de la queja citada al rubro la señora [...] [Nombre de la persona agraviada M] y de su madre la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada M1], con el fin de atender lo referido en el oficio HGSSF/D/260/13 de fecha 27 de septiembre de 2013 suscrito por el Director de dicho nosocomio, en el que refirió se hiciera del conocimiento de la peticionaria que se presentara para su atención en dicho Hospital.

En el lugar fui atendido por el director del Hospital el Dr. Benjamín Ortega Romero, quien señaló que tenía referencia de la queja de la peticionaria, por lo que le dio instrucciones al Dr. Rafael García Delgado, Jefe de Planeación y Evaluación para que de inmediato se abriera un expediente a la señora [...] [Nombre de la persona peticionaria M] y le atendiera un médico ginecólogo. Derivado de ello, personal del Archivo de ese nosocomio la atendió y le abrió un expediente para su atención. Respecto del médico ginecólogo que la atendería, éste se encontraba en cirugía por lo que fue atendida por un médico obstetra, quien la valoró de forma general. [É]ste le informó a la agraviada que aproximadamente se encontraba en la semana 33 de su embarazo que su parto podría ser para el 18 de noviembre de 2013, sino se adelantaba. Se le informó a la peticionaria que no había consulta externa. Posteriormente, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada M] pas[ó] al área de Trabajo Social y luego al Archivo. El Dr. Rafael García Delgado, le indicó que el día 2 de octubre de 2013 acudiera nuevamente a dicho Hospital y se dirigiera con éste para conocer qué doctor atendería su embarazo. La peticionaria y su madre señalaron que regresarían el día siguiente a dicho Hospital. [...]

Recomendación 3/2015

95. Acta circunstanciada de fecha 20 de noviembre de 2013, signada por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...], siendo aproximadamente las dieciséis horas con veinte minutos, compareció ante esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal la peticionaria de la queja citada al rubro la señora [...] [Nombre de la persona agraviada M] y su esposo el señor [...] [nombre del cónyuge de la persona agraviada M], [...].

La peticionaria [...] [Nombre de la persona agraviada M], manifestó que el 2 de Octubre 2013 siendo aproximadamente las nueve horas con treinta minutos se presentó en las instalaciones que ocupan el Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores a efecto de conocer qué doctor la atendería en relación a su embarazo, por lo que se dirigió en busca del Dr. Rafael García Delgado, Coordinador de Planeación y Evaluación en el Hospital Dr. Gregorio Salas, quien previamente se había comprometido a orientarle y canalizarla con el médico que le brindaría atención médica. El Dr. Rafael García Delgado le señaló que le presentaría al médico que le daría atención médica, previamente le mencionó que todas las dudas que tuviera respecto de su embarazo se las planteara a dicho médico. Posteriormente el Dr. Rafael García la condujo con el médico ginecólogo (cuyo nombre la peticionaria lo desconoce, pero su apellido aparece en su carnet de ese Hospital, pero no es claro, por lo que en esta parte lo identificaremos como el "médico ginecólogo").

El "médico ginecólogo" la revisó y le mand[ó] hacerse estudios de laboratorio y ultrasonido para checar su embarazo. Cuando la estaba revisando le explicó sobre lo delicado de su embarazo, ya que la peticionaria le comentó la enfermedad que padecía, que es V.I.H., ya que había una posibilidad que su bebé podría nacer bien o con dicha enfermedad, y que si había pensado en la posibilidad de amarrarse las trompas de Falopio, para evitar más embarazos, a lo que la peticionaria le señaló que estaba indecisa y el "médico-ginecólogo" le dijo que lo pensara, y que la veía en quince días aproximadamente, señalándole que buscara para ese día al Dr. Rafael y que éste lo buscaría nuevamente. También indicó que con el ultrasonido que le había ordenado verificaría lo de su pase para programarla para su cesar[e]ja, señalándole que podría ser el 31 de octubre de 2013 o el 1 de noviembre de 2013.

Posteriormente, la peticionaria indicó que regres[ó] a dicho Hospital (desconoce las fechas, porque las constancias se las quedaron en dicho Hospital) a realizarse los estudios y ultrasonido, antes indicados.

Nuevamente, a los quince días aproximadamente, indicados por el "médico ginecólogo" la peticionaria por la mañana acudió nuevamente al Hospital en busca del Dr. Rafael García Delgado, a quien le dio los pormenores de su atención del día 2 de octubre de 2013, señalándole dicho médico que ya no sería intermediario de su caso y posteriormente la condujo con el "médico ginecólogo", quien le indicó que lo esperara en uno de los consultorios de la planta baja de dicho nosocomio.

El "médico ginecólogo" junto con pasantes de medicina, atendió a la peticionaria en compañía de su madre la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada M], indicándole a dichos pasantes que la revisaran, mientras el "médico ginecólogo" platicaba con su madre. El "médico ginecólogo" le preguntó a la peticionaria que si ya había pensado lo que habían hablado en la última ocasión, sin contestar la peticionaria, por lo que su madre le preguntó al médico "qué era lo que tenía que pensar su hija", dicho "médico ginecólogo" contestó a la madre de la peticionaria indicándole que era en relación a la operación para ligar a su hija, a dicho comentario la madre de la peticionaria contestó diciéndole que por lo que ella sabía su hija ya había hablado con su marido y él no estaba de acuerdo con dicha operación, añadiendo que ella tampoco



Recomendación 3/2015

estaba de acuerdo, a lo que el "médico ginecólogo" le dijo a la madre de la peticionaria "que cómo era posible que la apoyara sabiendo de la enfermedad de su hija" y sobre la posibilidad de que el producto naciera con dicha enfermedad. La madre de la peticionaria le comentó al "médico ginecólogo" que su hija aún y con dicha enfermedad tenía todo el derecho a embarazarse, así como cualquier persona sana y que cómo era posible que no consideraran a aquellas personas con más de tres o cuatro hijos que no pudiesen solventar gastos económicos, debiendo de hacer lo mismo.

Por lo anterior, el "médico ginecólogo" se molestó y se dirigió a la peticionaria a quién le dijo "esta es la primera y última vez que te veo, vienes en dos semanas para programarte o antes a urgencias", anotando en el carnet dicha situación.

La peticionaria señaló que el día 26 de octubre de 2013, siendo aproximadamente las cinco horas con treinta minutos, se sintió mal, ya que tenía dolores constantemente en la zona baja de su estómago, por lo que acudió al Hospital General Dr. Gregorio Salas en el Área de Urgencias, donde en el archivo de dicho lugar no había quien atendiera, esperando aproximadamente ahí media hora para su atención, en ese inter la peticionaria acudió al sanitario y observó que después de orinar, sangró.

Posteriormente, fue atendida por la Dra. Juana Alma Luna Sarabia y la pasó a la camilla, realizándole tacto e indicándole que su bebé se escuchaba bien, y que llamaría al ginecólogo. La peticionaria le indicó a dicha doctora que tenía mucho dolor y sangrado y que tenía 37 semanas de embarazo. La doctora le indicó que aún no era tiempo, pero que el ginecólogo le indicaría lo conducente.

Posteriormente entre veinte o treinta minutos después, se acercaron a ella la doctora Carrasco y el Dr. Santiago GYO, el doctor le revisó signos vitales en su vientre y le hizo el tacto. Ambos doctores le indicaron que no era tiempo aún para que se aliviara porque tenía 37 semanas y aparte no tenía el cuello de la matriz abierto y que si el bebé nacía, éste tendría un problema respiratorio y sería prematuro, por lo que sería un riesgo.

También, le indicaron que no podía quedarse en el Hospital, porque no había especialista que la atendiera, por lo que le dijeron que se fuera a su casa o en su caso, podría acudir al Hospital de la Mujer, el Hospital Materno Infantil Inguarán o al Hospital General de México, si se seguía sintiendo mal. Por lo que, le dieron su nota médica inicial de urgencias.

Posteriormente a la salida de dicho Hospital se encontró con su esposo, el señor [...] [nombre del cónyuge de la persona agraviada M], a quien le informó lo antes manifestado, por lo que se dirigieron hacia el metro [P]antitlán para acercarse a su casa, en dicho lugar su esposo le indicó que lo esperara porque entregaría cerca de ese lugar documentación referente a su trabajo, por lo que la peticionaria al esperar a su marido en compañía de su madre, comenzó a sentirse mal y se dirigió a un baño público, saliendo notó que traía húmedo su pantalón, regresando al baño en donde se percató que de su vagina salió un líquido verde. Por lo que la peticionaria llamó a su marido para indicarle lo sucedido y se encontraron con él posteriormente, ahí su marido tomó la decisión de llevarla al Hospital Inguarán llegando a dicho nosocomio aproximadamente entre las doce y las trece horas en el área de urgencias.

En dicho Hospital fue atendida y valorada por el Dr. Ramos quien le mandó hacer ultrasonido y posteriormente le hizo la revisión del tacto, y en ese momento la peticionaria arrojó de su vagina un líquido verde, por lo que el doctor le ordenó que se pusiera la bata y se recostara en la camilla porque entraría a quirófano de urgencia.

Por otra parte, el esposo de la peticionaria manifestó que el Dr. Ramos le indicó que su esposa y su bebé estaban bien, que a ella se le había roto la fuente y que estaba arrojando un líquido verde por lo mismo, señalando que el bebé traía el cordón umbilical enredado en el cuello y estaba sufriendo dolor fetal, por lo que le dijo que entraría su

Recomendación 3/2015

esposa de urgencia al quirófano. Asimismo, él le informó al doctor sobre la enfermedad de V.I.H. que padecía su esposa, por lo que el doctor señaló que tomaría las medidas conducentes.

El esposo de la peticionaria, señaló que el doctor le preguntó si previamente había asistido a otro hospital, por lo que éste le refirió que sí, mostrándole la nota médica que le expedieron en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, por lo anterior, el doctor Ramos le indicó que su esposa ya estaba en labor de parto.

Aproximadamente una hora después, el médico pediatra le informó al esposo de la peticionaria que su esposa se encontraba bien, pero por lo mismo de la urgencia se le anestesió completamente pasándole la anestesia al bebé, tardando en reaccionar el bebé al nacer, dándole RSP para reanimarlo indicándole que su esposa traía una infección que se estaba transmitiendo al recién nacido, por lo que se le estaba administrando antibiótico y se encontraba entubado, presentando un ligero problema respiratorio.

Por otra parte, la peticionaria aportó la documentación necesaria para probar su dicho de los hechos antes manifestados, a saber: copia simple de la nota médica inicial de urgencias del Hospital General Dr. Gregorio Salas, del carnet para citas del Hospital General Dr. Gregorio Salas, de la hoja de egreso y referencia de la peticionaria expedida por el Hospital Materno Infantil Inguarán y de la orden médica para control y tratamiento de pacientes hospitalizados del recién nacido expedida por el mismo hospital.

[...]

96. Valoración de impacto psicosocial de fecha 18 de marzo de 2015 suscrita por personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Descripción de los hechos

Por su condición de portadora de VIH, [...] [Nombre de la persona agraviada M] inició su atención prenatal en la Clínica Especializada Condesa, donde le proporcionan apoyo médico y emocional. Inició sus cuidados prenatales, pero por su condición, el médico le explicó que el embarazo era de alto riesgo y que no se podía esperar un parto normal, que se necesitaba de una cesárea a las 38 semanas de gestación. Ante esta instrucción, [...] la canalizan al Hospital General "Dr. Gregorio Salas" para su valoración, seguimiento y programación de cesárea.

La peticionaria acudió a dicho nosocomio el 23 de septiembre de 2013, los médicos en turno una vez enterados de su estado de salud, le comentan que llegado el momento, cuando empezara a sentir dolor por contracciones y sangrado tenía que acudir al Hospital e ingresar por urgencias para su atención, ya que no contaban con consulta externa.

En este Hospital, refiere que los médicos se negaron a programarle y dar seguimiento a su embarazo por lo que regresa con el médico de la Clínica Condesa comentándole que no había recibido la atención que necesitaba, y fue entonces que presentó su queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, un visitador acompaña a [la persona agraviada M] nuevamente al Hospital General "Dr. Gregorio Salas" el primero de Octubre de 2013 y se concreta la cita para la atención [...]. El dos de Octubre la citan para que conozca al médico que la atenderá en su cesárea y le dan una cita para realizarle un ultrasonido, análisis de sangre, para programar la cesárea.

Recomendación 3/2015

Llegado el día de la valoración, fue atendida por el Dr. Garduño, quien le mencionó que sería recibida en el área de urgencias cuando presentara sangrado, dolores y ruptura de la fuente y, que si eso no ocurría, que se presentara en la semana 39 o 40.

El 26 de octubre de 2013, la peticionaria se sintió mal en su domicilio y salió a las 5:30 de la mañana, con dolores en la zona baja de su estómago, por lo que acudió al Hospital General Dr. Gregorio Salas, en el área de Urgencias como se lo habían requerido. Esperó aproximadamente media hora en dicha área para recibir atención, en dicho intervalo acudió al baño y se percató que después de orinar, sangró. La Dra. Juana Alma Luna Sarabia le realizó el tacto, refirió que el bebé se escuchaba bien y que llamaría al ginecólogo. La peticionaria reiteró que tenía 37 semanas de gestación, a lo que la doctora indicó que aún no era tiempo; posteriormente veinte o treinta minutos, otros dos médicos volvieron a realizar tacto vaginal, comentando que aún no era tiempo, que aún no tenía abierto el cuello de la matriz y que si el bebé nacía, sería prematuro o presentaría problemas respiratorios, lo cual era un riesgo.

El ginecólogo al que supuestamente fueron a llamar, nunca llegó, y le indicaron que no podía quedarse en el Hospital, porque no había especialista, y que regresara a su casa, o que si se sentía mal podía acudir al Hospital de la Mujer, al Hospital Materno Infantil Inguarán o al Hospital General de México, otorgándole su nota médica inicial de urgencias a las 9:30 de la mañana. De regreso a casa hizo una parada cerca del metro Pantitlán, donde entró a un baño público y se percató de que está mojada, por lo cual su esposo y su madre decidieron llevarla al Hospital de Inguarán, llegando entre las 12 y 13 horas e ingresó por urgencias.

Fue valorada por el Dr. Ramos quien solicitó un ultrasonido, posteriormente realizó tacto vaginal y le comentó que entraría a quirófano en carácter de urgente. El esposo informó al médico sobre la enfermedad de VIH que padecía su esposa, a lo cual el médico comentó que tomaría las medidas conducentes.[...]

El día primero de noviembre, 5 días posteriores al nacimiento, dieron de alta de su bebé y al momento de entregárselo le comentaron que requería de estimulación temprana porque no se sabía si el bebé en un futuro podía tener alteraciones en su desarrollo, por ejemplo, en el lenguaje y/o aprendizaje.

[La persona agraviada M] se sintió vulnerable, culpable e insegura; se sintió discriminada por los interrogatorios frecuentes del personal médico, cuando éstos se enteran de que era portadora de VIH. Reconoce que a ratos llegó a sentirse culpable, por lo que le sucedía; [...]. Comenta también que las insistentes sugerencias de los médicos, para que se sometiera a la salpingoclasia y dejara de tener hijos, fue un acto de violencia hacia su persona. [...]

[...]

Test de violencia obstétrica

Se obtienen criterios de violencia obstétrica en crítica por llorar, gritar de dolor, imposibilidad para manifestar miedo e inquietudes, tactos vaginales reiterados y experimentó sensaciones de vulnerabilidad extrema y culpabilidad por los hechos.

Inventario de calidad de vida

Manifiesta redes de apoyo, [...] [Nombre de la persona agraviada M] se siente apoyada. Referente a su desempeño físico, su proceso de enfermedad le ha afectado su desempeño habitual sin embargo es autosuficiente. No disfruta de su tiempo libre y presenta sentimientos de nostalgia. Presenta problemas serios en la interacción familiar pero sí cuenta con redes de apoyo.

[...]

Recomendación 3/2015

97. Opinión médica de fecha 19 de marzo de 2015 suscrita un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 22 años de edad que fue referida de la Clínica Condesa por presentar un embarazo de 32 semanas por fecha de última regla y VIH A2. Manejada con medicación antirretroviral consistente en Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ Ritonavir. Se envía al Hospital General Dr. Gregorio Salas para programar cesárea. En el nosocomio anteriormente mencionado se le brinda la atención hasta el momento en el cual presenta trabajo de parto, ya que cuando acude, no es atendida en dicho nosocomio debido a la falta del servicio de Pediatría. Por lo que la paciente y su familiar se trasladan por sus propios medios al Hospital Materno Infantil Inguarán.

Al ingreso de la paciente al Hospital Materno Infantil Inguarán, se observa que presentó ruptura de membranas con salida de líquido meconial de manera importante, por lo que se decide una cesárea de urgencia por el sufrimiento fetal agudo. Al nacimiento del recién nacido se califica con una calificación de Apgar de 2, requiriendo intubación y aspiración endotraqueal, recuperándose a los 4 minutos. Se deja en observación al recién nacido con el diagnóstico, entre otros, de asfixia severa recuperada. Derivado de lo anterior se realiza el siguiente análisis:

Se trata de paciente femenina quien cursaba con embarazo de 32 semanas de gestación y portadora de VIH estadio 2. Manejada con antirretrovirales: Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ Ritonavir, los cuales se ha demostrado son medicamentos de elección para la infección por VIH en el embarazo⁴⁸.

En una paciente obstétrica la cual es positiva a la infección por VIH, el parto por vía vaginal es un factor de riesgo para que el producto pueda infectarse, ya que se encuentra expuesto a secreciones y sangrado materno. Otro factor de riesgo es la ruptura de membranas. Por eso lo ideal, y para evitar el factor de riesgo es programar una cesárea en la semana 38 de gestación, para evitar dicha circunstancia⁴⁹.

Cuando la paciente acude al Hospital General Dr. Gregorio Salas para la atención de su trabajo de parto a dicho nosocomio, éste no cuenta con el servicio de Pediatría. Es importante destacar que, de acuerdo a la Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 1 y Bis 9, el Hospital General Dr. Gregorio Salas, se encontraba obligado a contar con la especialidad de Pediatría, al no contar con dicha especialidad, aparte de incumplir con el artículo y sus numerales anteriormente mencionados de la Ley General de Salud, no se ajusta a una atención médica oportuna y de calidad.

Tanto la peticionaria, como la médico de urgencias refieren que la paciente presentaba sangrado transvaginal al momento de acudir al Hospital General Dr. Gregorio Salas. Lo que, en el caso particular de la paciente entrañaba un riesgo, por la condición de VIH y la exposición del producto a una transmisión vertical. Ahora bien, el servicio de gineco obstetricia del Hospital General Dr. Gregorio Salas refiere que la paciente presentaba un embarazo de 37 semanas de gestación y que no contaba con alguna urgencia para

⁴⁸ Abarzúa C Fernando y cols., Infección por virus de inmunodeficiencia humana en el embarazo: Tratamiento anti-retroviral y vía de parto, Rev Chil Infect 2005; 22 (4): 327-337.

⁴⁹ Guías Clínicas Minsal 2009, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, Rev Chil Infect 2010; 27 (4): 359-373.



Recomendación 3/2015

indicar una cesárea. Sin embargo, se reporta en la nota de atención gineco obstétrica y se hace del conocimiento de la paciente que no se cuenta con el servicio de Pediatría y se le da cita abierta a Urgencias.

En ese sentido es de importancia mencionar que la paciente, para disminuir la posibilidad de transmisión vertical, requería una cesárea, en dónde el equipo de salud necesario para la atención de la cesárea incluye a un médico pediatra. Situación que el Hospital General Dr. Gregorio Salas no le pudo brindar a la paciente. La nota de ginecoobstetricia reporta que hay expulsión del tapón mucoso, dicha entidad es de importancia ya que se refiere como un pródromo del trabajo de parto⁵⁰.

La paciente contaba con una carga viral, estudios de CD 3, 4, 8, 45 del mes de junio de 2013 (05/06/13). Lo que se recomienda al respecto es realizar un estudio de carga viral cada mes hasta la última que sería en la semana 34-36 del embarazo. También se debe de realizar un conteo de linfocitos T CD4+ cada 3 meses⁵¹. Ya que dicha carga viral será fundamental para definir la vía de nacimiento, ya sea parto o cesárea. Por lo anterior, y debido a que se desconocía la carga viral en el último mes, se encontraba indicada la cesárea, por lo que no había necesidad de esperar el trabajo de parto y exponer al producto a una transmisión vertical del VIH, sobre todo considerando que ya presentaba huellas de sangrado.

La paciente es valorada por el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General Dr. Gregorio Salas a las 09:25 horas del día 26 de octubre de 2013, y a las 11:40 horas del mismo día ingresa al Hospital Materno Infantil Inguarán con ruptura de membranas, sufrimiento fetal agudo y presencia de líquido meconial +++ , con una dilatación de 4 centímetros y un borramiento del 90%. Los cambios cervicales anteriores se observan en el lapso de aproximadamente 2 horas. Lo anterior implica que la paciente se encontraba al final de la fase latente de trabajo de parto. En la fase latente del trabajo de parto se caracteriza por que viene acompañada de contracciones dolorosas y cambios en el cérvix y que dura un promedio de 6-7 horas en pacientes nulíparas y 4-5 horas en pacientes multiparas.

Por lo anterior, se puede observar que en el presente caso un proceso que dura en promedio de 5 horas, en éste caso tuvo una duración de 2 horas aproximadamente. Ahora bien, al momento de la revisión de la paciente en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, se documenta en el expediente clínico que la paciente llevaba sangrado, reportaba dolor tipo obstétrico y portadora de VIH y, aunque aparentemente no presentaba cambios cervicales eso no era motivo para enviarse a su domicilio, más bien tendría que haber sido referida, si la unidad que la valoró (Hospital General Dr. Gregorio Salas) de inicio no contaba con los recursos humanos (Pediatra) necesarios para su atención. Porque a diferencia de otras pacientes obstétricas, en este caso la paciente no debía iniciar con trabajo de parto, por no contar con un estudio de carga viral del último mes y con ello incrementar las posibilidades de transmisión vertical y por encontrarse en pródromos de trabajo de parto. Lo anterior obligaba a realizar una cesárea.

⁵⁰ Lombardía J y cols., Ginecología y Obstetricia, Manual de Consulta Rápida, Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana, España 2010, pp. 533.

⁵¹ Manejo De Los Pacientes Adultos Con Infección Por VIH, Organización Mundial de la Salud, publicado en http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/argentina_art.pdf.

Recomendación 3/2015

En las notas médicas del Hospital General Dr. Gregorio Salas, no se desprende que se haya referido a la paciente a otra unidad hospitalaria, se dio de alta a su domicilio con cita abierta a Urgencias, a pesar de no contar con los insumos necesarios para la atención integral a una paciente con las características de [...] [Nombre de la persona agraviada M]. Es importante mencionar que la paciente cursaba, al momento del inicio del trabajo de parto, con un embarazo de 37 semanas de gestación, por lo que ya no se consideraba un producto prematuro y que efectivamente, estaba contemplada para la intervención quirúrgica programada en el Hospital General Dr. Gregorio Salas. Aunado a lo anterior, la paciente se encontraba en pródromos de trabajo de parto por lo que, por historia natural del mecanismo de parto, se presentarían los procesos fisiológicos del mismo y sería necesaria la interrupción del embarazo por vía abdominal por las razones expresadas anteriormente en el presente análisis.

Se observa que la paciente acudió en ocasiones anteriores a presentar la expulsión del tapón mucoso al Hospital General Dr. Gregorio Salas, los días 02 y 16 de octubre de 2013 y no se hace constar en el expediente clínico que se le solicite una carga viral y un conteo de linfocitos T CD4+. Lo anterior para la correcta vigilancia y discusión de la vía de nacimiento: vaginal o cesárea.

No existe constancia en el expediente clínico del Hospital General Dr. Gregorio Salas, que se le haya explicado a la paciente la importancia de realizarse los estudios de carga viral y conteo de linfocitos, así como su relación con la vía de nacimiento. Lo anterior no está de acuerdo a lo señalado en el punto 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

Debido a la falta de una atención oportuna⁵² a la paciente por parte del Hospital General Dr. Rubén Leñero, se presentó posteriormente la ruptura de membranas, así como las complicaciones secundarias al sufrimiento fetal agudo. La falta de atención oportuna ocasionó una exposición innecesaria al riesgo de transmisión vertical⁵³ del virus de inmunodeficiencia humana para el producto. También ocasionó que una cesárea programada se convirtiera en un evento quirúrgico de urgencia en la cual ni la madre ni el producto estaban en las mejores condiciones fisiológicas para afrontar los riesgos inherentes al procedimiento, tanto anestésico como quirúrgico. También es de importancia señalar que la cesárea de urgencia, incrementa el riesgo de transmisión vertical.⁵⁴

La atención brindada por el Hospital Materno Infantil Inguaran para el binomio, fue lo adecuado de acuerdo a lo señalado en la bibliografía médica consultada. Es de importancia continuar la vigilancia del recién nacido para valorar si hubo transmisión vertical y/o secuelas neurológicas secundarias al sufrimiento fetal agudo.

CONCLUSIONES

1. La atención médica recibida por la paciente en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, no fue adecuada por los siguientes motivos:

⁵² Héctor Gerardo Aguirre-Gas y cols. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cirugía y Cirujanos, Volumen 78, No. 5, Septiembre-Octubre 2010:

⁵³ El concepto de transmisión vertical comprende todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia) por lo que no se deben excluir algunas infecciones que se transmiten después de haber terminado el proceso del parto (recordemos, por ejemplo, que la transmisión de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana durante la lactancia entra de lleno en el concepto de transmisión vertical).

⁵⁴ Díaz Granados Carlos A y cols. Guía para el Manejo de VIH/SIDA Basado en la Evidencia, Colombia 2005, Organización Mundial de la Salud, publicada en http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf.



Recomendación 3/2015

a) No se realizó la valoración de carga viral y el conteo de linfocitos T CD4+, lo cual era necesario para conocer cuál sería la vía de resolución del embarazo, lo cual no se encuentra acorde a los lineamientos señalados al respecto en la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH de la Secretaría de Salud.

b) La paciente acude con pródromos de trabajo de parto (perdida de tapón mucoso y hemorragia transvaginal) y el Hospital General Dr. Gregorio Salas no cuenta con pediatra, lo cual no cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud en sus artículos 77 Bis 1 y Bis 9, respecto a la obligación institucional de contar con la especialidad de Pediatría.

c) No se le realiza una hoja de referencia a la paciente con el fin de, en caso de requerirlo, pudiera acudir a otra unidad hospitalaria en vista de que el Hospital General Dr. Gregorio Salas, no contaba con la especialidad de pediatría, con lo cual no se le brinda la atención médica oportuna, integral y de calidad a la paciente.

d) Por las condiciones clínicas de la paciente (sin estudios de carga viral ni conteo de CD4 + recientes) y portadora de VIH, se encontraba indicada la interrupción del embarazo vía cesárea. Esto es, una cesárea programada y no una cesárea de urgencia. Si la paciente presentaba datos de pródromos de trabajo de parto (refería dolor obstétrico, expulsión de tapón mucoso y se documentó en el expediente clínico el sangrado transvaginal) lo indicado era vigilancia médica o referencia a una unidad resolutive. Sin embargo, no se realizó ninguna acción médica al respecto. Más bien se optó por una actitud contemplativa, lo que ocasiona que continúe a libre evolución y sin vigilancia médica el trabajo de parto. Posteriormente se presenta la ruptura de membranas, así como el sufrimiento fetal y la cesárea de urgencia incrementando el riesgo de transmisión vertical del VIH en el producto y un probable daño a nivel neurológico.

e) No existe constancia en el expediente clínico del Hospital que se le haya brindado información a la paciente acerca de la pertinencia de la vía resolutive del embarazo (parto o cesárea). Se optó desde un inicio por cesárea sin que se hiciera constar que la paciente estaba informada al respecto de los riesgos de un parto por vía vaginal. Lo anterior no cumple con lo señalado en el punto 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud y numeral 5.6.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2. El daño en el presente caso con las documentales médicas actuales, no es posible establecerlo, debido a que se requieren valoraciones posteriores así como el seguimiento del recién nacido para establecer si presenta infección por VIH o alguna patología neurológica derivada del sufrimiento fetal que sufrió.

Se recalca: La infección por VIH es un riesgo inherente del recién nacido, lo que se incrementó fue la posibilidad de contraer la infección por la omisión en el manejo médico de la paciente. El sufrimiento fetal si era una entidad prevenible dentro de las acciones médicas a realizar para el presente caso.

[...]

**Caso N. Expediente CDHDF/III/122/CUAJ/13/D6882**

98. Nota informativa de hechos de fecha 25 de octubre de 2013 signada por la Doctora Margarita Magallanes del Moral, médica adscrito a Hospital Cuajimalpa, en la que señaló lo siguiente:

[...] El día 6 de octubre del presente año, dentro del servicio de urgencias, acudió a consulta la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada N], estando yo en guardia, a las 0:30 hrs. Fue atendida, interrogada medicamente [sic] no refirió haber sido atendida anteriormente en el Hospital por alguna enfermedad, NO PRESENTÓ NOTAS MÉDICAS, ULTRASONIDOS ANTERIORES, NOTA DE EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN MUCHO MENOS PRESENTÓ SU HOJA DE REFERENCIA AL HOSPITAL DE PERINATOLOGÍA, QUE DESDE QUE ESTUVO HOSPITALIZADA, SE DEBIÓ REFERIR, NO PRESENTÓ RESUMEN DE CONTROL DEL EMBARAZO, NO PRESENTABA LA PACIENTE DATOS CLÍNICOS PARA INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN, O PREECLAMPSIA, SE ENCONTRÓ COMO DIAGNÓSTICO: EMBARAZO DE 36.5 SEMANAS DE GESTACIÓN EN PRODROMO DE TRABAJO DE PARTO. Se le dieron indicaciones, todo lo actuado obra en el expediente clínico [...]. Posteriormente acude la paciente a las 6:30 de la mañana con crisis convulsivas, habiéndola citado a las 4:00 hrs. A revisión pero no acudió, posteriormente acude la paciente manifestando el familiar que había convulsionado desde las 5:00 hrs. Pero no acudió a ninguna unidad hospitalaria y cuando acude al Hospital Cuajimalpa HASTA LAS 6:30 [horas] fue inmediatamente atendida por el servicio de urgencias y todos los especialistas de la unidad en turno (Dr. Dámaso) Médico que realizó la cesárea de forma inmediata, Dr. Emilio anestesiólogo, Dr. Torres Pediatra, La Dra. Heidy Cervantes ginecóloga de la guardia y todo el personal de enfermería en apoyo, todos los especialistas mencionados que intervinieron aparecen en notas médicas del expediente clínico con numeral antes mencionado, fue intervenida quirúrgicamente, (cesárea), y posteriormente intervino el Asistente de Dirección Dr. Valencia (asistente de dirección turno en fin de semana) solicitando sangre y apoyo, para trasladar a la paciente al hospital Enrique Cabrera al servicio de terapia intensiva, la paciente fue dada de alta el servicio de terapia intensiva (a decir de los especialistas, se encuentra en mejoría, con control de tensión arterial, ahora si controlada de su enfermedad que aunque, La [sic] enfermedad no tiene nombre y si múltiples facetas y es impredecible, la paciente está mejorando, Así [sic] como el producto obtenido por cesárea en el hospital de Cuajimalpa fue dado de alta con la Madre.

Sin embargo, los familiares acudieron al hospital con Usted como directora del Hospital Cuajimalpa quien mencionó que a ella no le corresponde atender éste asunto sino, en nivel central en la Dirección de Hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.

Cabe mencionar que la paciente estuvo hospitalizada en Cuajimalpa por hipertensión más menos a la mitad del embarazo, sin embargo cuando yo valoré a la paciente ella no presentaba ningún dato clínico para integrar un diagnóstico de hipertensión, preeclampsia, o más. Pero en ningún momento de su valoración ella mencionó ser hipertensa, padecer preeclampsia, tomar medicamentos para esa enfermedad, no mencionó haber llevado algún tratamiento que toda paciente hipertensa o que fue hospitalizada, debe seguir en su domicilio, HABIÉNDOLE PREGUNTADO A LA PACIENTE EN SU INTERROGATORIO, TAMBIÉN HAGO MENCIÓN QUE LA



Recomendación 3/2015

PACIENTE ACUDIÓ SÓLA A SU VALORACIÓN DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Todo esto se menciona porque las pacientes que son (preecláptica [...]) debe seguir por protocolo, su valoración y revisadas hasta cada tercer día según el caso, y por consulta externa). Y/o los servicios correspondiente, y/o, ser enviadas al Hospital de Perinatología. Tampoco contamos con un expediente clínico digital y conectado en red para ingresar un número de expediente propio de cada paciente desde el servicio de admisión y los médicos de urgencias y todos tener acceso a los expedientes clínicos para enterarnos de los padecimientos de cada paciente por aquel caso, como éste, en donde se nos informa, que la paciente ya es valorada en el hospital, no con el fin de enterarnos solamente, sino con el fin de conocer los padecimientos de nuestra población, que si bien lo padecen, NO NOS INFORMAN LAS PACIENTES A LA HORA DE QUE ACUDEN A URGENCIAS EN MUCHOS CASOS ya que en la noche el personal de guardia NO TENEMOS ACCESO A LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS, que si bien están resguardados, también es, importante que estemos enterados de la evolución de las pacientes, con el único fin de mejorar así la calidad de la atención y disminuir los riesgos que, por ERRORES DE PROCESO, SE SUCITAN. Y tampoco tenemos tiras bililabstics (ya no las producen, o tamizaje), en la unidad para checar de forma pronta y con mayor seguridad a las pacientes. Así mismo reitero, no mencionó la paciente alguna otra enfermedad a pesar de que se le interrog[ó] en anamnesis no presentaba, notas anteriores de revisión o control, no presentó ultrasonido en esa hora que la atendí, a pesar de haber interrogado a la paciente sobre antecedentes diversos, mencionó no padecer enfermedades. Fue diagnosticada como embarazo de 36.5 SDG. En pródromo de trabajo de parto. Después se dio el diagnóstico a las 6:30 hrs. (segunda valoración) de Enfermedad de Help, Finalmente en Hospital Enrique Cabrera concluyeron también en enfermedad de Help.

A pesar de su atención revisión, manejo y control fui víctima de insultos, agresiones, y groserías, por parte de los familiares, Que [sic] después entraron al Hospital rondándome con amenazas y ofensas, sin embargo el Dr. Valencia (asistente de Dirección de turno especial), intercedió a mi favor, tratando de hablar con los familiares para conocer su inconformidad, pero no se prestaron al di[á]logo. Reitero que la paciente entró a valoración al servicio de urgencias sólo manifestando que venía sin familiares, que estaba peleando con su Mamá, que su esposo no se encontraba, que no estaba con ella, se retiró, a los 30 minutos acude un familiar sin identificarse al cual fue atendido por respeto y se le dieron también indicaciones para el apoyo de la paciente y se le solicita que por cualquier evento que la paciente presente, acudan a los hospitales más cercanos de su domicilio, mismo familiar que me informa que viven muy cerca del Hospital Enrique Cabrera, sugerencia que anoté en nota médica al paciente. Para corroborar mi dicho se encontraba en un lugar mi enfermera la señorita Vicenta en turno, la Señorita Isabel como personal de admisión en turno, el Dr. Torres (Pediatria de la guardia y el Dr. Emilio anesthesiólogo de la guardia. La enfermera Vicenta: quien tomó los signos vitales de la paciente corroborando la NO EXISTENCIA DE SIGNOS VITALES PROPIOS Y/O PRESENTES EN UNA PREECLAMPSIA, O MÁS DATOS CLÍNICOS QUE INTEGRARAN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN O PREECLAMPSIA y dio seguimiento a las indicaciones Médicas, de forma íntegra, constatando que no presentaba la paciente ningún dato de hipertensión, preeclamsia, sangrados, estado de inconciencia, descontrol metabólico, o hemodinámico, o dolor



Recomendación 3/2015

abdominal de otro tipo que no fuera el dolor obstétrico, siempre la enfermera presenté escuchó mi trato, atención a la paciente con respeto. [...]

99. Escrito de fecha 25 de octubre de 2013, signado por la Doctora Jeydi Cervantes Osorio, Primer Ayudante de Cirugía, mediante la cual se informa lo siguiente:

[...] POR MEDIO DE LA PRESENTE LE INFORMO DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LA PACIENTE [...] [Nombre de la persona agraviada N] EL DÍA 6 DE OCTUBRE DEL 2013.

SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 6:50 AM SE ME INFORMA DEL INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA PACIENTE CONVULSIONANDO, DE INMEDIATO ME TRASLADO DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN DONDE ENCUENTRO A UNA PACIENTE EMBARAZADA CON CRISIS CONVULSIVAS (INTERROGANDO A LOS FAMILIARES SE TRATA DE PRIMIGESTA DE 19 AÑOS DE EDAD CURSANDO CON UN EMBARAZO DE 38 SDG POR ULTRASONIDO TRASPOLADO) DE INMEDIATO SE INICIA EL PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE ECLAMPTICA (SOLUCIÓN HARTMANN / SULFATO DE MAGNESIO / ANTIHIPERTENSIVO IV / DIAZEPAN IV / DEXAMETASONA IV / MANTENIMIENTO DE LA VIDA AEREA/ OXÍGENO POR PUNTAS NASALES / COLOCACIÓN SONDA VESICAL / TOMA DE LABORATORIOS / UNA VEZ ESTABILIZADA SE PASA A CIRUGÍA APROXIMADAMENTE 50 CC, SE OBTIENE PRODUCTO DE GESTACIÓN A LAS 7:42 AM ENTREGANDO A PEDIATRA (MASCULINO, PESO 2750 GR / APGAR 3/5, LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL). EN FORMA SECUNDARIA PRESENTA HIPOTONIA UTERINA LA CUAL ES REVERTIDA CON MASAJE Y CARBETOCINA. SE PRODUCE A REVISIÓN DE AREA HEPÁTICA OBSERVANDO MÚLTIPLES PETEQUIAS, PALPANDO INTEGRIDAD CAPSULA GLISSO, REVISIÓN DE CORREDERAS PARIETO CÓLICAS, SE CORROBORA HEMOSTASIA, SE PROCEDE A CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL PREVIA CUENTA DE TEXTILES, SE DEJA DRENAJE QUIRÚRGICO DE ¼ (CORREDERA PARIETO CÓLICA DERECHA)

SANGRADO APROX 750 ML, URESIS TRANSQUIRÚRGICA 20 CC
INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS PARA PACIENTE CON ECLAMPSIA
SE MANTIENE EN QUIRÓFANO ENTUBADA MONITORIZACIÓN CONTINUA HASTA LA LLEGADA DE AMBULANCIA DE TERAPIA INTENSIVA APROXIMADAMENTE A LAS 10:50 AM QUIEN LA TRASLADA AL HOSPITAL DR. ENRIQUE CABRERA AL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.

SE INFORMA A FAMILIARES DESDE SU INGRESO LA GRAVEDAD DE SU PACIENTE Y LOS RIESGOS TANTO PARA LA MADRE COMO PARA PRODUCTO DE GESTACIÓN. SE MANTIENE INFORMADOS DEL ESTADO DE SALUD A LOS FAMILIARES POR ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN EN TURNO.

[...]



Recomendación 3/2015

100. Escrito sin fecha, suscrito por la Dra. Irasema Rojas Velázquez, Anestesióloga adscrita al Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, el cual contiene la siguiente información:

[...] En respuesta a su Memorándum M/0472/13, de fecha 22 de octubre de 2013 recibido el 26 de octubre de 2013. Como Anestesióloga en turno. Le relato mi participación en la asistencia de la C. [...] [Nombre de la persona agraviada N].

El día 6 de octubre del 2013 aproximadamente a las 7 am de la mañana, se me solicitó procedimiento anestésico para la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada N], de 19 años de edad con Diagnóstico de Embarazo de 38 semanas de gestación más Eclampsia, una vez estable y sin convulsiones, pasa directamente a quirófano proveniente de urgencias, para realizar una Cesárea de urgencia. Solicité el informe al familiar responsable sobre el esta [sic] de gravedad y autorizó procedimiento anestésico.

No contaba con antecedentes de importancia en forma directa ni indirecta, dado que la paciente se encontraba [sic] en periodo postictal, no cooperadora, palidez de tegumentos +, cráneo normo céfalo cavidad oral con Mallampati tipo II, cuello cilíndrico Patil-Aldrete tipo II, tórax sin compromiso cardiopulmonar, abdomen globoso a expensas de útero grávido, miembros interiores con reflejos osteotendinosos aumentados ++ y edema +.

Se toman laboratorios, cuenta con un Riesgo Anestésico Quirúrgico Urgencia III B Se realizó acto anestésico con la llegada de la paciente a quirófano con monitoreo tipo I, anestesia general balanceada, bajo inducción anestésica laringoscopia directa con inserción de tubo orotraqueal número 7.0, se verifica intubación con la auscultación de campos pulmonares y capnografía, se conectó al ventilador con oxígeno a 3 litros por minuto, transanestésico, con mantenimiento a base Sevoflurano a concentraciones de 2% y medicamentos complementarios.

Al terminar acto quirúrgico, se revaloran y se mantiene intubada para traslado a la unidad con terapia intensiva, mismo que se consiguió en el Hospital Enrique Cabrera para manejo y evolución. Dando informes al familiar sobre la gravedad de la Sra. [...] [Nombre de la persona agraviada N]. [...]

101. Escrito de fecha 25 de octubre de 2013 suscrito por el Doctor Damaso Fernando López Ortiz, Cirujano del Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, en el cual se informa lo siguiente:

[...] POR MEDIO DE LA PRESENTE SE LE INFORMA DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LA PACIENTE [...] [Nombre de la persona agraviada N] EL DÍA 6 DE OCTUBRE DEL 2013

SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 6:50 AM SE LE INFORMA DEL INGRESO POR URGENCIAS DE UNA PACIENTE CONVULSIONANDO, DE INMEDIATO ME TRASLADO DEL SERVICIO DE UNIDAD TOCO CIRUG[I]A AL SERVICIO DE URGENCIAS EN DONDE OBSERVO A UNA PACIENTE FEMENINA EMBARAZADA Y CON CRISIS CONVULSIVA (POR INTERROGATORIO DE FAMILIARES SE TRATA DE PRIMIGESTA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA UN EMBARAZO DE 38 SDG POR ULTRASONIDO TRASPOLADO) DE INMEDIATO INICIANDO EL PROTOCOLO



Recomendación 3/2015

DE MANEJO DE PACIENTE ECLAMPTICA (SOLUCIÓN HARTMAN / CARGA DE SULFATO DE MAGNESIO / ANTIHIPERTENSIVOS IV / DIAZEPAN IV / DEXAMETASONA IV / MANTENIMIENTO DE LA VÍJIA AEREA / OXÍJIGENO POR PUNTAS NASALES / COLOCACIÓN SONDA VESICAL / TOMA DE LABORATORIOS / UNA VEZ ESTABILIZADA SE PASA A CÍJURUGIA APROXIMADAMENTE 7:35 AM Y BAJO ANESTESIA GENERAL BALANCEADA SE INICIA PROCEDIMIENTO QUIRÚJRGICO A LAS 7:40 AM SE OBSERVA EN CAVIDAD LÍJUIDO SERO HEMATICO LIBRE DE APROX 50 CC, OBTENIENDO PRODUCTO DE GESTACIÓN A LAS 7:42 AM ENTREGANDO A PEDIATRA (MASCULINO, PESO 2750 GR / APGAR 3/5, LÍJUIDO AMNIÓJTICO NORMAL). EN FORMA SECUNDARIA PRESENTA HIPOTONIA UTERINA LA CUAL ES REVERTIDA CON MASAJE Y CARBETOCINA, SE PROCEDE A REVISIÓN DE ÁJREA HEPÁJTICA OBSERVANDO MÚJLTIPLES PETEQUIAS, PALPANDO INTEGRIDAD CAPSULA GLISSON. REVISIÓN DE CORREDERAS PARIETO CÍJLICAS, SE CORROBORA HEMOSTASIA, CUENTA TEXTIL COMPLETA, SE PROCEDE A CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL. SE DEJA DRENAJE QUIRÚJRGICO DE ¼ (CORREDERAS PARIETO CÍJLICA DERECHA).

SANGRADO APROX 750 ML

URESIS TRANSQUIRURGICA 20 CC

INDICACIONES POSTQUIRÚJRGICAS PARA PACIENTE CON ECLAMPSIA

SE MANTIENE EN QUIRÓJFANO MONITOREADO- INTUBADA HASTA QUE LLEGA EL SERVICIO DE AMBULANCIA DE TRERAPIA INTENSIVA APROXIMADAMENTE A LAS 10:50 AM QUIEN LA TRASLADA AL HOSPITAL DR ENRIQUE CABRERA AL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.

A LOS FAMILIARES SE LES EXPLICÓJ DESDE SU INGRESO LA GRAVEDAD DE SU PACIENTE Y LOS RIESGOS INERENTES [SIC] TANTO PARA LA MADRE COMO PARA EL PRODUCTO DE GESTACIÓN. SE MANTIENE INFORMADOS DEL ESTADO DE SALUD A LOS FAMILIARES.

[...]

102. Oficio de fecha 28 de octubre de 2013 signado por el Doctor Ernesto Lucio Tapia Ortega, Asistente de la Dirección Guardia B, adscrito al Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, el cual contiene la siguiente información:

[...]1.- El día 6 de octubre del año en curso registré mi salida a las 6:45 hrs de la mañana (Como consta en mi tarjeta de registro de asistencia), y me retire del hospital.

2.- Al encontrarme en la vía pública me percaté de que no había recabado y por ende puse bajo resguardo en la oficina de asistentes de la dirección la libreta de control de los certificados de nacimiento por lo que regreso a recabarla y guardarla, ésta me fue entregada por el Dr. Jorge Torres Lara pediatra de mi turno.

3.- Ya por retirarme, siendo aproximadamente las 6:55 hrs ingreso por la puerta de acceso adyacente a la oficina de asistentes de la dirección una persona del sexo masculino solicitando una atención para una paciente que presenta crisis convulsivas y embarazo.

4.- En forma inmediata me dirigí al área de labor y solicité al caballero en turno Jorge Tinoco salir con la camilla con la paciente.



5.- En el mismo momento informo de la situación a los ginecólogos en turno (Dra. Jeydi Cervantes y Dr. Dámaso López), de tal situación quienes en forma inmediata se trasladan al área de urgencias para la atención de dicha paciente.

6.- Cuando el camillero se dirigía por la paciente me percaté que ésta es traída en brazos por su familia y la introduce al consultorio de urgencias en donde el personal médico de ginecología y urgencias así como personal de enfermería se hicieron cargo de la paciente en forma inmediata instalando el manejo que corresponde a la patología descrita para estabilizar a la paciente y brindarle posteriormente el manejo quirúrgico adecuado.

7.- Me retiro de la unidad aproximadamente a las 7:35 hrs y vía telefónica informé al Dr. Gregorio Valencia Pérez Asistente de la dirección de la jornada acumulada la situación antes descrita para su conocimiento.

Cabe descartar que los médicos y personal de enfermería de nuestro turno se hicieron cargo del manejo de la paciente en cuestión en forma oportuna, eficaz e inmediata, buscando en todo momento salvaguardar la integridad del Binomio Madre-Hijo. [...]

103. Opinión médica de fecha 27 de marzo de 2014 suscrita por personal médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

ANÁLISIS DEL CASO

Se trata de [...] [Nombre de la persona agraviada N], de 19 años de edad, quien presenta embarazo de 34.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, quien acudió al servicio de Urgencias al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa el 17 de septiembre de 2013. Se diagnostica preeclampsia leve 8TA 140/90 mmHg, proteínas en orina 100 mg/dL), infección de vías urinarias, cervicovaginitis. Se ofrece tratamiento antibiótico, no se administran antihipertensivos. Fue dada de alta el 18 de septiembre, con diagnóstico de embarazo de 35 semanas, hipertensión gestacional, infección de vías urinarias, tricomoniasis. Se da de alta con las indicaciones de antipertensivos, continúa con antibióticos y datos de alarma. Cita abierta a urgencias.

El 6 de octubre de 2013, 00:30 horas acude nuevamente para atención del parto y dolor abdominal en epigastrio desde el día anterior. No presenta contractilidad uterina. Con tensión arterial de 130/80 mmHg. Se da de alta y se indica acudir a las 4:00 horas para revaloración. Se dan signos de alarma. Regresa a las 6:30 horas por presentar convulsiones tónico clónicas generalizadas, con tensión arterial de 160/100. Se administra sulfato de magnesio, diazepam y dexameasona [sic] 16 mg IV Du, a las 7:40 horas se interrumpe el embarazo, se solicita perfil preeclámptico [sic], colocación de sonda foley presentando orina colúrica se pasa carga de Hartman 1000 cc, O2 por puntas nasales, se prepara para cesárea y pasa directamente a quirófano, se informa a familiares. Se recaban estudios de laboratorios durante la cesárea con reporte de plaquetas de 41 000 con lo que se integra síndrome de hellp.

Recomendación 3/2015

Se obtuvo recién nacido masculino con peso de 2750 gr, apgar 3/5, hora de nacimiento: 7:42; placenta con calcificaciones; líquido amniótico: normal claro; líquido libre en cavidad abdominal serohemático, aproximadamente 50cc; hígado con petequias. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Enrique Cabrera el 6 de octubre, se reportó grave, le fue practicada laparotomía exploradora por probable líquido libre en cavidad abdominal. Evolucion[ó] satisfactoriamente y fue egresada el 17 de octubre.

El recién nacido presentó Apgar de 3 al minuto, 5 a los 5 minutos y 7 a los 10 minutos, Silverman de 2 a los 5 minutos y de 1 a los 10 minutos. Se traslada al quirófano a servicio de neonatología para su tratamiento, se indican antibióticos. El 8 de octubre se inicia alimentación en modalidad de estímulo enteral con adecuada tolerancia, con incremento paulatino de fórmula maternizada de inicio hasta completar sus requerimientos para su peso y edad. Su evolución fue satisfactoria. El día 12 de octubre se reporta estable, ya en condiciones de egresarse, sin embargo, por las condiciones de salud de la madre del paciente, se deja a este resguardo, en el servicio de crecimiento y desarrollo.

En lo que respecta a determinar si la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada N] por el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa fue adecuada, del expediente clínico se extrajo que [...] [Nombre de la persona agraviada N] acudió el 17 de septiembre de 2013, se integró el diagnóstico de preeclampsia leve (TA 140/90 mmHg, proteínas en orina 100 mg/dL), infección de vías urinarias, cervicovaginitis. Se ofrece tratamiento antibiótico, no se administran antihipertensivos. Fue dada de alta el 18 de septiembre con los diagnósticos de embarazo de 35 semanas, hipertensión gestacional, infección de vías urinarias, tricomoniasis. Con las indicaciones de: sin antihipertensivo, continua con antibióticos y datos de alarma. Cita abierta a urgencias.

Al respecto, literatura médica refiere que la hipertensión gestacional puede pasar desapercibida debido a que la tensión arterial puede estar dentro de parámetros aparentemente normales, por lo que se considera hipertensión gestacional como presión arterial de 140/90 mmHg o mayor, elevación de 20 mmHg de la presión sistólica o de 10 mmHg de la diastólica y proteínas en orina de 30 mg/dL en dos muestras tomadas al azar. Asimismo, se refiere que es necesaria por lo menos una o dos veces por semana repetir las siguientes pruebas de laboratorio: plaquetas, creatinina sérica y enzimas hepáticas. En el caso que nos ocupa, se determinó que [...] [Nombre de la persona agraviada N] presentaba hipertensión gestacional (preeclampsia leve) y fue dada de alta con cita abierta a urgencias, es decir, no se citó a valoración posterior ni se tomaron dichos estudios de laboratorio hasta que acudió el 5 de octubre.

El 5 de octubre acudió nuevamente por presentar dolor en epigastrio, en ese sentido, la literatura médica refiere que el dolor epigástrico, o en hipocondrio derecho, náuseas y vómito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia en el caso que nos ocupa no se hizo mayor referencia a dicho síntoma que incluyera el tipo, irradiación, intensidad, tampoco se realizaron estudios de laboratorio y gabinete para determinar una etiología y descartar enfermedad hipertensiva del embarazo.



Recomendación 3/2015

Por lo anterior, en este caso se establece que la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada N] por el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa no fue adecuada al no apegarse a los estándares médicos establecidos.

En cuanto a determinar si la gravedad que presentó, al momento de su nacimiento, el bebé de la agraviada [...] [Nombre de la persona agraviada N], fue consecuencia de una mala atención y/o dilación del personal médico del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, tomando en cuenta que al no realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos para prevenir la evolución de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las cuales consistían en interrumpir el embarazo al ser de término y prevenir las crisis convulsivas. [...]

[Nombre de la persona agraviada N] presentó crisis convulsivas por lo que le fue administrado diazepam 5 mg intravenoso, en dosis única. Al respecto, la literatura médica refiere que el diazepam durante el parto puede provocar arritmias hipotonía, disminución de la fuerza de succión, hipotermia y depresión respiratoria moderada en el recién nacido. Por otro lado, también se menciona que las convulsiones durante el parto aumentan el riesgo de hipoxia materna e hipoxia y acidosis neonatal. En este caso el expediente del recién [...] menciona que él presentó asfixia perinatal y acidosis metabólica las cuales fueron revertidas con el tratamiento ofrecido en el Hospital Materno Infantil. Por lo que se concluye que el retraso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de HELLP que padecía [...] [Nombre de la persona agraviada N] causaron la asfixia perinatal y la acidosis que presentó el recién nacido.

En cuanto a determinar si la atención médica brindada por servidores públicos del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa al bebé de la agraviada [...] [Nombre de la persona agraviada N] fue adecuada y conforme a los estándares médicos establecidos, del expediente clínico se extrajo que el recién nacido presentó asfixia severa por depresión respiratoria, acidosis metabólica y probable insuficiencia renal aguda, le fueron practicados estudios de laboratorio y se le administraron antibióticos para prevenir infección por procedimientos invasivos, se corrigió la acidosis metabólica con bicarbonato, con evolución satisfactoria, toleró vía oral al segundo día. Por lo que se concluye que la atención médica proporcionada al recién nacido [...] [Apellidos de la persona recién nacida N] se apegó a lo que establecen los estándares médicos establecidos.

Respecto a la asfixia neonatal la misma literatura menciona que es considerada una causa importante de parálisis cerebral y otras discapacidades en el niño y es una de las discapacidades neurológicas más costosas debido a su frecuencia (2/1000 nacimientos) y a su cronicidad durante la vida.

Por lo anterior se sugiere la valoración y seguimiento del lactante por las especialidades de Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología Pediátrica, Oftalmología, audiología así como la realización de estudios de gabinete (electroencefalograma, potenciales auditivos, visuales y sensoriales) hasta los 7 años de edad.

[...]



Caso N. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D7631

104. Hoja Frontal para Diagnóstico y Operaciones Quirúrgicas, de fecha 24 de octubre de 2013, suscrita por el Doctor Rendón, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

④

000003

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Hospital General Ticomán
Calle Plan de San Luis s/n Col. Ticomán
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07330
Licencia Sanitaria 06 AM 09 007 509

(Hoja Frontal para Diagnóstico y Operaciones Quirúrgicas)

UNIDAD MÉDICA: HG TICOMAN CLAVE: DFSSA000864

NOMBRE: _____ No. EXP.: _____

EDAD: _____ SEXO: ♀ SERVICIO: utqx CAMA: _____ HOJA No.: _____

FECHA	DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS Y OPERACIONES	CODIFICACIÓN	NOMBRE MEDICO TRATANTE
241013	EMBARAZO 39.4 sdc <u>2 fun/TTPPa</u> Primigesta		
241013	puerperio inmediato postcesareo PUVI masculino <u>+DIU</u> peso 3000 grs talla: 51 cms HN: 12,00 capurro 40 sdc CN: 012842412 Apqar 8/9		Dr. Rendón MACO
<p>*recibi de mi hija de cual se ocurrieron delicada de salud y cirugía que se realiza se punto al utero se ligadura se dicho caso se</p>			

FECHA DE INGRESO: 24/10/13 FECHA DE EGRESO: 06/11/13



Recomendación 3/2015

105. Resumen clínico de fecha 21 de noviembre de 2013 que consta en el expediente clínico de la persona agraviada, suscrito por Doctor Manuel Felipe Castillo Escandón, Encargado del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Ticomán, el cual contiene la siguiente información:

[...]

Ingresa por admisión de urgencias el día veinticuatro de Octubre del año en curso con diagnóstico de embarazo de 39.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación más trabajo de parto en fase activa; ingresa a la unidad de Tococirugía a las 9:30 hrs del mismo día, donde se le realiza un registro cardio-tocográfico donde determina baja reserva fetal por circular del cordón a cuello y se decide interrupción del embarazo por vía abdominal (Cesárea), sin complicaciones. Se obtiene producto único vivo que pesó 3000 grs, midió 51 cm, con un Capurro de 40 semanas de gestación y un APGAR de 8/9 con hora de nacimiento a las 12:00 hrs con fecha del veinticuatro de Octubre del 2013.

La paciente cursó el Post-operatorio hemodinámicamente estable y afebril, y su puerperio inmediato sin complicaciones. Inicia con fiebre de 38.2 grados Centígrados el día veintiséis de Octubre por la tarde, presentando otro pico febril el día veintisiete de Octubre por lo que se le solicita examen general de orina de control y se inicia con esquema antibiótico con Cefotaxima y Amikacina, continuando con picos febriles los dos días siguientes. Se le solicita Ultrasonido pélvico y urocultivo, encontrándose hematoma a nivel anterior de útero por su evolución tórpida ya que continuaba con picos febriles. Se realiza Histerectomía total abdominal, ligadura de arterias hipogástricas y drenaje de hematoma del espacio de Retzius, con un transoperatorio sin implicaciones y evolución posquirúrgica en la unidad de cuidados intensivos en forma satisfactoria.

Egresas del servicio el día seis de Noviembre del año en curso, clínica y hemodinámica estable.

[...]

106. Opinión Médica de fecha 16 de febrero de 2014, suscrita por personal médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

En lo que se refiere a determinar si el Hospital General Ticomán cumplió con los medios de diagnóstico y terapéuticos para el diagnóstico de la patología útero-abdominal que presentó la paciente posterior a la cesárea que le fue practicada, del expediente clínico se extrajo que la paciente presentó fiebre de 38.2 °C, 52 horas después de realizada la cesárea, ese día se suspendió el alta y se indicó cefalexina cada 8 horas por siete días. La paciente continuó con fiebre y se suspendió la cefalexina y se indicó cefotaxina IV cada ocho horas y amikacina IV cada 12 horas. El 27 de octubre de 2013 se realiza biometría hemática completa en la que se reporta leucocitosis de 21.66, así como anemia (11 mg) normocítica-normocrómica. El 28 de octubre se solicita ultrasonido renal. El 29 se solicitan biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva. El día 30 de octubre de 2013 se le indica urocultivo y ultrasonido pélvico en el que se observa imagen sugerente de hematoma de 250 cc. El día 30 de octubre se solicita ayuno a partir de las 22 horas, urocultivo, biometría hemática, TP y TPT. El 31 de octubre de 2013 se realiza laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: hematoma sub aponeurótico, dehiscencia de histerorrafia



Recomendación 3/2015

parcial en ángulo izquierdo, absceso de histerorrafia, hematoma en espacio de retzius, tejido friable y edematoso. Al respecto, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define a la sepsis puerperal como una elevación de la temperatura corporal por arriba de los 38°C (100.4°F) que se mantiene por 24 horas o recurre, durante el periodo que comprende después de las primeras 24 horas y dentro de los primeros 10 días del post parto; alternativamente, la United States Join Comisión [sic] la definió como fiebre puerperal "la toma de temperatura oral de 38°C o más, en al menos 2 de los primeros 10 días post parto. De igual forma se señala que el factor de riesgo más habitual para la sepsis materna es la cesárea. Para confirmar el diagnóstico de sepsis puerperal se requiere una anamnesis y una exploración completa, que evalué la posible fuente de infección; además, presentar SRIS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) documentada por citología hemática con la presencia de leucocitosis >12,000 o leucopenia. A la sospecha de: sepsis puerperal, endometritis, colección o absceso pélvico o trombosis ovárica solicitar estudio ultrasonografía pélvica.

En el caso que nos ocupa se observó un retraso en el diagnóstico ya que la paciente desde el día 26 presentó fiebre y fue hasta el día 30 en que se le realizó la ultrasonografía y se determinó que la paciente podría presentar el hematoma en cavidad pélvica.

Asimismo, se observó una exploración física deficiente ya que en las notas de evolución de los días del 24 al 30 de octubre se menciona útero con adecuada involución; el día 30 por la tarde se reporta subinvolucionado, con 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical, lo cual se considera anormal tomando en cuenta que tenía 6 días de que se llevó a cabo la cesárea, lo anterior, denota deficiencia en la exploración física que se realizó a la paciente, situación que se confirma en la nota médica de fecha 2 de noviembre de 2013 en la que se refiere útero bien involucrado por debajo de la cicatriz umbilical (dos días después de que éste le fuera extirpado).

Por lo que en este caso se establece que no se realizó una exploración física adecuada y que si bien, si se realizó la ultrasonografía pélvica, ésta no fue oportuna y en consecuencias existió un retraso en el diagnóstico y tratamiento ofrecido a la [persona agraviada N].

En cuanto a determinar si la histerectomía se encontraba médicamente justificada, en la hoja quirúrgica se menciona que durante la laparotomía exploradora se observó absceso de histerorrafia, se encuentran tejidos friables, fácilmente desprendibles, fétidos, en toda la extensión de la histerorrafia. Al respecto, la literatura médica refiere que se debe extirpar el útero con la finalidad de prevenir un proceso infeccioso generalizado que podría llevar a la muerte a este tipo de pacientes.

Por todo lo anterior, en este caso se establece que por las condiciones en que se encontraba el útero (con absceso y tejidos friables lo cual se confirma en el estudio de histopatología) estaba médicamente indicada la extirpación de dicho órgano.

En lo que respecta a establecer si existió alguna acción u omisión realizada por el Hospital General Ticomán la cual tuviera como consecuencia la extirpación quirúrgica del útero (Nexo causal entre la atención y la extirpación del útero), como se menciona en el tercer planteamiento en este caso no se observó un manejo adecuado por la fiebre que presentó la paciente, en consecuencia no se realizó la laparotomía explorada



Recomendación 3/2015

oportunamente, al respecto, estudios médicos recalcan las importancias de una intervención quirúrgica temprana en casos sospechosos de sepsis pélvico-abdominal con la finalidad de conservar el órgano reproductivo. Se ha demostrado que si se detectan patologías que pueden ser severas, con un poco de más tiempo, como es el absceso subaponeurótico y procesos severos como la dehiscencia de Histerorrafia más abscesos en cavidad pélvica y que pueden ser tratados sin llegar a la extirpación del útero en la mayoría de los casos.

En conclusión, en este caso se determina que el diagnóstico no oportuno de hematoma y dehiscencia de la Histerorrafia así como el retraso en la intervención quirúrgica contribuyendo a la extirpación del útero de [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ].

[...]

CONCLUSIONES

[...]

El Hospital General Ticomán no cumplió con los medios de diagnóstico y terapéuticos desde que la paciente presentó fiebre y por el antecedente de cesárea por lo que [é]stos no fueron oportunos.

[...]

Al no realizar un diagnóstico y no intervenir oportunamente a la paciente contribuyeron en la extirpación del útero.

[...]

107. Informe del departamento de patología, sección de patología quirúrgica de fecha 6 de marzo de 2014, suscrita por la Doctora J. Yadira Mauro Ibarra, adscrita al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ticomán, en el cual se informó lo siguiente:

[...]

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe útero sin anexos. Pesa 600gr, mide 11x9x5cm, es piriforme, la serosa es café, semifirme. Presenta zona abscedada en herida quirúrgica reciente (Histerorrafia) café, deleznable. Al corte el endometrio es rojizo, deleznable. Y mide 0.7cm. El miometrio mide 4cm, es café, trabeculado, semifirme. Se incluyen cortes representativos en 3 cápsulas.

Útero sin anexos (Histerectomía simple)

DIAGNÓSTICO:

NECROSIS E INFLAMACIÓN CRÓNICA AGUDIZADA.

[...]

108. Valoración de impacto psicosocial de fecha 9 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

1) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Aproximadamente a las 39 semanas de embarazo.



Recomendación 3/2015

El miércoles día 23 de Octubre del 2013, en la madrugada, comenzó con las contracciones, [...] acude en compañía de sus padres y pareja al Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud; [...] después de una exploración médica, "la regresaron", con el argumento que después del tacto vaginal aún no se encontraba dilatada, a pesar que los dolores provocados por las contracciones iban en aumento, [...]. Regresando al mismo hospital al día siguiente 24 de octubre, solicitando de nueva cuenta la atención, en el servicio de urgencias, siendo diferente el personal médico (doctores, residentes) que la revisaban, quienes nuevamente "la regresaron", [...] pasó un día con los dolores en su casa.

La segunda vez que acudió, hubo un doctor, [...], que al momento de realizarle el tacto vaginal la lastimaba. En dos ocasiones ocurrió lo mismo con ese doctor: [...] Contaban las contracciones por minutos, [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] refiere que los médicos le indicaron que no estaba dilatando y tenía una contracción como cada diez minutos. Por ello, la regresaron de nuevo a su domicilio. [...]

Regresando al Hospital por tercera ocasión, siendo aproximadamente las 8 de la mañana del 24 de octubre, ingresó al área de urgencias, realizándole nuevamente el tacto vaginal, se le indicó que tenía 7 centímetros de dilatación. A partir de ese momento, inicia la atención interhospitalaria; [...].

Los dolores los sentía muy fuertes, un médico preguntó si le habían aplicado medicamento para producir las contracciones. Las enfermeras contestaron que no.

Le siguieron realizando el tacto vaginal; aproximadamente tres personas, destacando que una doctora fue quien más la lastimó al hacerle la revisión, y cuando le externó el dolor que le producía, la doctora le respondió que se tenía que aguantar: "Así como yo se lo dije ella me contestó, le dije es que me duele y yo me movía como que yo me hacía para atrás para que no me lastimara más y ella me decía espérese lo tenemos que hacer y me tenía que esperar sino me lastimaba más."

[...], comenzó a escuchar que entre los médicos se decían que no sentían al bebé, que se sentía un "saquito" y no sabían que era, fue cuando empezaron a llegar más médicos y volvieron a hacer el tacto vaginal. Expresando lo mismo acerca del "saquito". Posteriormente le solicitaron los ultrasonidos que se había realizado durante todo el embarazo. [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] les contestó que su mamá era quien los tenía [...].

Al momento de solicitar los ultrasonidos del embarazo de [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ]. La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada Ñ], se encontraba formada en la fila de informes siendo aproximadamente las 10 de la mañana, cuando un pasante le pidió que le entregara todos los estudios que se habían realizado durante el embarazo, al preguntar el motivo por el cual estaban pidiéndolos, se le comentó que se debía a que el bebé estaba muy pequeñito. Además de indicarle que no se moviera del lugar pues se los devolvería. "Pasó una hora, pasaron dos, pasó el tiempo y nunca me los entregaron, nada más eso me dijo que los necesitaba porque el bebé venía muy pequeñito y no me los regresaron y yo los pedí y me dijeron que no, que a lo mejor se habían quedado en quirófano y no me los regresaron." [...]



Recomendación 3/2015

Acudió en diversas ocasiones al módulo de informes donde le indicaban que tenía que esperar a que llevaran el informe; y debió esperar hasta las 6 de la tarde; [...], le señalaron que había nacido su nieto por cesárea, pesando 3 Kg. Al preguntar sobre el estado de salud de su hija, le indicaron que ambos estaban bien de salud. Hasta el día siguiente del parto pudo ver a su hija.

Cuando subieron con los ultrasonidos, comenzaron a revisarlos. [...] La información que [ella] recibió fue de diferentes personas y posteriormente su presencia fue ignorada, pues los médicos se comunicaban entre sí sin hacerle saber lo que ocurría. [...]

Posteriormente una enfermera le vendó los pies y le mostró un rastrillo, con el cual rasuró el vello púbico. En ese momento, un doctor, le mostró un documento, en el cual tenía que firmar la autorización de la cesárea, pues se le indicó que era urgente la firma de su consentimiento. Precisándole que si esperaba más tiempo para que su bebé naciera por parto normal, estaría en peligro la vida de su bebé ya que sus latidos estaban disminuyendo; aunado que se le informó que tenía el cordón umbilical enredado alrededor del cuello. [...],[...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] accedió a firmar la autorización para llevarse a cabo la cesárea, esto con la finalidad que su bebé, no corriera riesgo. Procedieron a “romperle la fuente” sin haberle informado, destacando que en ese momento se sintió mojada y tuvo un fuerte dolor.

Después fue llevada a un quirófano. [...] Solicitó ayuda a una enfermera para que la sostuviera, procediendo el anesthesiólogo a la aplicación de la inyección, sin sentir dolor. Minutos después comenzó a sentir el efecto de la anestesia, el personal médico inició la cesárea. [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] logró observar cuando el personal médico limpio a su hijo, [...]. Cuando despertó se encontraba en el área de recuperación; sintiendo un intenso dolor; además que no podía moverse. Le llevaron a su hijo y se lo dejaron diciéndole que tenía que empezar a darle de comer. Sin recibir ayuda o información para tal efecto [...]. En dicha área, llegaron las doctoras de planeación familiar, ejerciendo presión emocional, le colocaron el dispositivo intrauterino. “Casi, casi ahí nos decían que a fuerza nos lo teníamos que poner ya sea el dispositivo o el que va en el brazo, pero en ese momento no lo tenían entonces me pusieron a mí el dispositivo intrauterino.” [...].

La primera noche en el hospital [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] no pudo dormir pues estaba alerta, respecto al cuidado de su hijo, pues tenía que darle de comer. Pese a la condición de recuperación en la que se encontraba, tuvo que levantarse para ir por pañales y gasas para cambiarlo [...].

En el postparto, cuando ya le darían la salida, las enfermeras pasaron a tomar los signos vitales a [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ], teniendo 38 grados de temperatura, por lo que no le permitieron el egreso del hospital. Nuevamente le colocaron el suero para pasarle los antibióticos, además de aplicarle una inyección.

[...] Pensaba que quizá tenía una infección en la herida. Pues no había recibido mayor información, hasta que le indicaron que su estado de salud estaba en riesgo y necesitaba ser operada.

Recomendación 3/2015

Sin tener certeza de lo que sucedía, a [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] sólo le suministraban medicamentos. "A veces me explicaban, dependiendo de las enfermeras [...]"

Durante el fin de semana 30 y 31 octubre, le hicieron diferentes estudios, entre ellos un ultrasonido renal y pélvico, del primero no existió ningún anomalía; sin embargo del ultrasonido pélvico, se detectó que tenía hematomas. Por lo que una doctora le indicó que tenían que hacerle una cirugía para quitarle los hematomas, señalándole que estaba en peligro su matriz, probablemente tendrían que quitársela. Debido a la infección que presentaba, pues los hematomas que tenía eran muy grandes. Le hicieron saber a [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] que no tenía más alternativas, pues su vida estaba en riesgo. "Pues yo no podía decir que no, nada más dije que sí y ya pregunté cómo iba a ser y más o menos me explicó, ya me pasaron a hacer otro ultrasonido y este fue un ultrasonido vaginal y ya de ahí fue cuando me empezaron a preparar."
[...]

La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada Ñ] tenía conocimiento que el día sábado 30 de octubre, [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] sería dada de alta. Pero al llegar con [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ], ésta le refirió que no la dejarían salir porque presentaba fiebre. Eran aproximadamente las 4 p.m., cuando acude al área de informes, le indicaron que buscara al médico responsable [...], le preguntó el motivo por el cual su hija no había sido dada de alta, la doctora le respondió de una manera hostil que en un momento la atendería. Cuando la doctora revisó el expediente, le dijo que tenía fiebre, le refirió que era normal, que debía sacarse la leche, al preguntar si era por la leche, la doctora dijo que preguntaría. Sin tener mayor información le dijo que la veía bien, la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada Ñ] preguntó entonces el motivo de la fiebre. [...] la doctora le revisó el vientre [a la persona agraviada Ñ] y manifestó que se sentía bien, pues no estaba inflamado. Al volver a cuestionar el motivo de la fiebre, la doctora refirió que a ella no le habían reportado nada. [...]

El día lunes [...] les informaron que estaba delicada de salud y no sería dada alta, [...] Cuando le hizo saber que deseaba recibir explicación sobre la situación de su hija, la doctora le manifestó que eran muchas pacientes y no la podía atender. [...] para el día martes, acudió a pedir informes con una enfermera, pues [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] seguía con fiebre. Quien la envió a preguntar con una doctora sobre esta situación. Le respondió de la misma manera, que tenía muchas pacientes, intentó explicar que la fiebre la tenía por varios días y la veía mal, le respondió que la destapara y se fue. Después le manifestaron que le harían estudios de orina. Llegando el día siguiente y tenía aún su frasquito, pues nunca pasaron a recogerlo.
[...]

El día 31 en la mañana pasó otra doctora y le hizo la prueba de tacto, le dijo que estaba muy mal, pues tenía mucha fiebre. Y mandó a hacer el ultrasonido de abdomen. Cuando hacen el ultrasonido de abdomen identifican los hematomas y posteriormente le realizaron un ultrasonido vaginal, donde aparece que el dispositivo no estaba bien puesto.



Recomendación 3/2015

Se encontraban varios doctores en ese momento, entre los que recuerda el doctor García, el doctor Stuart, ellos hablaban entre si, sin dirigirse a [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ], mientras ella les escuchaba decir que tenían que hacerle la cirugía, que para empezar el dispositivo estaba mal puesto, que tenía hematomas y la forma de suturar estaban mal. Cuando le dijeron que tenían que operarla, [...] [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] sentía preocupación por dejar a su hijo solo, posteriormente llegó la enfermera para llevarse a su bebé al de alojamiento [...]

Una enfermera comenzó a prepararla para la operación, mientras varios estudiantes le hicieron preguntas, no recuerda qué preguntas eran. Escuchaba a los doctores preguntar quien firmaría la autorización, posteriormente subió su madre y firmó. Después escuchó que ya tenía que ingresar, pero el quirófano estaba ocupado, esperó aproximadamente una hora para pasar a quirófano, mientras [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] sentía desesperación por no estar con su hijo." [...]

En el quirófano, había doctores, doctoras, enfermeras, identificó que un estudiante estaba practicando, y al momento de anestesiarla el estudiante se equivocó, por lo cual lo hizo otro doctor. [...]

Cuando inició el doctor Stuart fue el que le indicó qué es lo que le harían, [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] sólo respondió afirmativamente. [...]

[...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] permaneció consciente durante la intervención, comenzó a escuchar que pedían sangre, posteriormente le pusieron plaquetas, pero le causaron alergia, pues comenzó a sentir comezón y le salieron ronchas, en ese momento le retiraron las plaquetas. Conforme iba pasando el tiempo, comenzó a sentir dolor. Posteriormente el doctor le informó que tenía que retirar la matriz pues su vida estaba en peligro. [...]

Cuando le hicieron la segunda intervención quirúrgica (histerectomía), el doctor le refirió a otra doctora, que había una bolsa de pus debajo de la matriz. [...] Al terminar llegó una enfermera con una hoja que era el pase de alta de su hijo, pues ella sería ingresada a terapia intensiva y no podía cuidarlo. La otra opción era dejarlo en alojamiento y no lo podría ver. Por lo cual su mamá fue quien pasó por el bebé. Saliendo del quirófano ingresó inmediatamente a terapia intensiva.

[...] El esposo de [...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] tuvo que ir a trabajar, la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada Ñ] se quedó al pendiente de los informes. El doctor Stuart le dijo que harían lo posible por salvar la vida de su hija, pues estaba muy grave, pues tenía un saco de pus debajo de su matriz y debían quitársela, solicitando la autorización para realizar la cirugía. La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada Ñ] le manifestó que esa decisión no podía tomarla, pues debía preguntarle a su yerno, el doctor le refiere que la vida de su hija estaba en peligro y no había tiempo para consultarlo." [...]

[...] [Nombre de la persona agraviada Ñ] fue dada de alta, después de 13 días de estar hospitalizada, de los últimos estudios realizados ya no supo los resultados.
[...]

f

Recomendación 3/2015

Conclusión

[...]

Derivado a la valoración psicosocial se pudo observar que la situación emocional de [la persona agraviada Ñ], está estrechamente relacionada con los eventos de violencia obstétrica. Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [la persona agraviada Ñ], están directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja [...].

Durante el parto y posparto [la persona agraviada Ñ] tuvo que enfrentar dos situaciones estresantes de considerable magnitud de manera simultánea, por una parte el alto riesgo de continuar con el proceso de parto vía vaginal pues su bebé presentaba (tamaño pequeño, el cordón umbilical enredado en su cuello, y los bajos latidos de su corazón) y el estado grave que se encontraba [ella]. Le fueron practicadas intervenciones quirúrgicas (cesárea e histerectomía), provocando la imposibilidad de volver a embarazarse y ejercer su maternidad. Siendo situaciones inesperadas, teniendo afectaciones en distintos niveles. A nivel individual afectó su integridad física y psicológica, agudizando su estado emocional; presentando sintomatología asociada a ansiedad y depresión leve presentando de forma significativa episodios irritabilidad, tristeza, llanto, sentimientos de inseguridad y desconfianza se encuentra preocupada por su autoimagen corporal debido a la lesiones derivada a la histerectomía, teniendo una cicatriz en su vientre, generando inseguridad en su aspecto físico, presentando una baja autoestima; alteraciones en sus patrones de sueño, pérdida de peso. A nivel familiar, provocó un desajuste con los miembros de la familia; afectando principalmente su relación de pareja y la manera de vincularse con su hijo.

Ante el evento traumático, presenta pensamientos o recuerdos recurrentes y reacciones físicas o emocionales súbitas sobre el evento traumático, dificultad para concentrarse, problemas de sueño, sensación de sentirse agotada, dolores en el cuerpo, dificultad para poner atención y concentrarse, fallas en su memoria.

[Ella] ha tenido una alteración en su proyecto de vida, tanto en su rol de mujer-esposamadre. Lo anterior provocando efectos negativos, en sus esferas de desenvolvimiento a nivel personal, social, laboral y familiar.

[...]

109. Acta circunstanciada de fecha 26 de marzo de 2014, suscrita por personal adscrito al Departamento de Atención Psicosocial de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

A partir de los hechos relacionados a la violencia obstétrica; el proyecto de vida de la peticionaria-agraviada se alteró, pues ya no podrá tener más hijos, afectando su autoestima, estado emocional presentando episodios de tristeza y enojo aunado de presentar desconfianza ante personal de salud.

Se sensibilizó sobre la necesidad de recibir atención especializada para trabajar el proceso de pérdida, en relación al no poder ser madre, y formar la familia que ella planeaba tener; además de fortalecer su autoestima derivado a que ya no se siente "útil" para su pareja.

[...]

**Caso O. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D0431**

110. Acta circunstanciada de fecha 25 de enero de 2014, suscrita por una visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] El veintidós de enero del año en curso, acudió con su esposa [...] [Nombre de la persona agraviada O] al Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, debido a que su familiar se encontraba embarazada y ya tenía las labores de parto. Tuvo conocimiento que su esposa tenía preclamsia; sin embargo, su familiar dio a luz mediante un parto natural, debido a que así lo realizaron los médicos que le atendieron. Lo anterior, trajo como consecuencia la recién nacida tuviera la presión alta [sic], quedando afectada en un riñón y en un pulmón; además, del pronóstico de tener secuelas graves en su salud. Los médicos no querían brindar informes del estado de salud de la recién nacida, hasta que uno de ellos (se desconocen datos de identificación) le informó que su hija falleció debido a que durante el parto había ingerido excremento; no obstante, otro médico le señaló que había fallecido de un paro respiratorio. Considera que hubo negligencia en todo momento por parte del personal que atendió a su familiar, e incluso, ha sido víctima de malos tratos, debido a que se niegan a emitir el documento de alumbramiento y a entregarle el cuerpo de su hija fallecida hasta el próximo lunes 27 de enero del año en curso, que regresa a laborar personal de trabajo social y el médico pediatra. Por lo que respecta a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada O] quedó internada en el referido nosocomio. [...]

111. Oficio DAJ/SAA/0372/2014 de 30 de enero de 2014 suscrito por el licenciado Darío Castorena Rojí, Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, en el que se informa lo siguiente:

[...] Respecto de los incisos a) y b) adjunta copia del resumen médico del Servicio de Gineco- Obstetricia, en el cual se detalla, la atención proporcionada a la esposa del peticionario, misma que le fue hecha extensiva al propio requirente en su oportunidad, de manera clara, detallada y respetuosa.

Por cuanto hace al inciso c) que nos ocupa, informa que la entrega de certificados de nacimientos se hace directamente a la madre, ya que es necesario que lo firme e imprima su huella del dedo pulgar derecho, de conformidad con el Manual para el llenado de Certificados de Nacimiento; dado el estado de gravedad de la madre del recién nacido, no era posible llevar a cabo el trámite, ya que se encontraba en la unidad de cuidados intensivos.

Asimismo, debido a la importancia del documento, estos se resguardan los fines de semana y días festivos; no obstante, dada la urgencia del caso, el Jefe de Servicio de Neonatología, se trasladó al Hospital General Ticomán la madrugada del sábado 25 de enero de 2014, para llevar a cabo la entrega de dicho certificado de nacimiento, adjuntando copia de la libreta de registro del Servicio de Neonatología de la fecha mencionada, y del certificado de nacimiento; destaca que la entrega de la recién nacida se llevó a cabo el 25 de enero de 2014.



Recomendación 3/2015

En respuesta al inciso d) en cuestión, afirma que en ningún momento se realizó acto alguno que violentara los derechos humanos de las personas involucradas en la presente queja, agregando que el personal del Hospital General Ticomán se conduce con apego a la normatividad aplicable y vigente a este Organismo. [...]

112. Oficio D/401/14 de 10 de marzo de 2014, suscrito el Doctor José Antonio Martínez Estrada, Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, en el que se informa lo siguiente:

[...] 1.- Los registros del hospital tienen enunciada a la paciente a las 16:26 hrs. y fue atendida a las 16:30 hrs y revalorada a las 19:38 [sic].

2.- Las dos ocasiones en las que fue atendida la paciente se le explicó claramente su estado de salud y la evolución de su embarazo

3.- La referencia de la paciente obedece al ausentismo no programado del personal Médico Adscrito de Ginecoobstetricia. Sin embargo, la guardia se cubrió posteriormente por el Jefe de Ginecólogos. [...]

113. Opinión Médica de fecha 27 de julio de 2014, signada por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

DISCUSIÓN DEL CASO

Se trata de [Nombre de la persona agraviada O], de 19 años de edad, quien acude el 27 de diciembre de 2013 a [sic] presenta embarazo de 34 semanas, del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, se menciona tensión arterial de 110/70 mmHg, con frecuencia cardíaca fetal de 140, no hay datos de edema. El 15 de enero de 2014 acude al mismo hospital, se registra tensión arterial de 120/80, refiere comezón en todo el cuerpo, flujo vaginal y dolor pélvico. Los resultados de laboratorio reportan urocultivo con bacteria sensible a ampicilina, se le proporciona el tratamiento. Asimismo, el examen general de orina proteínas [sic] 10 mg/dl.

El 22 de enero de 2014, a las 16:30 horas, acude nuevamente por presentar dolor obstétrico con irradiación a región lumbar, acompañado de expulsión de tapón mucoso, con intensidad 5/10 irregular. Con tensión arterial 120/80 mmHg, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, tacto vaginal con cérvix posterior, con 3 cm de dilatación, 90% de borramiento. Se egresa con el diagnóstico de gesta I con embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación, trabajo de parto en fase latente. Con la indicación de revaloración en 6 horas o antes con datos de alarma. Ese mismo día a las 19:38 horas, se reporta con 3 cm de dilatación, 80% de borramiento, amnios íntegro. Se indica revisión en Hospital de Ticomán en tres horas, ya que no se contará con médico adscrito en ginecología en el turno nocturno.



Recomendación 3/2015

[...] [Nombre de la persona agraviada O] fue atendida en el Hospital General Ticomán el 22 de enero de 2014 a las 20:55, se reporta con motilidad fetal, edema (+), tensión arterial 120/80, se da de alta con la indicación de revaloración.

Ese mismo día fue valorada a las 21:50 horas, en el mismo hospital, se observó con dilatación de 9 cm, con 70% de borramiento, se realiza amniorraxis se observa meconio ++, con tensión arterial de 160/100 mmHg. El médico tratante refiere que la [Nombre de la persona agraviada O] requiere de cesárea y argumenta que la paciente ingresa con tensión arterial de 160/100 mmHg, con embarazo de término, al tacto vaginal con 8 de dilatación y 70% de borramiento, producto en segundo plano, a la ruptura de membranas corioamnióticas con meconio ++ con riesgo de asfixia perinatal y muerte fetal. A las 22: 11 horas el mismo médico agrega una nota en la que menciona que no se cuenta con papel para realizar registro tococardiográfico, así como se solicita sala para realizar cesárea por personal de enfermería informan que no se cuenta con material estéril hasta las 00:00 por lo que se deja paciente a libre evolución de trabajo de parto [sic].

A las 00:16 horas por parto se obtiene recién nacido femenino que pesa 2800 g, talla 49 cm, apgar 3-6-9, Silverman Andersen 2/3, capurro 37 semanas de gestación. Placenta completa con 15% de desprendimiento, meconio +++, producto que no llora y respira al nacer por lo que se toca el timbre al médico adscrito de pediatría en 3 ocasiones.

El mismo día, a las 7:57 horas, [...] [Nombre de la persona agraviada O] presenta en forma súbita sin aura convulsiones tónico clónicas generalizadas, se integra el diagnóstico de eclampsia, con puerperio inmediato, considerando todas las complicaciones que esto conlleva, presentando enzimas hepáticas incrementadas, pasa a terapia intensiva, para control y tratamiento. Se reporta grave.

La recién nacida presenta evolución tórpida y presenta paro cardiorrespiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación avanzadas, dando hora de fallecimiento a las 15:30 del 24 de enero de 2014, con los siguientes diagnósticos: Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio.

[...] [Nombre de la persona agraviada O] fue ingresada a Terapia Intensiva, presentó mejoría y fue dada de alta del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec el día 27 de enero de 2014.

En lo que respecta a determinar si la atención médica brindada por servidores públicos del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec a la agraviada [...], durante su embarazo fue adecuada y conforme a los estándares médicos establecidos, del expediente se extrajo que la paciente acudió en dos ocasiones en trabajo de parto en fase latente, al respecto, Guía de Práctica Clínica [sic] referente a la vigilancia y manejo del trabajo de parto refiere [sic] que es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento. En el caso se registra en las dos valoraciones una dilatación de 3 cm lo cual es considerado como fase latente del trabajo de parto y



Recomendación 3/2015

con tensión arterial dentro de parámetros normales por lo que se en este caso [sic] se considera que la atención médica proporcionada fue adecuada. Sin embargo, **es importante remarcar el hecho de que se hace constar en la nota que no se contará con médico adscrito de ginecología en el turno nocturno. Al tratarse de un hospital Materno Infantil se observa la carencia de recursos para brindar atención médica de urgencia ginecoostétrica** [sic] [No resaltado en el original].

En lo que respecta a determinar si la atención médica brindada por servidores públicos del Hospital General Ticomán a la agraviada [...], fue adecuada y conforme a los estándares médicos establecidos, en el expediente se hace constar que [...] [Nombre de la persona agraviada O] acudió el 22 de enero a las 21:50 horas, a ese hospital en trabajo de parto en fase latente con tensión arterial de 160/100, asimismo se observó líquido amniótico meconial espeso, por lo que el médico tratante determina la necesidad de realizar cesárea por el riesgo de asfixia perinatal y muerte fetal. A las 22:11, el mismo médico refiere que no se cuenta con material estéril por lo que se deja paciente [sic] a libre evolución del trabajo de parto. Al respecto, la literatura médica refiere que en la enfermedad hipertensiva del embarazo el tratamiento consiste en la interrupción inmediata del embarazo mayor a 34 semanas en este caso tenía 37 semanas. Asimismo, señala que la preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo y puerperio con una incidencia aproximada entre el 6 % y 8 % del total de los embarazos y forma parte de la morbilidad materna extrema, la cual se define como una complicación obstétrica severa que amerita intervención médica urgente, para prevenir la muerte materna. Por lo anterior, en este caso se establece que, si bien, **el médico refirió la necesidad de realizar la cesárea, ésta no pudo llevarse a cabo por no haber material estéril, por lo que existió deficiencia de insumos hospitalarios para atender este tipo de urgencias médicas** [No resaltado en el original].

En cuanto a establecer si el fallecimiento del bebé de la agraviada [...] fue consecuencia de una mala atención y/o dilación del personal médico del Hospital General Ticomán, con base en el expediente clínico de la recién nacida en el cual mencionan como causas de fallecimiento hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio, al respecto, la literatura médica refiere que la Hipertensión pulmonar persistente en los neonatos es un síndrome en el que hay una falla respiratoria aguda ocasionada por el aumento sostenido de la resistencia vascular pulmonar. Asimismo, que puede ser causada por la terapia prenatal con ciertos medicamentos, asfixia grave en el síndrome de aspiración de meconio (SAM), neumonía, sepsis, HDC con hipoplasia pulmonar. En lo que respecta a la asfixia perinatal severa, la guía de diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal refiere que dentro de los factores de riesgo que se asocian a este padecimiento se encuentran la hipertensión inducida por el embarazo, líquido amniótico meconial, hemorragia del tercer trimestre, dichos factores se hacen constar que presentó [...] [Nombre de la persona agraviada O].

Por todo lo anterior, **en este caso se concluye que con base en las causas de fallecimiento que se refieren en el expediente clínico de la recién nacida, éstas sí tienen relación con el hecho de no haber interrumpido el embarazo oportunamente, es decir, desde el momento en que se determinó que la**



paciente presentaba hipertensión inducida por el embarazo y líquido amniótico meconial. [No resaltado en el original].

[...]

Por lo anterior, se determinará cómo el retraso en la interrupción del embarazo contribuyó al fallecimiento de la recién nacida, al respecto, diversos estudios han señalado que las tasas de morbilidad perinatal secundarias a eclampsia, son en gran parte debidas a la edad gestacional y la condición materna; los riesgos primarios del feto son: la hipoxia por insuficiencia placentaria y secundaria, a las convulsiones maternas, el desprendimiento placentario, y las complicaciones de la prematuridad debidas a la interrupción en edades gestacionales precoces.

En este caso, es posible que la hipertensión inducida por el embarazo y el probable desprendimiento de placenta fueran factores predisponentes de la hipoxia fetal lo que a su vez provoca la estimulación del peristaltismo intestinal y la relajación del esfínter anal fetal. La hipoxia a su vez estimula también la respiración fetal. El síndrome de aspiración de meconio causa anomalías pulmonares por obstrucción aguda de la vía aérea, la disminución de la distensibilidad pulmonar y al daño del parénquima pulmonar, lo que conlleva a atrapamiento aéreo, atelectasias, neumotórax, hipoxemia, acidosis e hipertensión pulmonar persistente [...].

CONCLUSIONES

La atención proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada O] por médicos del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec fue adecuada por el trabajo de parto en fase latente que presentaba. Sin embargo, la paciente fue referida al Hospital General Ticomán al no contar con médicos especialistas en ginecoobstetricia en el turno nocturno.

No se observó mala práctica por parte del médico tratante ya que él determina oportunamente que [...] [Nombre de la persona agraviada O] requería de cesárea, sin embargo, ésta no se llevó a cabo por falta de material estéril lo cual denota deficiencia de insumos del Hospital General Ticomán.

Con base en el expediente clínico, el fallecimiento de la recién nacida [...] sí tiene relación con el retraso de la interrupción del embarazo por más de dos horas secundario a falta de insumos del Hospital General Ticomán.

El retraso en la interrupción del embarazo contribuyó a la hipoxia fetal, síndrome de aspiración de meconio, obstrucción mecánica, neumonitis química e infecciosa, ventilación deficiente, hipoxemia, acidosis, hipertensión pulmonar persistente y fallecimiento de la recién nacida.

[...]



Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D1108

114. Acta circunstanciada de fecha 5 de marzo de 2014, suscrita por una visitadora adjunta a esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

1.- El 27 y 28 de febrero de 2014 su nuera [Nombre de la persona agraviada P], presentó molestias debido a su embarazo.

2.- El 1 de marzo, sábado por la mañana, debido a que las molestias persistieron la llevó al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde les informaron que él bebe no estaba en posición. La mandaron a caminar porque tenía 4 de dilatación.

3.- Sábado en la noche regresaron, pero no le dieron la atención bajo el argumento de que le faltaba tiempo.

4.- El domingo en la mañana la recibieron y el médico le indicó que guardara reposo porque presentaba peligro de aborto.

5.- El domingo en la tarde la vuelve a llevar al Hospital y pide la atiendan para que le aclararan si su nuera tenía que guardar reposo o tenía que caminar, ya que los médicos se contradecían con las indicaciones.

6. - Actualmente su nuera está en su casa guardando reposo.

7.- Respecto a los hechos por los cuales presentó la queja, considera fueron atendidos, pero solicita que adicionalmente se pida a las autoridades del Hospital que brinden un mejor servicio a las personas embarazadas y a sus familiares, más a los que al igual que ella, presentan una discapacidad, ella usa bastón para poderse mover, por lo que se le hacía muy pesado estar acudiendo a cada rato al hospital sin que les brindaran atención a su nuera. También está en desacuerdo en la forma en la que el policía de la puerta atiende a los usuarios, ya que es prepotente y grosero.

8.- A su nuera le practicaron un ultrasonido y observaron que él bebe estaba bien, le dieron cita abierta para que acudiera en caso de que empezaran más fuertes las contracciones. [...]



115. Nota médica inicial de urgencias de fecha 7 de marzo de 2014, suscrita por una médica adscrita al Hospital Materno Infantil Inguarán, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:



NOTA MEDICA INICIAL DE URGENCIAS

NOM-004-SSA3-2012

EXPEDIENTE

UNIDAD MEDICA	CLAVE	FOLIO GRATUIDAD
HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN	124 - 11 - 009	FOLIO
FECHA DIA 7 MES 03 AÑO 2014	HORA DE REGISTRO	HR 22 MIN 28
NOMBRE	SEXO M X	EDAD 21
DOMICILIO		
DELEGACION		

SIGNOS VITALES		
TA	130/80	mmHg
FC	92	/min
FR	32.8	r/min
TEMP	37.1	°C
PESO	61.500	Kg
TALLA	1.60	cm

zidm
 Femenina 21 años 6'1" 56 kg. Inmun desde lactancia con dolo.
 Ausc. por dolor cefálico y sensación de pajo
 Reiz. Momentos Feliz. Demandas desde las 15:00h
 Explota de moco. NO Uteroporo Capri ados

- ANF Línea Pulsa DMZ / HASE
- DRAP. AT, Cefalo
- APP. NO G. Frecal NO oculo NO tumbos NO Quemas
- G. Mucosa N. Cefalo Pajitas 6'1" Fem 28-06-13
 Oculos 2 1/2 3500g
- Ud. 20-11-13 2500g fupitab 3700g
- Cerebro truncl Oculocul. stable. Nictal. G. B. sin capras
- Absor. Grand. F. J. J. **FEINO SE AUSCULTA FRECUENCIA**
- T. V. 10cm dilatación II pu. Nictal. Amos. Integ. **FETAL**
 p. G. B. se recibe Pulso no se oculo Frecaseni
- pu. Rev. a Explota. NO cambios con Pulso F. no lactans
 NI Servicio de Laboratorio
- G. B. 3800g
- Explota. p. B. Oculo.
- Se da Insite a Espas

GIMSA
 D. M. P. P. P. P.



116. Autorización informada para la práctica de un parto vaginal de fecha 7 de marzo de 2014, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:



SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN

Autorización informada para la práctica de un parto vaginal.

No firme este formulario hasta que haya leído y comprendido completamente lo siguiente.

Nombre de la paciente: _____ fecha: 07/03/14

Exposición: Embarazo 36 SDB + Expulsivo + Obeto

1. La naturaleza del procedimiento es el nacimiento de un niño (o una niña) a través del conducto del parto, con la posible ayuda de un personal médico y/o de un personal no médico para facilitar la salida de vagina por medio de un estímulo externo (sugato y/o fórceps) con el propósito de un nacimiento de menor duración y dolor.

2.- riesgos de este procedimiento:

- a).- infección de la zona involucrada (vagina, vulva, periné).
- b).- pérdida sanguínea (hemorragia) uterina y/o del sitio de corte, que requiere transfusión o realización de histerectomía (quitar la matriz).
- c).- traumatismo o lesión del conducto del parto (vagina, vulva, periné).
- d).- traumatismo o lesión de órganos vecinos (recto, vejiga y otras estructuras pélvicas o abdominales).
- e).- posible formación de coágulos.
- f).- posible daño o lesión al recién nacido.
- g).- posible formación de fístula (apertura) entre intestino, vejiga, vagina con la piel) causada por lesión o traumatismo a dichos órganos.
- h).- posible necesidad de cirugía urgente como cesárea u otro tipo de cirugía.
- i).- posible embolización (coágulos de sangre u otro material) que pueden viajar a otras partes del cuerpo).
- j).- posible reacción alérgica a medicamentos y/o anestésicos.
- k).- posible mala depuración del sitio de corte.
- l).- posible pérdida de la función temporal o total de alguna extremidad o región anestésica.

3.- La posibilidad de éxito de este procedimiento es: ALTA REGULAR BAJA

Entiendo que médico, personal médico y paramédico, se basarán en la información proporcionada por la paciente y en su historia clínica, para determinar el procedimiento a practicar, o el curso del tratamiento según la condición de la paciente.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se puede garantizar o asegurar resultados de éxito o cualquier procedimiento, y que el parto es un proceso dinámico y que constantemente tiene cambios que puede ser necesario practicar procedimientos adicionales, los cuales son imprevistos al momento de firmar este consentimiento.

Por lo tanto autorizo con total conocimiento al personal médico y paramédico a tomar las decisiones concernientes a la atención del parto, así como realizar los estudios diagnósticos (ultrasonido, Rayos X) y terapéuticos relacionados con el parto.

Para firmar este consentimiento he leído y comprendido la información proporcionada por el personal del hospital y que he tenido la oportunidad de resolver mis dudas y estas:

me han explicado mis riesgos, con y por lo tanto autorizo al Dr. _____ al médico designado para su supervisión ejecutar los procedimientos descritos anteriormente.

Nombre y firma de responsable o familiar

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del médico



117. Nota médica de urgencias de fecha 7 de marzo de 2014, suscrita por el Doctor Roberto Marquez, adscrito al Hospital Materno Infantil Inguarán, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:



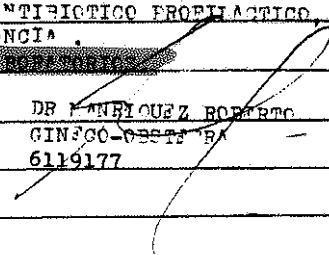
SECRETARIA DE SALUD

Notas Médicas

UNIDAD MEDICA INGUARAN

CLAVE

ECM-4

NOMBRE	FX PUISTON	N° EXP.	11111
SERVICIO		CAMA	
FECHA Y HORA	NOTAS		
07-03-14	NOTA POSTPARTO		
22:58hrs	PASA PACIENTE A EXPUSION SE REALIZA ASPIRIA Y ANTISEPSIA, SONDO VERRICAL, COAGULACION DE CAMPOS ESTERILES AMNIOTOMIA CON LIQUIDO MECONIAL TURBIO DE ASPECTO ANTIGUO		
TA 100/60	BAJO MANIOBRA DE BITGEN MODIFICADO SE OBTIENE PRODUCTO CEFALICO CON DOBLE CIRCULAR DE CORDON A CUSILO APRETADA		
FC 90	ATONICO, NO FLORO NI RESPIRO ALNACER, SE PINZA Y CORTA CORDON Y PASA A PEDIATRIA, ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO		
FR 20	LIMPISZADIGITOTEXTEL, CANAL VAGINAL INTEGRO, LACERACION LABIO MENOR IZQUIERDO NO SANGRADO ACTIVO, SE REALIZA ASRO		
T: sin termómetro	SE DAPOR TERMINADO PROCEDIMIENTO. SE PASA A PEDIATRA DE VIRUEGA QUIEN NOS OTORGA LOS DATOS		
	HORA DE EXTRACCION 22:49hrs MASCULINO PESO 2600 gr CAPIRRO 36, DOBLE CIRCULAR DE CORDON A CUSILO APRETADA? MECONIO TURBIO DE ASPECTO ANTIGUO, PRESENCIA DE LIVIDECES Y EDEMA POR DEGLIVE, ORIENTANDONOS A HORAS DE APROXIMADO 4 a 6 DE CUERPO ESTABILIZADO PIACENTA ADRECIATIVAMENTE NORMAL		
	LACERACION LABIO MENOR IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO TONO UTERINO NORMAL		
	SANGRADO APROXIMADO 150cc		
	PRONOSTICO RESERVADO		
	SE INFORMA A PACIENTE Y FAMILIAR		
	PLAN: ANALGESICO ANTIBIOTICO PROBIOTICO, HIDRATACION OXITOXICOS Y VIGILANCIA		
	 DR MARQUEZ ROBERTO GINECO-OBSTETRA 6119177		



118. Dictamen de Muerte Perinatal sin fecha, suscrito por médicos adscritos al Hospital Materno Infantil Inguarán, el cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

DICTAMEN DE LA MUERTE PERINATAL

NOTA: DE UNA RESPUESTA O MAS RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS Y CUANDO CONSIDERE NECESARIO ESCRIBA EN HOJAS ANEXAS, POR FAVOR SEÑALE CUANDO ESTO OCURRA.

14. CLASIFICACION DEL DECESO.

14.1. MUERTE FETAL INTERMEDIA (Producto de 20 a 27 semanas de gestación): CAUSA [] CODIGO X C.I.E. []

14.2. MUERTE FETAL TARDIA (Producto de más de 28 semanas de gestación): CAUSA [] CODIGO X C.I.E. []

14.4. MUERTE NEONATAL TEMPRANA (1 a 7 días de nacido): CAUSA [] CODIGO X C.I.E. []

14.5. MUERTE NEONATAL TARDIA (7 a 28 días de nacido): CAUSA [] CODIGO X C.I.E. []

15. FACTORES CONDICIONANTES MATERNOS.

Table with 2 columns: Factor (e.g., 15.1.1. SANGRADO I, II o III TRIMESTRE) and Response (checkboxes). Includes sub-sections 15.1. DEL EMBARAZO and 15.2. DEL PARTO.

Table with 2 columns: Factor (e.g., 15.2.1. HEMORRAGIA) and Response (checkboxes). Includes sub-section 15.2. DEL PARTO.

Table with 2 columns: Factor (e.g., 15.3.1. PREMATUREZ) and Response (checkboxes). Includes sub-section 15.3. DEL FETO O NEONATO.

16. FACTORES PARTICIPANTES.

16.1 PROCESO DE ATENCION MEDICA:

16.1.1. DIAGNOSTICO CLINICO: (COMPARATIVO DEL DIAGNOSTICO MEDICO, RESPECTO DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO O EN SU CASO, RESPECTO DEL DIAGNOSTICO MEDICO FINAL).

16.1.2. OPORTUNIDAD DEL DIAGNOSTICO CLINICO: (AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO FINAL HABIA TRANSCURRIDO UN TIEMPO MINIMO RAZONABLE DEL INGRESO DE LA PACIENTE).

16.1.3. CONFIRMACION DIAGNOSTICA: (SE SOLICITARON LOS EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE NECESARIOS PARA REALIZAR UNA RATIFICACION O RECTIFICACION DEL DIAGNOSTICO INICIAL).

16.1.4. OPORTUNIDAD EN LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA: (AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL TRANSCURRIO UN TIEMPO MINIMO RAZONABLE PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO FINAL).

16.1.5. CRITERIO TERAPEUTICO.

16.1.5.1. TRATAMIENTO INSTALADO ACORDE AL DIAGNOSTICO FINAL:

16.1.5.2. TRATAMIENTO INSTALADO EN TIEMPO NECESARIO PARA EL DIAGNOSTICO FINAL:

16.1.6. SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA.

16.1.6.1. REGISTRO DE DATOS EN SALAS DE LABOR, DE EXPULSION Y DE RECUPERACION (EVOLUCION, MEDICAMENTOS, SOLUCIONES, CUIDADOS Y OBSERVACIONES Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES):

16.1.6.2. IDENTIFICACION Y NOTIFICACION DE COMPLICACIONES POR ENFERMERIA:

16.1.7. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO MEDICO (REGISTRO EN EL EXPEDIENTE CLINICO):

16.1.8. ATENCION DE LAS COMPLICACIONES POR EL MEDICO:

16.1.9. SOLICITUD MEDICA DE INTERCONSULTA O DE UN MEDICO DE MAYOR JERARQUIA:

Handwritten note: Por no existir evidencia de... (partially obscured)



Recomendación 3/2015

16.2. INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCION.

16.2.1. INSTALACIONES DE SERVICIOS INTERMEDIOS:

16.2.1.1. QUIROFANOS:	16.2.1.2. LABORATORIO:
16.2.1.1.1. ADECUADA	16.2.1.2.1. ADECUADA
16.2.1.1.2. INADECUADA	16.2.1.2.2. INADECUADA
16.2.1.1.3. NO EXISTE	16.2.1.2.3. NO EXISTE
16.2.1.3. BANCO DE SANGRE: <i>Se cuenta con servicio de transfusión sanguínea</i>	16.2.1.4. C. E. V. E.
16.2.1.3.1. ADECUADA	16.2.1.4.1. ADECUADA
16.2.1.3.2. INADECUADA	16.2.1.4.2. INADECUADA
16.2.1.3.3. NO EXISTE	16.2.1.4.3. NO EXISTE
16.2.1.5. RADIOLOGIA E IMAGEN:	16.2.1.6. ANESTESIOLOGIA:
16.2.1.5.1. ADECUADA	16.2.1.6.1. ADECUADA
16.2.1.5.2. INADECUADA	16.2.1.6.2. INADECUADA
16.2.1.5.3. NO EXISTE	16.2.1.6.3. NO EXISTE

16.2.2. EQUIPO E INSTRUMENTAL.

16.2.2.1. PARTO NORMAL:	16.2.2.2. FORCEPS:	NA
16.2.2.1.1. DISPONIBLE	16.2.2.2.1. DISPONIBLE	
16.2.2.1.2. NO DISPONIBLE	16.2.2.2.2. NO DISPONIBLE	
16.2.2.1.3. COMPLETO	16.2.2.2.3. COMPLETO	
16.2.2.1.4. INCOMPLETO	16.2.2.2.4. INCOMPLETO	
16.2.2.3. CESAREA: NA	16.2.2.4. ANESTESIOLOGIA:	NA
16.2.2.3.1. DISPONIBLE	16.2.2.4.1. DISPONIBLE	
16.2.2.3.2. NO DISPONIBLE	16.2.2.4.2. NO DISPONIBLE	
16.2.2.3.3. COMPLETO	16.2.2.4.3. COMPLETO	
16.2.2.3.4. INCOMPLETO	16.2.2.4.4. INCOMPLETO	
16.2.2.5. PATOLOGIA: NA	16.2.2.6. RESUCITACION:	NA
16.2.2.5.1. DISPONIBLE	16.2.2.6.1. DISPONIBLE	
16.2.2.5.2. NO DISPONIBLE	16.2.2.6.2. NO DISPONIBLE	
16.2.2.5.3. COMPLETO	16.2.2.6.3. COMPLETO	
16.2.2.5.4. INCOMPLETO	16.2.2.6.4. INCOMPLETO	

16.2.3. NUMERO Y NIVEL DE CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE INTERVINIERON EN LA ATENCION DE LA PACIENTE.

RECURSO HUMANO	NUMERO	CALIDAD			
		(E)	(C)	(M)	(D)
16.3.1. PASANTE					
16.3.2. RESIDENTE					
16.3.3. OBSTETRA	3				
16.3.4. ADSCRITO EN OBSTETRICIA	3				
16.3.5. ANESTESIOLOGO					
16.3.6. LABORATORISTA					
16.3.7. RADIOLOGOS					
16.3.8. INTENSIVISTAS					
16.3.9. PATOLOGOS					
16.3.10. ENFERMERAS	4				
16.3.11. OTRO <i>almonajalista</i>					

INSTRUCCIONES:
CALIFICAR COMO EXCELENTE (E), CALIFICADO (C), MEDIO (M) o DEFICIENTE (D) DE ACUERDO AL DESEMPEÑO DE CADA RECURSO, SOLAMENTE EN RELACION AL CASO EN ESTUDIO.

16.3 INSUMOS.

16.3.1. MATERIALES:	16.3.2. MEDICAMENTOS:
16.3.1.1. SUFICIENTE	16.3.2.1. SUFICIENTE
16.3.1.2. INSUFICIENTE	16.3.2.2. INSUFICIENTE
16.3.3. SANGRE Y DERIVADOS: NA	16.3.4. ROPERIA:
16.3.3.1. SUFICIENTE	16.3.4.1. SUFICIENTE
16.3.3.2. INSUFICIENTE	16.3.4.2. INSUFICIENTE
16.3.5. ANESTESICOS: NA	16.3.5.2. INSUFICIENTE
16.3.5.1. SUFICIENTE	

16.4. OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA POR LA USUARIA.

16.4.1. ATENCION PRENATAL:	16.4.1.2. NO
16.4.1.1. SI	16.4.1.4. IRREGULAR
16.4.1.3. REGULAR	
16.4.1.5. SE DESCONOCE	
16.4.2. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES: <i>En Centro de Salud</i>	16.4.2.2. TRES A CINCO
16.4.2.1. UNA A DOS	16.4.2.4. SE DESCONOCE
16.4.2.3. MAS DE CINCO	
16.4.3. TRIMESTRE EN QUE INICIO EL CONTROL:	16.4.3.2. SEGUNDO
16.4.3.1. PRIMERO	16.4.3.4. SE DESCONOCE
16.4.3.3. TERCERO	

16.4.4. FECHA Y HORA EN QUE DEMANDO ATENCION EN ESTA UNIDAD:

16.4.5. SOLICITO ATENCION:	16.4.5.2. SIN TRABAJO DE PARTO
16.4.5.1. EN TRABAJO DE PARTO	16.4.5.4. POR PARTO FORTUITO
16.4.5.3. POR COMPLICACIONES DEL PARTO	16.4.5.5. POR OTRO MOTIVO

16.5. ATENCION EN LA UNIDAD.

16.5.1. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCION DEL EVENTO:	16.5.1.2. DE 1 A MENOS DE 4 HORAS
16.5.1.1. INMEDIATO	16.5.1.4. DE 6 A 12 HORAS
16.5.1.3. DE 4 A MENOS DE 6 HORAS	
16.5.1.5. MAS DE 12 HORAS	
16.5.2. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD Y EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO INICIAL: <i>(en ambos)</i>	16.5.2.2. DE 1 A MENOS DE 4 HORAS
16.5.2.1. INMEDIATO	16.5.2.4. DE 6 A 12 HORAS
16.5.2.3. DE 4 A MENOS DE 6 HORAS	
16.5.2.5. MAS DE 12 HORAS	
16.5.3. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD Y EL ESTABLECIMIENTO DEL TRATAMIENTO:	16.5.3.2. DE 1 A MENOS DE 4 HORAS
16.5.3.1. INMEDIATO	16.5.3.4. DE 6 A 12 HORAS
16.5.3.3. DE 4 A MENOS DE 6 HORAS	
16.5.3.5. MAS DE 12 HORAS	

17. PREVISIBILIDAD.

17.1. MUERTE PREVISIBLE POR DIAGNOSTICO:	17.1.2. NO
17.1.1. SI	
17.2. MUERTE EVITABLE PARA EL HOSPITAL:	17.2.2. NO
17.2.1. SI	

18. RECOMENDACIONES DE ASPECTOS QUE DEBEN SER SUPERADOS POR LA UNIDAD:
La apertura del area recomendada, ya que cabe mencionar que debido a una remodelación del area de recepción y atención se requirieron más enfermeras en áreas adaptadas en hospitalización lo que genero una mayor resistencia de parte de familiares con lo paciente con la finalidad de otorgar seguridad de



119. Acta circunstanciada de fecha 8 de marzo de 2014, suscrita por una visitadora adjunta a esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] El pasado 6 de marzo, su nuera [...] [Nombre de la persona agraviada P], acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán, pu[é]sto que estaba embarazada y presentaba contracciones; sin embargo, un policía y un médico de quienes desconoce datos de identificación le negaron el acceso y la atención médica. A las 20:00 horas del día siguiente (7 de marzo del año en cursos), su nuera ingresó al referido Hospital y más tarde le informaron que su bebe tenía cinco horas de haber muerto dentro de su útero. Hasta las 11:00 horas del día de la fecha, personal de ese Hospital no le ha permitido ver a la [...] [nombre de persona agraviada P] y se niegan a darle información respecto de su estado de salud.

[...]

120. Oficio No. 109 de fecha 10 de marzo de 2014, suscrito por el Doctor Martín Viveros Alcaráz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, mediante el cual que se informa lo siguiente:

[...] LE INFORMO DE QUE EL HECHO DE QUE LOS PACIENTES EJERZAN SUS DERECHOS [SIC] ANTE CUALQUIER INSTANCIA NO IMPLICA QUE ÉSTE RECIBA MALOS TRATOS NI ACTOS INDEBIDOS. SE BRINDARÁN LOS SERVICIOS QUE CONSTITUCIONALMENTE TENEMOS ENCOMENDADOS CON LEGALIDAD, HONRADEZ, LEALTAD, IMPARCIALIDAD, PROFESIONALISMO Y MÁXIMA DILIGENCIA.

[...] EL DÍA 6 DE MARZO EN QUE LA PETICIONARIA REFIERE QUE ACUDIÓ AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARÁN, SE REVISAN LAS LIBRETAS DE REGISTRO DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y LA DE ADMISIÓN SIN EXISTIR EVIDENCIA DEL REGISTRO DE LA PACIENTE, EN DONDE SE CORROBORA QUE EL SERVICIO DE URGENCIAS BRIND[Ó] SERVICIO A LAS USUARIAS QUE LO SOLICITARON [SIC] [...]

EL DÍA 7 DE MARZO LA PACIENTE INGRESA AL SERVICIO DE ADMISIÓN A LAS 22:28, RECIBE ATENCIÓN MÉDICA A LAS 22:30 CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO DE 36 SEMANAS, ÓBITO FETAL, EN PERÍODO EXPILSIVO DE TRABAJO DE PARTO. OBTENIÉNDOSE PRODUCTO ÓBITO CON DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN AL CUELLO APRETADA DEL SEXO MASCULINO A LAS 22:49.

[...]

LA INFORMACIÓN SE LES HA PROPORCIONADO DESDE EL MOMENTO EN QUE INGRESA LA PACIENTE EN LA NOTA DE URGENCIAS HAY UNA NOTA [SIC] "ME DIERON INFORMES CON UNA FIRMA ILEGIBLE [SIC]" EL DÍA 8 DE MARZO POR LA MAÑANA SE SOLICITA EL ALTA VOLUNTARIA DE LA PACIENTE Y SE LE DAN INFORMES A LA PETICIONARIA.

[...] AL SER UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL TODA PERSONA QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN DEBE DE ESTAR PLENAMENTE IDENTIFICADA, EN LA PUERTA DE LA UNIDAD SE EXHIBE UN CARTEL DONDE SE MENCIONAN LOS DOCUMENTOS QUE LOS ACREDITAN EN CASO DE NO TENER CREDENCIAL DE ELECTOR.



Secretaría de Salud del Distrito Federal
HOSPITAL MADERO INFANTIL INGUARAN

PARA LA ACCESO A ESTA UNIDAD HOSPITALARIA

- CREDENCIAL DE ELECTOR ORIGINAL
- CERTIFICADO DE SECUNDARIA CON FOTOGRAFIA
- CEDULA PROFESIONAL
- PASAPORTE
- CARTILLA

**PERSONA QUE NO MUESTRE ALGUNA DE ESTA
DOCUMENTACION NO PODRA ACCESAR AL
HOSPITAL**

**ATENTAMENTE
DIRECCION**



Mano de Madero
SECRETARIA DE SALUD DEL D.F.
HOSPITAL MADERO INFANTIL INGUARAN

Estado No. 307 Col. Felipe Ángeles C.P. 15310
Delegación Venustiano Carranza Tel. 57-95-67-64, 57-95-63-81

SECRETARIA DE SALUD DEL D.F.
Hospital Madero Infantil
INGUARAN
salud.df.gob.mx

121. Opinión médica de fecha 26 de febrero de 2015 suscrita por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Recomendación 3/2015

ANÁLISIS DEL CASO

Se trata de [...] [Nombre de la persona agraviada P] de 21 años de edad, quien acude al Hospital Materno Infantil Inguarán el 22 de febrero de 2014 por presentar embarazo, [...] y dolor de tipo cólico desde del día ese día [sic] a las 16:00 horas y aumento de la actividad uterina. Se observa frecuencia cardíaca fetal normal, al tacto vaginal cérvix posterior blando, con 3 cm de dilatación y 40% de borramiento. Impresión diagnóstica: embarazo de 36 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente. Plan: cita abierta a urgencias.

El día 23 de febrero de 2014 a las 13:10 horas acude nuevamente por dolor obstétrico. Al tacto vaginal cérvix 2 cm, sin borramiento. Impresión diagnóstica: embarazo de 34 semanas. Amenaza de parto pretérmino. Plan: reposo. Dactil OB, cápsulas 1x3 vía oral. Ultrasonido. Regresa el mismo día a las 23:30 horas y se reporta al tacto vaginal cérvix posterior con 3 cm de dilatación, borrado 50%. Se indica hospitalización para administración de útero inhibidores y maduradores pulmonares. En el expediente no se hace constar cuántos días estuvo hospitalizada ni el tratamiento proporcionado en ese periodo ni el día en que fue dada de alta.

La paciente regresa el 7 de marzo de 2014 a las 22:28 horas, refiere disminución de los movimientos fetales desde las 15 horas. Al tacto vaginal con 10 cm de dilatación, en el plano de Hodge, no se observa frecuencia cardíaca fetal. A las 22:49 horas se obtiene producto cefálico con doble circular de cordón a cuello apretada, atónico, no lloró ni respiró al nacer, con presencia de livideces y edema por declive, por lo que se deduce que la muerte ocurrió entre 4 a 6 horas antes del nacimiento. La paciente egresa por mejoría el 8 de marzo de 2014.

En relación con el planteamiento del problema en el que se requiere determinar si la atención médica proporcionada fue la adecuada, respecto a la atención ofrecida el 22 y 23 de febrero de 2014, llama la atención el hecho de que en ambas consultas la examinada refirió una fecha de última menstruación [...]. Sin embargo, en su primera consulta se determina una edad gestacional de 36 semanas (pretérmino) y se deja evolucionar el trabajo de parto y en la segunda consulta se determina la edad gestacional de 34 semanas y se considera amenaza de parto pretérmino y se indican útero inhibidores y reposo. Hasta la tercera consulta se hospitaliza, sin embargo, no se hace constar los días en que estuvo hospitalizada ni el tratamiento médico que le administraron ni la nota de alta.

Al respecto la literatura médica refiere que la edad gestacional es el tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual, tiempo que en realidad precede a la concepción. En el caso que nos ocupa si contamos las semanas o con un gestograma y con base en la fecha de última menstruación [...] se obtiene que [...] [Nombre de la persona agraviada P] tenía un embarazo de 34 semanas. Al respecto, la Guía de Referencia Rápida para el Diagnóstico y el Manejo del Parto Pretérmino define como parto pretérmino aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida. Asimismo, las guías refieren que el manejo tradicionalmente se ha dividido en: medidas generales, uso de esteroides, tocolíticos y antibióticos. Si bien, el Dictamen del Comité de Estudios de Mortalidad Materna y Perinatal refiere que la paciente fue hospitalizada el 22 de febrero y se le ofreció tratamiento con útero inhibidores y esquema de maduración pulmonar, en las notas médicas se hace constar que la paciente fue egresada y regresó a valoración el 23 de febrero en dos ocasiones.



Recomendación 3/2015

Por todo lo anterior y con base en las notas médicas que me fueron proporcionadas se establece que se observó un diagnóstico erróneo ya que la paciente no tenía 36 semanas de embarazo sino 34 y no se ofreció tratamiento para trabajo de parto pretérmino que presentaba y fue egresada a su domicilio con cita abierta a urgencias. Tampoco fue citada para revaloración médica.

En lo que respecta a determinar si existe un nexo causal entre la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada P] y la muerte fetal que presentó, en el expediente clínico que me fue proporcionado se hace constar que la paciente presentó disminución de la frecuencia cardíaca fetal desde las tres de la tarde por lo que acudió a valoración médica. Asimismo, que al ser valorada se [sic] no se detectó frecuencia cardíaca fetal lo cual fue confirmado por ultrasonografía. Se extrajo producto a las 22:49 horas, en presentación cefálica con doble circular de cordón a cuello apretada, atónico, no lloró ni respiró al nacer, con presencia de livideces y edema por declive, por lo que se deduce que la muerte ocurrió entre 4 a 6 horas antes del nacimiento. Al respecto, la literatura médica refiere la doble circular de cordón como una variable asociada a la mortalidad fetal.

En conclusión en este caso no es posible establecer un nexo causal entre la muerte fetal y la inadecuada atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada P].

Asimismo, se observó que el expediente que me fue proporcionado está incompleto ya que no contiene las notas médicas correspondientes al [sic] los días 21 y 23 de febrero de 2014 por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en su numeral 7.

Todo lo anterior, aunado a lo señalado en las referencias bibliográficas, y a los planteamientos del problema se llegan a las siguientes:

CONCLUSIONES

La atención médica proporcionada por el Hospital Materno Infantil Inguarán a [...] [Nombre de la persona agraviada P] por la amenaza de parto pretérmino que presentó el 22 de febrero de 2014 no fue adecuada.

No es posible establecer un nexo causal entre el óbito fetal y la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada P].

Se hace constar que el día 7 de marzo de 2014 el hospital Materno Infantil Inguarán no contó con laboratorios.

El expediente clínico que me fue proporcionado no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en su numeral 7 ya que se observó incompleto.

El Dictamen del Comité de Estudios de Mortalidad Materna y Perinatal que se emitió en este caso no coincide con lo que se hace constar en las notas médicas de la atención proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada P].

**Caso Q. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D5848**

122. Acta circunstanciada de fecha 11 de septiembre de 2014, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...] Tengo 17 años de edad, soy estudiante. El 12 de agosto de 2014, acudí al área de urgencia del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ubicado en calle Emiliano Zapata número 17, Col. Cuauhtémoc Barrio Bajo, Delegación Gustavo A. Madero, debido a que tenía 40 semanas de embarazo y fuertes dolores abdominales, en dicho nosocomio fui atendida por el doctor Héctor Abraham Rojina López con cédula profesional 7773824, quien me valoró, revisó los signos vitales de mi producto y me indicó que los dolores se debía a que tenía una infección en las vías urinarias y me recetó óvulos de Nitrofurantoína de 100 mg. Los días 14 y 15 de agosto de 2014, acudí al hospital debido a que los dolores continuaban, donde nuevamente mi bebé y yo fuimos valorados. En todas las valoraciones médicas me hicieron firmar una hoja en la cual precisara que me habían revisado los movimientos del bebé, cabe señalar que el 15 de agosto, los médicos me indicaron que tenía 2 cm de dilatación. La madrugada de 17 de agosto del presente año, nuevamente acudí al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, debido a los dolores que presentaba y la doctora que me revisó me indicó que aún faltaba para que iniciara la labor de parto, ya que mi cuello aún no se dilataba y me dijo que regresara a mi domicilio: El 18 de agosto de 2014, a las 20:00 horas ingresé al área de urgencias del citado nosocomio debido a que continuaba con los dolores abdominales y mi vientre estaba duro, los médicos que me atendieron me valoraron y revisaron a mi producto, y no escucharon su corazón por ello me realizaron un ultrasonido de emergencia, durante el cual se pudo escuchar que los latidos del corazón de mi bebé eran lentos y se percataron cuando dejó de latir, los médicos estuvieron esperando durante 20 minutos con el aparato de ultrasonido para ver si el corazón de mi hijo volvía a latir, sin hacerlo y me confirmaron que había fallecido, en ese momento comenzaron a regañarme porque no había acudido al hospital para checar me culpándome de la muerte de mi bebé; a mi mamá [...] le dieron a firmar una hoja en la cual se indicaba que se me realizaría una cesárea para sacar al bebé y me suministraron un medicamento para que el producto se hiciera más pequeño, y para que comenzara el trabajo de parto para que el producto saliera de forma natural y fue hasta el 19 de agosto a las 19:00 horas cuando di a luz a mi bebé no nato. La mañana de 20 de agosto de 2014, fui revisada por los médicos, quienes me sacaron una gasa que habían dejado dentro de mi vagina, cabe señalar que durante mi estancia en dicho nosocomio fui valorada por muchos médicos que están realizando sus prácticas los cuales no me brindaron la atención médica adecuada ya que no me suministraron los medicamentos a la hora indicada por estar atendiendo sus asuntos personales. El 22 de agosto, fui dada de alta el personal médico que le entrego el alta a mi madre [sic], le pidió que firmara la hoja de alta con la leyenda -recibo a mi hija en buen estado- y una vez que firmó se le indicó que yo estaba delicada. Finalmente se extendió el certificado de muerte fetal para realizar los trámites correspondientes para sepultar mi bebé no nato. Ya en casa al estar revisando la caja de los óvulos que inicialmente me recetaron tiene la indicación de no suministrarse durante el embarazo. [...]



123. Oficio D/1768/2014 de fecha 3 de noviembre de 2014, suscrito por el Doctor Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtpec, el cual contiene lo siguiente:

[...]

Resumen Clínico

12-08-14 13:15 horas urgencias: 17 años de edad promigesta con embarazo de 38 Giordanos positivos bilaterales. Diagnóstico: embarazo de 38.6 SDG más infección de vías urinarias. Tratada con nitrofurantoina tabletas 100mg una cada 8 hrs por 10 días y nistatina óvulos una cada 24 horas por cinco días. La paciente firma [sic] de haber recibido atención y escuchado a su bebé.

15-08-14 11:15 horas SV TA 124/61, FC 70, FR 18, TEMPERATURA 36, refiere dolor tipo obstétrico ocasional, percibe movimientos fetales [sic] A la exploración tacto vaginal cérvix posterior, cerrado blando, expulsión de tapón mucoso, membranas íntegras, miembros inferiores normales. Se dan datos de alarma. IDX: primigesta con embarazo de 39 SDG por fecha de última regla. La [...] [Nombre de la persona agraviada Q] firma de haber entendido datos de alarma así como haber escuchado a su bebé [sic]

17-08-2014 02:40 horas SV 120/70 FR: 21 FC de 78 Temperatura de 36.6 actividad uterina irregular FCF de 14, cérvix cerrado embarazo de 39 semanas sin trabajo de parto, datos de alarma obstétrica.

18-08-14 20:15 horas SV TA 90/60 MM DEHG, fc 71, FR 18x, Temp 36. Refiere hipomotilidad de dos días de evolución EF: abdomen globoso secundario a útero gestante, FU32 cm, dorso a la derecha, céfalico, no se percibe foco fetal. TV cérvix posterior, cerrado, sin pérdidas transvaginales, se realiza USG reportando no detectar actividad cardíaca así como oligohidramnios [sic] severo, la paciente refiere no haber percibido movimientos fetales desde hace dos días, sin acudir a atención médica.

IDX: ÓVITO DE 39-40 SD, pasa a labor [sic]

[...]

EF: alerta, consciente, hidratada, buena coloración de tegumentos, cardoapulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante. No se ausculta foco cardíaco fetal, con dopphone, ni cardiotocógrafo no se palpa actividad al tacto vaginal cérvix posterior, blando largo, producto libre, pelvis ginecolde, miembros inferiores sin edema, ROTS normales, guante explorador limpio. [sic] IDX primigesta adolescente, embarazo de 39.2 SDG por FUM, sin trabajo de parto más Producto óvito. [sic]

Cuenta con USG realizada el día de hoy, embarazo de 40-41 semanas, ILA 0/3cc, placenta grado II/III, sin auscultar foco cardíaco fetal, producto óvito. Se inicia conducción de trabajo de parto [sic]

[...]

Opinión Técnico Médica del Comité de Estudios de Mortalidad Materno y Perinatal

a) Se trata de paciente de 17 años la cual acude a revisión de primera vez al servicio de urgencias el día 12-08-2014 se ignora sintomatología por la que acude pero se le realiza diagnóstico de embarazo de 38.6 semanas con infección de vías urinarias para lo que recetan nitrofurantoina tabletas de 100mg una cada 8 horas por 10 días. Medicamento que según la GPC de infección del tracto genital inferior en la mujer embarazada es el de primera elección para tratamiento de vías urinarias, al no presentar otra sintomatología se decide alta del servicio con datos de alarma obstétrica.

b) La paciente acude en dos ocasiones al servicio de urgencias sin presencia de datos de descompensación materno o fetal que indicaran internamiento. En todo momento se le explicó y dio informes de los datos de alarma obstétrica. En ambas consultas la paciente se encontraba con signos vitales dentro de lo normal, sin actividad uterina

Recomendación 3/2015

irregular que provocaran modificaciones cervicales y frecuencia cardiaca fetal normal datos que descartan datos de sufrimiento fetal o indicación de ingreso a unidad toco quirúrgica [...].

c) No se puede precisar la causa del fallecimiento del producto ya que no hubo realización de autopsia al producto.

d) En ninguna de las notas del expediente clínico se habla de realización de operación cesárea y la conducta más adecuada una vez que se ingresa a labor con diagnóstico de embarazo de 39 semanas óbito es la de provocar un trabajo de parto. La edad de la paciente (17 años), ser primigesta sin contraindicación obstétrica para un trabajo de parto la conducta a seguir para evitar poner en riesgo el futuro reproductivo de una paciente es la obtención del óbito por conducción y atención de un parto.

Posterior a la atención del parto la paciente evoluciona satisfactoriamente y además se toman en cuenta los estudios de laboratorio manejándose con triple esquema de antibiótico y analgésicos cosas que hacen que la evolución sea satisfactoria.

[...]

124. Opinión médica de fecha 26 de febrero de 2015 suscrita por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual se informó lo siguiente:

[...]

ANÁLISIS DEL CASO

Se trata de [...] [Nombre de la persona agraviada Q] de 17 años de edad, quien acude al Hospital General Cuautepéc el 12 de agosto de 2014 a las 13:15 horas, con embarazo de 38.6 semanas y datos de infección de vías urinarias, sin trabajo de parto. Se le indica nitrofurantoína 100 mg cada 8 horas por diez días y nistatina óvulos cada 24 horas por cinco días. Acude nuevamente el 15 de agosto de 2014 a las 11:15 horas, se egresa con diagnóstico de pródromos de trabajo de parto. El 17 de agosto de 2014 a las 2:40 horas regresa a dicho hospital no se menciona el motivo de la consulta, se refiere que la paciente presenta FCF (frecuencia cardiaca fetal) de 14 [sic] sin trabajo de parto, se egresa y se dan indicaciones de alarma obstétrica. El día 18 de agosto de 2014 a las 20:15 horas acude por presentar disminución de los movimientos fetales de 2 días de evolución. A la exploración física con abdomen globoso secundario a útero gestante. Fondo uterino 32 cm, dorso derecho, cefálico, no se percibe foco fetal. Al tacto vaginal cérvix posterior, cerrado, sin pérdidas transvaginales, se realiza ultrasonido reportando no encontrar actividad cardiaca con disminución del líquido amniótico severa. Por parto vaginal se recibe porción cefálica de producto óbito (muerto), con meconio +++++, con fetidez y macerado.

Respecto a los planteamientos del problema, en primer lugar se solicita determinar si la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada Q] por el embarazo que presentaba fue adecuada, del expediente clínico se extrajo que ella acudió el 12 de agosto de 2014, momento en que le fue indicado nitrofurantoína en tabletas y nistatina en óvulos [...].

Asimismo, en las notas médicas se hace constar que la señora acudió el 17 de agosto de 2014, a las 2:40 horas, no se menciona el motivo de consulta, se refiere con frecuencia cardiaca fetal de 14 y fue dada de alta, sin trabajo de parto. Al respecto, la literatura médica refiere que bradicardia severa (menor a 100 latidos por minuto) constituye una indicación de extracción rápida del feto⁵⁵.

⁵⁵ Dr. Luis Castelazo Ayala, Gineco. Obstet. Mex., 2009; 77(1):114-120.



Recomendación 3/2015

Por lo anterior, en este caso se establece que la atención médica proporcionada por el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc a [...] [Nombre de la persona agraviada Q] no fue adecuada por [...] no haber dado seguimiento ni tratamiento por la frecuencia cardiaca fetal extremadamente baja que presentaba la paciente.

En lo que respecta a determinar si existe un nexo causal entre la muerte fetal y la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada Q], en el expediente clínico se hace constar que desde que ingresó la paciente el día 18 de agosto de 2014 a las 19 horas no se percibió el foco fetal, lo cual fue confirmado por medio de ultrasonido. Al respecto, la literatura médica refiere que la causa del óbito fetal habitualmente es compleja y muy difícil de definir; se ha asociado a una serie de factores de riesgo obstétrico, perinatales y/o socioeconómicos, o bien, a condiciones maternas y/o fetales en las que se produce con mayor frecuencia. En este caso, no se realizó necropsia del producto, no se estudió la placenta, cordón ni líquido amniótico, ni se hicieron estudios genéticos, ni se investigó comorbilidad materna. Al no saber la causa de fallecimiento del producto no es posible establecer un nexo causal con la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada Q].

Cabe mencionar, que [...] [Nombre de la persona agraviada Q] refirió que informaron que el deceso del feto ocurrió porque se le había "pasado el parto", "que el bebé venía mal" y/o que "se asfixió con la placenta", asimismo, la opinión Técnico Médica del Comité del Estudios de Mortalidad Materno y Perinatal no precisa la causa del fallecimiento, al respecto, la literatura médica refiere que es relevante determinar la etiología o factor causal del óbito fetal y con ello buscar el tratamiento y/o prevención en futuros embarazos, se han sugerido una serie de protocolos para el estudio diagnóstico de la muerte fetal que permitan de una forma ordenada la determinación de su etiología. De la misma forma la Guía de Práctica Clínica respecto al diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único refiere que se debe referir a unidad especializada en obstetricia a toda paciente con muerte fetal con resolución del embarazo sin causa de la muerte identificada con fines de buscar etiología en breve. Por lo anterior, se sugiere referir a la paciente con médico especialista en ginecoobstetricia para seguimiento, estudio y tratamiento para la prevención de muerte fetal en futuros embarazos.

Del expediente clínico se extrajo que la nota médica realizada el 17 de agosto de 2014 no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 7.1.3 ya que no menciona el motivo de la atención.

CONCLUSIONES

La atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada Q] por el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc no fue adecuada [...], se observó que se dio de alta a la paciente cuando presentaba una frecuencia cardiaca fetal de 14.

Al existir diversos factores de riesgo obstétricos, fetales y/o socioeconómicos y al no estar determinada la causa del óbito fetal no es posible establecer un nexo causal con la atención médica proporcionada a [...] [Nombre de la persona agraviada Q].

No se observó un estudio, seguimiento y manejo adecuados de la muerte fetal para establecer la causa. Por lo que se sugiere sea referida la paciente con médico especialista en ginecoobstetricia para la prevención del óbito fetal en futuros embarazos.

El expediente no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 7.1.3 ya que no menciona el motivo de la atención médica proporcionada a la paciente el 17 de agosto de 2014.

[...]

Recomendación 3/2015

125. Valoración de impacto psicosocial de fecha 30 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual refiere lo siguiente:

[...]

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

El día 13 de agosto "fui a dejar un papelito que me dieron en el Centro de Salud". [...] [Nombre de la persona peticionaria Q] se dirigió a la Clínica Materno Infantil de Cuauhtepac: "mi mam[á] me dijo que pasáramos a urgencias porque yo ya llevaba dolores y a lo mejor me quedaba". [Allí] fue valorada en urgencias en donde fue revisada por un médico, se le diagnosticó flujo vaginal: "con gotitas de sangre, y me dijeron que era normal porque iba a arrojar un tapón de sangre". [...] Una vez que fue evaluada le comentaron que se encontraba ella y su bebé en buenas condiciones y que si tenía los síntomas de alarma tenía que ir a la clínica "y me hacían formar un papel en donde decía que mi beb[é] venía bien y el nombre de quien me checo".

El día 14 de agosto nuevamente presentó dolor abdominal "como a las dos de la tarde, y volví a ir a la Clínica Materno Infantil de Cuauhtepac, me atendió una doctora y me dijo que tenía dos centímetros de dilatación; me dijo que me fuera a caminar y que regresara en la noche". [...]

El día 15 de agosto la revisaron nuevamente a las 2 de la mañana debido a que presentó dolor abdominal: "me dicen que no tenía dos de dilatación y la doctora me checa a mi beb[é] y le digo que yo no aguantaba el dolor, yo le dije que ya no me sentía cómoda porque tenía la panza muy dura y me dijo que me regresara a mi casa, me dijeron que firmara otra vez la hoja de que había recibido el tacto y había escuchado los latidos de mi beb[é]".

El día 16 de agosto continuó con molestia de dolor abdominal, de origen uterino, pero no acudió a revisión a la clínica.

El día 17 acudió a las 8 de la noche nuevamente a la Clínica Materno Infantil de Cuauhtepac, fue escuchado el latido del bebe con un estetoscopio de Pinard y no lo lograron ubicar, por lo que se le indicó la realización de ultrasonido de emergencia, la ingresaron a la clínica, se realizó el ultrasonido y [la persona agraviada Q] vio en la pantalla que el corazón del beb[é] latía lento y "de pronto se para", en ese momento escuchó que los médicos hablaban entre ellos y decían "que se había parado el corazón del bebe y que le hablaran a mis familiares", no se dirigieron hacia ella; al pedirle que se sentara le cuestionan "¿si querías a tu beb[é]?" a lo que ella contestó que si, entonces preguntaron que si no había acudido a su hospital previamente, y entonces relata: "que mi beb[é] falleció y que ahora vamos a ver que iba a pasar". Refiere que ella estaba "en shock", entró la madre cuando le dijeron a ella que se cambiara de ropa y pidió información sobre lo que ocurrió pero no se la dieron, describiendo: "y los médicos decían que no, que en ese momento no".

[...]

**Caso R. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/14/D6353**

126. Acta circunstanciada de fecha 7 de octubre de 2014, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual hace constar la siguiente información:

[...]

Ella [madre de la persona agraviada R], el peticionario y su hija [...] [Nombre de la persona agraviada R] acudieron al Hospital Materno Infantil Tláhuac en tres ocasiones después del 10 de diciembre de 2012, pero la regresaron a su domicilio. El 17 de diciembre de 2012, al tener dolores de parto regresó a dicho nosocomio pero del Área de Urgencias la regresaron ya que no había médicos. El 17 de diciembre de 2012, acudió al Hospital Materno Infantil Xochimilco en donde le dijeron que aún le faltaban como tres horas para que dilatara y la regresaron a su domicilio.

Aproximadamente a las 05:00 horas del 18 de diciembre de 2012, regresó a dicho nosocomio pero nuevamente la regresaron a su domicilio; sin embargo, debido a que presentaba dolores intensos, nuevamente acudió a ese hospital, en donde la pusieron a caminar alrededor de tres horas y después fue revisada por una doctora quien la mandó nuevamente a caminar y le dijo que a las 22:30 horas "la pasarían"; no obstante, después le dijeron que no había anestesiólogo ni médicos.

Por lo anterior acudió al Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", en donde permaneció de las 23:00 a las 03:00 horas, sin ser atendida ya que presuntamente no había doctores. Inclusive en dicho nosocomio les dijeron que si querían esperar, una vez que llegaran los doctores serían atendidos como fueron llegando, por lo que decidieron trasladarse a otro Hospital.

A las 05:00 horas, llegaron al Hospital General de Iztapalapa en donde ocurrieron los hechos ya narrados [en la queja inicial].

Aclararon que después de realizarse la cesárea, la agraviada fue trasladada al Hospital General Tláhuac (ubicado por el Bosque de Tláhuac) mientras que el bebé permaneció en el Hospital General de Iztapalapa.

Por desconocimiento no presentaron denuncia penal ante el Ministerio Público ni queja en Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en contra del personal médico de los hospitales y Centros de Salud [a] que se refieren en los hechos de queja.

[...]

127. Informe médico de fecha 6 de noviembre de 2014, signado por el Doctor Susano Gómez Jiménez, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Iztapalapa, por el que se informa lo siguiente:

[...] POR ESTE CONDUCTO HAGO DE SU CONOCIMIENTO MI PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN M[É]DICA BRINDADA A LA C. [...] [Nombre de la persona agraviada R], [...].

LA ATENCIÓN M[É]DICA BRINDADA POR EL SUSCRITO A LA MENCIONADA PACIENTE INICIA EN EL MOMENTO EN QUE ELLA INGRESA A LA SALA DE QUIRÓFANO EL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2012 A LAS 13:20 HRS. PROVENIENTE DEL ÁREA DE LABOR EN LA UNIDAD DE TOCO CIRUGÍA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE ESTA UNIDAD HOSPITALARIA; CON LA INDICACIÓN PARA LA OPERACIÓN CESÁREA POR "EMBARAZO DE 40.6 SEMANAS DE GESTACIÓN/ TRABAJO DE PARTO NO PROGRESIVO".

COMO M[É]DICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA LLEVE A CABO LA OPERACIÓN PROYECTADA EN TIEMPO, CON LA TÉCNICA Y MATERIAL INDICADOS,



Recomendación 3/2015

SIN COMPLICACIÓN ALGUNA Y CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS AL REVERSO DE LA SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE CORRESPONDE A LA FOJA 6 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. CUYO TEXTO DICE "[...] SE CALZA, ORIENTA Y EXTRAE PRODUCTO HIPOTÓNICO, NO LLORA AL NACER, SE PINZA Y CORTA CORDÓN Y SE ENTREGA AL M[É]DICO PEDIATRA [...]".

HALLAZGOS OPERATORIOS: MASCULINO, 13:46 HRS. APGAR 3-3-5

CIRCULAR SIMPLE DE CORDÓN AL CUELLO

L[Í]QUIDO MECONIAL DOS CRUCES.

EN SU ESTANCIA EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN, CON INDICACIONES M[É]DICAS PRECISAS, EVOLUCIONA SATISFACTORIAMENTE HASTA EL TERMINO DE MI JORNADA QUE ES DE 7:00 A 15:00 HRS.

[...]

128. Informe médico de fecha 12 de noviembre de 2014, signado por el Doctor Alfonso Castañeda Sánchez, Médico Especialista adscrito al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Iztapalapa en el turno matutino, en el que se informa lo siguiente:

[...] El día 19 de noviembre del año 2012 se presentó la paciente en cuestión a solicitar valoración al servicio de admisión de Tococirugía siendo aproximadamente las 7:40 hrs y argumentando que ya había acudido al turno anterior a dicho servicio, sin embargo dentro de la glosa de notas médicas realizadas en el turno anterior, [é]stas ya habían sido recogidas del servicio y por lo tanto no existía nota como antecedente de una valoración previa durante el turno nocturno, motivo por el cual se informó lo anterior al familiar para que acudiera de admisión de urgencias para que le fuera proporcionada una nueva hoja para plasmar una nota médica de la valoración del turno matutino, mientras tanto me dí a la tarea de proporcionarle atención médica por primera y única ocasión en virtud de como resultado de su valoración se trataba de una paciente primigesta con fecha [...] probable de parto del 12 de diciembre del mismo año, refiriendo actividad uterina irregular y negando datos de vasoespasmo y pérdidas vaginales. A la exploración se encontraba con Tensión Arterial de 120/70, temperatura 36°C, Frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto y Frecuencia Respiratoria de 20 respiraciones por minuto, consciente, orientada, buen estado de hidratación, buena coloración de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero grávido con producto único vivo, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la derecha, con Frecuencia Cardiaca Fetal de 142 latidos por minuto, fondo uterino a 31 centímetros arriba del borde superior de la sínfisis del pubis, al tacto cérvix central, reblandecido, con 70 % de borramiento y 5 centímetros de dilatación, membranas íntegras y abombadas, extremidades sin alteraciones, motivo por el cual se integra el diagnóstico de Embarazo de 40.6 semanas con trabajo de parto en fase activa, motivo por el cual se indica el ingreso de la paciente a la sala de labor, elaborándose las notas médicas e indicaciones así como el partograma correspondiente y una vez realizada toda la documentación [é]sta se entrega al personal de enfermería para ingreso de la paciente, se comentó con el médico encargado de labor el diagnóstico de la paciente que sería ingresada.

Hago hincapié en que esa fue la primera y única ocasión en que el suscrito proporcionó atención Médica a dicha paciente en el Servicio de Administración y que en la sala de labor se encontraban asignados dos médicos ginecoobstetras más que son los encargados de la vigilancia y el manejo de las paciente que ingresan a la sala de labor.

[...]



129. Informe médico de fecha 12 de noviembre de 2014, suscrito por la Doctora. Rosa María Ledezma Barragán, Médica adscrita de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Iztapalapa, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

El día 19 de diciembre del 2012, de acuerdo al rol de guardia me correspondió laborar en la unidad tocoquirúrgica (incluyendo sala de labor, quirófano, sala de recuperación, sala de expulsión) durante mi jornada laboral de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

En relación a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada R], me permito informar que el día 19 de diciembre de 2012 a las 9:00 am. Fui notificada del ingreso de la paciente en área de labor, por los médicos becarios, refiriéndome el Dx de primigesta de 18 años con embarazo de 40.6 semanas de gestación con trabajo de parto fase activa sin factores de riesgo materno o fetales, aparentemente, por lo que se indicó vigilancia del trabajo de parto, así como una prueba de tolerancia a la oxitocina, la cual se indicó a las 9:45 am. Y se interpreta como negativa (sin alteraciones maternas o fetales), así como amniotomía encontrándose líquido claro con grumos. Según programa continuo en vigilancia de trabajo de parto, presentando 2 a 3 contracciones en 10 minutos y frecuencia cardíaca fetal en rango de 140 a 151 por minuto. Por lo que a las 13:00 hrs. Fui informada por los médicos becarios, que la prueba de trabajo de parto había sido negativa (sin avance en la evolución de la dilatación, ni descenso del producto). Por lo que se revaloró a la paciente decidiendo interrupción del embarazo por vía abdominal. Comentando el caso con el médico del base del área que salía más tarde.

No omito informar que en el lapso de las 8 a las 13:00 hrs. Atendía a las siguientes pacientes:

Sra. [...] con dx Puerperio patológico x hemorragia obstétrica.

Sra. [...] con dx Puerperio fisiológico Pte de OTB.

Sra. [...] parto eutócico a las 8:50 am. Del día 19.12.12

Sra. [...] parto eutócico a las 9:17am De día 19.12.12

Sra. [...] parto eutócico a las 11:32am. Del día 19.12.12

Por lo cual me era imposible hacer un seguimiento personalizado a la paciente en comento. [...]

130. Informe médico de fecha 12 de noviembre de 2014, suscrito por la Doctora Nadia Rodríguez Uranga, Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Iztapalapa, en el que se informa lo siguiente:

[...] En atención a la solicitud que se me hace respecto de la atención médica otorgada a la paciente de nombre [...] [Nombre de la persona agraviada R] en el Hospital General de Iztapalapa, y a efecto de dar cumplimiento con dicha petición, la misma se hace en los siguientes términos:

En primer término es importante hacerles del conocimiento que la suscrita soy médico especialista en Ginecología y Obstetricia, teniendo un horario de labores de 14:00 a las 20:00 hrs, encontrándome el día 19 de diciembre del 2012, asignada a la unidad de Toco cirugía (LABOR), por lo que ya encontrándome finalizando mi jornada laboral, siendo aproximadamente las 19:55 horas, me informa la doctora Valdez, médico residente de segundo año de Ginecología, del reingreso al área de labor de la paciente



Recomendación 3/2015

[...] [Nombre de la persona agraviada R] quien previamente se encontraba en piso, con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato y hemorragia obstétrica. Mismo que se presentó durante su estancia en el piso de ginecología, a su ingreso al área de labor la paciente se encontraba sin datos de choque hipovolémico con TA de 130/90 y en ese momento ya sin sangrado activo, con útero bien involucionado y solamente con palidez de tegumentos, (sic) motivo por el cual se indica una solución glucosada al 5% + 20 unidades de oxitocina, con el objeto de mantener contraído el útero, antibiótico mismo que ya se encontraba indicado posterior al evento quirúrgico, analgésico y colocación de sonda Foley con finalidad de vigilar que la paciente se encontrara con buenas uresis, ya que la falta de la misma sí indica choque hipovolémico, sin embargo, la paciente presentó uresis de 900 ml de la hora en que se indicó el control de líquidos a las 22:00 horas, (sic) además indicarse vigilancia de involución uterina y presencia de nuevo sangrado.

Su reingreso a la unidad de tococirugía fue con la finalidad de vigilar a la paciente.

Aclaro que no se encuentra nota de valoración de piso, sólo se menciona que se informa por parte de enfermería que había presentado sangrado abundante en el piso de ginecología, sin mencionar cantidad.

Es importante mencionar que una vez que terminó mi jornada laboral, se indicó lo siguiente:

1. Vigilar sangrado por parte del turno vespertino
2. Vigilar involución uterina
3. Vendaje abdominal compresivo
4. Cuidados de herida quirúrgica
5. Sonda Foley a derivación
6. Control estricto de líquidos
7. Tensión (sic) arterial horaria y anotar en hoja especial
8. Cruzar y tipar 2 CE y 1 PFC
9. Recabar perfil preclámptico
10. Reportar eventualidades

Entregando la paciente al siguiente turno estable y sin datos de choque hipovolémico, sin sangrado activo, con útero bien involucionado, siendo todo lo que fue mi participación con la paciente ya antes referida.

Deseando aclarar que siempre y en todo momento se le otorgó la atención médica que en ese momento requería y se dieron las indicaciones que eran necesarias a efecto de restablecer su salud.

Siento todo lo que puedo manifestar en relación a la atención que le fue otorgada por la suscrita la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada R] [...].

131. Opinión médica de fecha 26 de febrero de 2015, suscrita un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]
ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 18 años quien refiere haber acudido a diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, sin obtener atención adecuada. Finalmente llega al Hospital General de Iztapalapa en donde se ingresa para la atención de su trabajo de parto, presentando algunas complicaciones durante la atención del trabajo de parto, lo cual genera la queja y motiva el siguiente análisis:



Recomendación 3/2015

Los hechos de queja refieren que la paciente acudió a otras unidades hospitalarias antes de llegar al Hospital General de Iztapalapa y que en dichas unidades fue rechazada por falta de personal de salud. Se solicitó información complementaria sin que hasta la fecha de emisión del presente informe, se hubiese tenido respuesta a los planteamientos propuestos. Se obtuvo información de la hoja de Triage por parte del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, en donde se encuentra asentado que la paciente acudió el día 18 de diciembre de 2012 a las 23:15 horas, se le valoró inicialmente en el Triage obstétrico y no se documentaron elementos clínicos para considera [sic] la inmediatez en la respuesta médica. A las 23:29 del día antes mencionado, se observa que se le habla a la paciente, sin embargo ella no responde al llamado.

Por lo anterior y debido a que la paciente al momento de acudir al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, no presentaba alguna urgencia obstétrica, y que el tiempo de espera para la valoración médica se encontró dentro de lo estipulado, se considera que, respecto a la atención médica del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez no se encuentran elementos que sustenten una mala práctica médica.

De acuerdo al expediente clínico del Hospital General de Iztapalpa, la paciente acude el día 19 de noviembre de 2012 a las 08:00 horas a valoración obstétrica, presentando criterios para ingreso a la unidad tocoquirúrgica. Es de llamar la atención que en la nota inicial de urgencias, se refiere que al ingreso el producto presenta una frecuencia cardíaca de 192 por minuto. Cabe mencionar que dicha frecuencia cardíaca es anormal y se considera como taquicardia fetal. Aunque es de importancia señalar que, de acuerdo al partograma [...] no se documenta en otro momento de la monitorización, alguna cifra irregular de la frecuencia cardíaca fetal que hiciera sospechar alguna patología.

Cuando se observa un trabajo de parto estacionario, es cuándo se decide realizar una cesárea, ya que se encontraba incluso con oxitocina. Se observa en el partograma que de las 10 de la mañana hasta las 13:00 horas, no se incrementa la dilatación ni el borramiento en el trabajo de parto. En dichas valoraciones no se observan alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal que hicieran sospechar algún tipo de sufrimiento fetal. Incluso se observa que en la nota de valoración prequirúrgica por parte de anestesiología, no se integra el diagnóstico clínico de sufrimiento fetal o alguna alteración que hiciera sospechar en un problema médico a nivel fetal, ya que las frecuencias cardíacas, durante el tiempo que duró la monitorización fue adecuada, y en el registro tococardiográfico no se detecta alguna alteración aparente, por lo que, la cesárea solo fue indicada por la distocia en la dilatación y no por sospecha de sufrimiento fetal agudo o crónico agudizado.

La cesárea termina alrededor de las 14:00 horas sin incidentes respecto a la madre, respecto al producto se observa que se reporta el Apgar de 3-3-5. Posterior a la cesárea, aparentemente la paciente egresa a piso de Ginecología y obstetricia de dicho Hospital, regresando a la tococirugía a aproximadamente [sic] a las 19:55 horas al servicio de la tococirugía por presentar: hemorragia obstétrica.

En ese momento se le solicitan una serie de estudios de laboratorio, así como unidades de sangre y se indica la uresis horaria. Indicaciones médicas tendientes a integrar un



Recomendación 3/2015

diagnóstico y así brindar un tratamiento. Es de importancia señalar que, a las 20:00 horas, de acuerdo al servicio de enfermería la paciente presentaba loquios hemáticos abundantes. Y que se da el aviso, sin embargo en el Hospital General Iztapalapa solo cuenta con médicos residentes de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

A las 19:55 se solicitan hemoconcentrados, sin embargo no se cuenta con el recurso y se solicita a otras unidades hospitalarias. La paciente presenta datos francos de choque hipovolémico a las 21:16 horas aproximadamente [...], sin embargo a esa hora ya no se cuenta con un médico adscrito a ginecología y obstetricia en el servicio. Se busca el traslado de la paciente realizando múltiples llamadas a diversos hospitales de la red y hospitales federales encontrando que los Hospitales: de especialidades Dr. Belisario Domínguez, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Hospital General Balbuena, Hospital General de Tláhuac, ISSSTE Zaragoza, Hospital General Xoco, Hospital General Ticoman y Hospital General Dr. Enrique Cabrera, de inicio no aceptan a la paciente, ya sea porque no contaban con espacio físico o por que no contestaban el teléfono. Es finalmente el Hospital Regional ISSSTE Gral. Ignacio Zaragoza quien le sugiere a la trabajadora social que contacte al Centro Regulador de Urgencias Médicas, y finalmente lo hace. No queda claro si fue por la intervención de dicho Centro que la paciente fue aceptada en el hospital General de Tláhuac.

Respecto a lo anterior, se menciona lo siguiente: El producto nace a las 13:46 horas del día 19 de diciembre de 2012, pero es cuando la paciente se encuentra en piso de ginecología cuando se presenta una hemorragia obstétrica y por tal motivo se decide el reingreso de la paciente al área de tococirugía. Al inicio de la atención aún se encuentra a cargo una médica gineco obstetra, se solicitan estudios de laboratorio e indicaciones clínicas para la vigilancia de una hemorragia obstétrica, así como el diagnóstico de la misma. Sin embargo, posteriormente se presentan una serie de complicaciones asociadas a la pérdida de volumen sanguíneo en la paciente.

Es, en este punto que, de acuerdo al expediente clínico del Hospital General Iztapalapa en el momento que se presenta el choque hipovolémico, en el servicio de Ginecología y Obstetricia NO se encontraba un médico responsable del servicio, solo se encontraba una médico residente de gineco obstetricia de segundo año.

Al respecto, de acuerdo a la NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, un médico residente es el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia (conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas). Por lo tanto, es un médico el cual no cuenta con la posibilidad de ofrecer la terapéutica la cual si puede ser ofrecida por un médico de la especialidad de obstetricia.

Concomitante con lo anteriormente descrito, se menciona en la norma anteriormente señalada en su numeral 9.1.2, que uno de los derechos de los médicos residentes es recibir la enseñanza de posgrado correspondiente a su especialidad, de conformidad con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría, supervisión y



Recomendación 3/2015

compromiso académico de los profesores, en un ambiente de respeto y consideración. Por lo que, se puede mencionar que, de acuerdo a lo documentado en el expediente clínico, al momento de ocurrir la hemorragia obstétrica y el choque hipovolémico, la médica residente de segundo año se encontraba sin asistencia ni supervisión de un médico adscrito, por que dicho médico se retiró de su área de trabajo al terminar su horario laboral.

Ahora bien, debido a que la Dra. Nadia Erika Rodríguez Uranga refiere que su horario de servicio en el momento de los hechos (19 de diciembre del 2012) era hasta las 20:00 horas de ese día, y que ella refiere que entregó a la paciente al siguiente turno estable, sin embargo posterior al horario de la doctora Nadia Erika Rodríguez no hubo médicos a quien entregar dicha guardia. Por lo anterior se establece que, de acuerdo al expediente clínico, en el turno nocturno no se contó con médico gineco obstetra responsable de la atención médica de las pacientes que acudían al servicio en dicho turno. Lo anterior es una responsabilidad Institucional debido a:

1. Se obligó al personal médico en formación (residentes y/o internos) a resolver tareas, sin supervisión y las cuales no son adecuadas a su nivel formativo.
2. Se expuso a la paciente a un riesgo innecesario y, en el presente caso, no existe constancia que se le haya informado a la paciente y/o a sus familiares de la falta de personal médico durante dos horas y las posibles consecuencias de éste hecho.

Ahora bien, en este caso se observa que, al faltar un médico gineco obstetra durante el turno nocturno en el Hospital General Iztapalapa, no se le brinda a la paciente una atención médica oportuna y de calidad, exponiéndola a un riesgo innecesario y dejándola sin vigilancia. De acuerdo al artículo 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, se refiere que: La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación (...) Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

El artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal respecto a la atención médica del embarazo refiere lo siguiente: (...) corresponderá al Gobierno realizar las actividades establecidas en ese ordenamiento conforme a sus disposiciones, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones: (...) b) La prestación de los servicios de atención materno-infantil que comprende la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo salud mental y promoción de la vacunación oportuna, y la atención de la mujer durante el embarazo; el parto y el puerperio; c) La prestación de los servicios de salud para la mujer; (...).

El artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, refiere que: En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo; el artículo 48 menciona



Recomendación 3/2015

que: Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. En el presente caso durante la atención del puerperio de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada R], no se contó con personal idóneo ni una atención médica oportuna.

El Asistente de la Dirección, ya se encontraba enterado del hecho de que no habría médico especialista en gineco obstetricia durante el turno nocturno. Aquí es importante señalar que se desconoce desde cuando el Hospital General Iztapalapa tendría descubierto el horario nocturno del día de los hechos o si fue un evento fortuito. En el presente caso, se cubrió dicho horario por médicos no especialistas (anestesiología y Terapia Intensiva) y no se documenta en el expediente clínico, que se realizará alguna acción preventiva para garantizar una atención médica continuada y sólo es, hasta que se presentó la complicación (hemorragia obstétrica) fue que se decidió realizar la referencia médica.

En el presente caso, no se contó con el personal médico (Ginecoobstetra) para la atención de las complicaciones del trabajo de parto de la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada R]. Lo anterior ocasionó que cuando se presentara la hemorragia obstétrica no se tuviera personal idóneo para el control de dicha complicación.

Se documenta en el expediente clínico que la paciente requería transfusión sanguínea, sin embargo dicha transfusión sanguínea no fue posible debido a que en ese momento el Hospital General Iztapalapa no contaba con el servicio de Banco de sangre.

Respecto a los estudios de laboratorio, en el expediente clínico no se encuentran dichos estudios, solo se observa que en la hoja de la valoración anestésica los estudios de laboratorio son normales. Sin embargo no se encuentra en el expediente estudios de laboratorio posteriores. A las 21:40 [horas], se refiere en el expediente clínico la necesidad de la transfusión sanguínea. Y que no hay personal en el banco de sangre. Se observa en la foja 08 del expediente clínico certificado de la paciente que el día 19 de diciembre de 2012, se aplicaron 2 concentrados eritrocitarios a las 23:30 horas. En el expediente clínico no se documenta a qué hora inició la transfusión y a qué hora termina, no se documenta el control de los signos vitales y el estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión, así como el nombre y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

Con lo anteriormente descrito, no se cumplen los incisos c, d y g del numeral 19.3.4.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Siendo que desde las 19:55 horas, se había solicitado e indicado 2 concentrados eritrocitarios [...] y es a las 23:30 horas que se aplican, se puede decir que existe un retraso en el suministro del tratamiento médico a la paciente por parte del Hospital General Iztapalapa.

Cabe mencionar que, el hecho de no contar con un médico especialista, así como la falta de oportunidad en el suministro de paquetes sanguíneos en los Hospitales Maternos Infantiles es un tema que ya se había tocado en la Recomendación 13/2006 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y que en el presente caso se puede extrapolar a un Hospital General.



Recomendación 3/2015

No se documenta en el expediente clínico que se le haya informado a la paciente o a los familiares de la misma, las circunstancias posteriores al parto y las probables complicaciones sin la presencia de un médico gineco obstetra, así como las repercusiones que este hecho pudiera presentar en su tratamiento, a lo señalado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.

Finalmente la paciente se logra trasladar al Hospital General de Tláhuac. Se desconoce cuál fue el resultado de la intervención de dicho Hospital ya que se solicitó la información y hasta el momento de la emisión del presente informe no se había contado con la misma. Por lo anterior, no es posible determinar el estado clínico de la paciente posterior a su atención médica.

Respecto a la atención del producto se observa lo siguiente: Se trata de un recién nacido quien presenta como diagnóstico asfixia perinatal severa, así como otros diagnósticos quien presenta complicaciones y su tratamiento va de acorde a las complicaciones presentadas, evolucionando favorablemente hasta otorgar el alta. Se observa que en la nota de alta del paciente, no se hace constar que se le haya informado a la madre de las complicaciones potenciales que se podrían presentar en el producto secundario a la encefalopatía hipóxico isquémica que tuvo.

De acuerdo a la nota de alta, solo se menciona de una cita cada mes pero se omite el conocer si dicha cita debería ser con pediatría o en un Centro de Salud. Se menciona en la literatura médica que, este tipo de pacientes deben tener un seguimiento pediátrico, a pesar de que al egreso se encuentren asintomáticos, lo anterior con el fin de detectar de manera oportuna alguna alteración. En el resumen del Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, así como en la foja 05 del expediente clínico certificado de dicho expediente se refiere que es la madre quien se da cuenta de las alteraciones que presenta el recién nacido, con lo cual existió un retraso en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

Se observa que durante la hospitalización del recién nacido en el Hospital General Iztapalapa en ocasiones solo se contó con un solo pediatra en turno, así como falta de estudios de imagenología, lo que al final, no interfirió con el pronóstico del paciente pero si impidió el manejo oportuno del paciente.

CONCLUSIONES

La atención que recibió la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada R] en el Hospital General de Iztapalapa no fue adecuada ni oportuna por las siguientes razones:

Cuando se presentó la complicación consistente en una hemorragia obstétrica, el Hospital General Iztapalapa NO contaba con el personal suficiente e idóneo para la atención gineco obstétrica de la paciente, esto es personal médico especialista en gineco obstetricia, por lo que se delegó el cuidado de la paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación como los médicos residentes, con lo cual se incumplen los siguientes artículos: 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal y el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.



Recomendación 3/2015

Se dejó sin supervisión al personal becario, esto es, a los médicos residentes, lo que incumple el numeral 9.1.2 de la NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana Para La Organización Y Funcionamiento De Residencias Médicas.

Se transfunden 2 concentrados eritrocitarios y no se cumplen los incisos c, d y g del numeral 19.3.4.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Existe un retraso en la transfusión sanguínea de la paciente, a pesar de que clínicamente se encontraba indicado, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.

Se incumple, para con la paciente, su derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, tal como lo señala el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

No existe constancia en las documentales médicas mencionadas anteriormente que se le haya informado a la paciente o a sus familiares sobre la falta de médico ginecoobstetra en el turno nocturno y las posibles repercusiones en su manejo médico, por lo que se incumple lo señalado en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud. Se documenta en el expediente clínico la dificultad para la referencia de una paciente puerpera grave a otra unidad hospitalaria con mayor poder resolutivo que la unidad médica de origen, lo que interfiere en la oportunidad de la atención médica.

Se observa que cuando se otorga el alta del recién nacido, no se observa una referencia oportuna ni se le explica a la madre de las posibles secuelas y de la importancia del seguimiento pediátrico. Las secuelas de la encefalopatía hipóxica isquémica fueron detectadas en por la madre y corroboradas en el Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez. Lo anterior implica que no existió apego a lo señalado en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica-Isquémica en el Recién Nacido.

No se documenta algún daño en la paciente debido a que no se contó con la información complementaria solicitada en el expediente de queja. Si se documenta que se puso en riesgo la vida de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada R] por la falta de un tratamiento oportuno.

El daño documentado en el recién nacido es secuelas neurológicas en estudio secundarias a la encefalopatía hipóxica isquémica, la cual no puede ser atribuido a la mala práctica, sin embargo el seguimiento adecuado del paciente y el diagnóstico oportuno de dichas secuelas fue inadecuado debido a que no se especificó en la nota de alta a la paciente las complicaciones probables de la entidad que padeció, esto no se especificaron los problemas clínicos pendientes, y el pronóstico, incumpliendo lo estipulado en el numeral 8.9.6 y 8.9.10 de la nota de egreso como lo estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

[...]



Caso S. Expediente CDHUO/III/122/IZTP/14/D6747

132. Registro clínico, esquema terapéutico e intervención de enfermería, de fecha 18 de octubre de 2014, suscrita por Perla Arce, del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

Hora	Turno Nocturno	Hora
	Nace mujer vivo que llora al nacer en baño de sala de espera, concurriendo la mamá que al nacer cae a la tasa del baño, y al mismo tiempo se corta el cordón umbilical se recibe de manos del padre e ingresa a sala par cuidados inmediatos el cual llora con buena coloración, campos pulmonares, y permeabilidad anal.	
EJECUCIÓN Intervenciones(NIC) y Acciones		

133. Nota médica de fecha 18 de octubre de 2014, suscrita por el Doctor René Ortiz, adscrito al Servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

NOTA DE ATENCIÓN AL NACIMIENTO

FECHA: 18-10-14
 HORA: 08:30 hrs.
 NOMBRE: _____ SEXO: Femenino
 PESO: 3000g
 DIAGNÓSTICO AL NACER: KNT / PAEG / Partuido
 EXPLORACIÓN FÍSICA:
 Temperatura: 36.5 C. F.C. 140 x. F.R. 60 x. T.M.A. 51 P.C. 35. URESIS: No
 Evacuaciones: No
 Se recibe recién nacido del sexo femenino producto de la G 3 de madre de 23 años, obtenido por parte llora y respira al nacer, se dan maniobras iniciales de reanimación, sin complicaciones, se califica con Apgar 1 10 10 Silverman 1. Clínicamente se encuentra activo (a), reactivo (a), adecuada coloración de tegumentos, fontanela anterior normotensa, ojos simétricos sin alteraciones, pabellones auriculares bien implantados, narinas permeables, adecuada coloración de tegumentos, bien hidratado, tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos sin soplos, abdomen blando, depreciable, muñón umbilical con dos arterias y una vena, sin sangrados, extremidades simétricas, llenado capilar normal. Se muestra y se da informes a la madre. Se dan indicaciones a enfermería de inicio de lactancia materna, manejo y vigilancia; nos mantenemos al pendiente de cualquier eventualidad.
 Pronóstico bueno para la vida y función.
 Observaciones: Nace partuido en baño de hospital, en su mamá o se observa con buena coloración y buena respiración por lo que se mantendrá en vigilancia y se tomarán las precauciones de costumbre.
 DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA IMSS-63713 E. IMSS-029-08

INDICACIONES



134. Copia de la hoja de Consentimiento informado de fecha 18 de octubre de 2014, sólo con el nombre de la persona agraviada S, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

  **SECRETARIA DE SALUD** *Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento* ECH-18-4

UNIDAD MEDICA: Hospital Dr. Belonio Domínguez CLAVE: _____

México, D.F. a 18 de Octubre de 2014.

**C.DR.
DIRECTOR DEL HOSPITAL
P R E S E N T E .**

El que suscribe _____, por medio del presente, me permito hacer de su conocimiento que he sido debidamente informado (a) por facultativos responsables de este Hospital, que para diagnosticar o confirmar la enfermedad que padezco y en su caso prescribir el tratamiento respectivo es necesario aplicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos según convenga.

Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales he comprendido con suma claridad, así como el contenido del Art. 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice:

*" En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnósticos, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables". No obstante ello, deseo informarle que **ACEPTO** con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi **CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a los médicos de este Hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiéndolo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.*

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE _____
DIRECCION Y TELEFONO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE _____
DIRECCION Y TELEFONO _____

TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA _____
DIRECCION Y TELEFONO _____
PARENTESCO O RELACION _____

TESTIGO 2 NOMBRE Y FIRMA _____
DIRECCION Y TELEFONO _____
PARENTESCO O RELACION _____

HUELLA DIGITAL

ELABORAR EN ORIGINAL Y 1 COPIA

ORIGINAL COPIA UNIDAD MEDICA (EXPEDIENTE CLINICO) PACIENTE O RESPONSABLE

SECRETARIA DE SALUD
Dirección General de Servicios Médicos e Higiénicos

000026



135. Copia de la hoja de Consentimiento informado prevención de caídas a pacientes hospitalizados, de fecha 18 de octubre de 2014, del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:



SECRETARÍA DE SALUD DEL G. D. F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMINGUEZ"
PROYECTO DE MEJORA
PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS



Prevención de caídas a Pacientes Hospitalizados Consentimiento Informado

Fecha: 18/10/14

Nombre del paciente: _____

Edad 23 años Sexo Mujer Cama _____

Servicio Tocogeruía Expediente 087771

Diagnóstico: Eclampsia de término - Preeclampsia

Con el presente documento dejo constancia que he sido informada(o) por el profesional de salud, del riesgo de caídas que puede presentar mi paciente y sobre la necesidad de la utilización de medidas preventivas, (sujeción, protección con barandales etc.) Así como también se me orienta sobre el uso y manejo de equipo (bancos de altura, barandales, sillas de ruedas etc.) Para la seguridad de mi paciente y evitar caídas durante la estancia Hospitalaria.

Las medidas realizadas se suspenderán cuando el estado de salud del paciente lo permita como esta contemplado en el proceso para la prevención de caídas, aprobado por la Unidad Hospitalaria.



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección General de
Servicios Médicos y Urgencias

Nombre y firma de Conformidad
Del Familiar Responsable

Nombre y firma de Testigo

000025

Recomendación 3/2015

136. Nota de fecha 19 de octubre de 2014, suscrita por la Doctora Rosa Martínez Juárez del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, la cual consta en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

FECHA Y HORA	NOTAS
19 Oct 14	EVOLUCIÓN MATUTINA
13 hrs	Femenino de 1 día de vida, antecedente de parto fortuito (en el baño del hospital), APGAR no valorable, refiere que lloró y respiró al nacer, PAM=3010 gms, talla 51cm CAPURRO 41 SEG.
	Se reporta con FC=140x', FR=50x', T°=37°C, tolera vía oral, oresis y evacuaciones presentes.

137. Acta circunstanciada de fecha 9 de abril de 2015, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

Durante su tercer embarazo acudía cada mes a revisión en el Centro de Salud "Rafael Carrillo", en donde le mandaban hacer los ultrasonidos y en el último que le realizaron apareció que tenía poco líquido amniótico por lo cual le dieron un pase para que fuera al Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez".

Acudió al referido hospital aproximadamente una semana antes, en donde en el área de recepción una servidora pública de bata rosa le comenzó a decir que había mucha gente esperando, que se iban a tardar mucho, que iba a salir muy tarde, que si se quería ir y regresar después no había problema, a lo cual ella le respondió que no tenían inconveniente y que esperaría. Una vez que la revisaron, le realizaron otro ultrasonido y le dijeron que el líquido amniótico estaba bajo pero que todo esta[ría] bien, que regresara a los dos días para que verificaran el líquido nuevamente.

El 17 de octubre de 2014, en la noche —no recuerda la hora exacta— comenzó a tener dolores de parto, por lo que acudieron al Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", lugar al que llegaron aproximadamente a las 05:00 horas del 18 de octubre de 2014.

El [...] [Nombre de la pareja de la persona agraviada S] refirió que se trasladaron en el autobús de transporte público con el que trabaja, pero que al llegar al nosocomio, el policía de la entrada no le permitió ingresar con el camión ya que presuntamente no accedería por la rampa para llegar al Área de Urgencias, lo cual a su consideración no



Recomendación 3/2015

era cierto ya que el autobús si podía haber subido por esa rampa. Aclaró que el Área de Urgencias Obstétricas se encuentra en el primero piso del hospital por lo que su acceso es por la rampa exterior o por las escaleras, ya que no se cuenta con elevador.

Ante la negativa de que ingresara con el autobús, preguntó al policía si contaban con alguna camilla o silla de ruedas en la cual trasladar a su pareja al Área de Urgencias, pero dicho policía le dijo que no tenían ninguna de las dos cosas, por lo que en ese momento, la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] decidió subir caminando la rampa.

[...] [Nombre de la persona agraviada S] comentó que la rampa que describe como aquella con la superficie "antiderrapante", lo cual en otras circunstancias no sería de difícil acceso ya que no sintió el ascenso demasiado "pesado" pero al estar con dolores, tuvo que detenerse en varias ocasiones, cuatro veces de acuerdo a lo referido por el señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S].

Al llegar al Área de Urgencias no se encontraba personal médico ni de enfermería que los atendiera, por lo que una señora que se encontraba en la sala de espera con su familiar embarazada quien les indicó que tendrían que bajar las escaleras para registrarse en una libreta, por lo que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] procedió a sentarse en la sala de espera y el señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] bajó las escaleras, camino de espaldas a estas y en la primera oficina de lado izquierdo encontró la oficina que tiene cristal y mostrador para el registro de las personas.

En dicho lugar se encontraban varias personas formadas esperando poder registrarse, pero no había personal que las atendiera, al fondo de la oficina se observaba una servidora pública de bata rosa con flores platicando con un policía, quien al ver ya el número de personas formadas tardó entre 5 o diez minutos en acudir al mostrador y comenzar a registrarlas en una libreta de pasta gruesa color azul con las hojas rayadas con varios colores en el costado. Aclaró que varias de las personas que se registraron eran de otras especialidades y no de Ginecología, por lo que al llegar su turno le preguntó a la servidora pública si ese era el lugar para registrarse en Ginecología, a lo cual le respondió que sí y comenzó a preguntarle y anotar en la libreta los siguientes datos: nombre de paciente, quién acompaña, parentesco, cuántas semanas de gestación, síntomas.

Él le refirió a dicha servidora pública que su pareja estaba mareada, con dolores y que probablemente estaba ya por "dar a luz", situaciones que ésta no apuntó en la libreta y sólo le preguntó en donde se encontraba su pareja y nuevamente el número de semanas de gestación que tenía, por lo que le contestó que ella estaba arriba en la sala de espera y que tenía las semanas completas, que inclusive se había pasado por 1 o 2 días, que ya habían acudido a ese hospital previamente por la disminución del líquido amniótico pero la funcionaria le indicó que había mucha gente esperando antes que él y que era todo y que subiera con su pareja hasta que los llamaran para valoración. Aclaró que el segundo registro fue hasta que ya había nacido la bebé.

Al momento de subir a la sala de espera de Urgencias, en donde se encontraba su pareja, ésta le refirió que los dolores eran más constantes y que quería ir al baño, por lo que él le preguntó a un policía que se encontraba en esos momentos en el área, para



Recomendación 3/2015

solicitarle que revisaran a su pareja pero éste les refirió que no había nadie porque estaban en operación y al referirle que su pareja se sentía mal, dicho elemento sólo le contestó: "hasta que le hablen puede pasar".

Refirió la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] que al no aguantar más, le dijo a su pareja que iría al baño, el cual se encontraba a unos pasos de lugar en donde estaban sentados, pero que dejaría la puerta abierta y que cualquier cosa le gritaría. La señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] refirió que después de hacer "pipí" se estaba subiendo el pantalón cuando sintió que se le rompió "la fuente" y pensando en no hacer "un cochinerito" se bajó el pantalón y se acercó a la taza de baño, momentos en los que sintió la cabeza de la bebé y le gritó a su pareja, pero en esos instantes la bebé "nació". Aclaró que ella sintió que al momento de "nacer" el bebé, se cortó el cordón umbilical.

Al baño entraron unas señoras que estaban en la sala de espera quienes la ayudaron con el bebé, su pareja la ayudó a recostarse en el piso. Refiere su pareja que él quedó por momentos en "shock" y que su cuerpo no le respondía. Segundos después las personas que estaban en la sala de espera comenzaron a gritar al personal del hospital para que salieran a atenderla, a tocar en las puertas, pero nadie salía. El señor [...] [Nombre del concubino de la persona agraviada S] refirió que en la desesperación recuerda que hasta pateó una de las puertas, pero no salía nadie a ayudar a su pareja y bebé.

La señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] indicó que en esos momentos le dijo a su pareja que cargara a la bebé, momentos en los que entraron: un camillero que la ayudó a ingresar a la otra área del Hospital, así como una enfermera que recogió a la bebé de los brazos de su pareja. Aclaró que en su percepción el baño en el que sucedieron los hechos se encontraba limpio.

El señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] indicó que en su percepción transcurrieron entre diez minutos para que personal del hospital acudiera al baño y que él si escuchó que la bebé lloró mientras esperaban la atención médica. La señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] refirió que la llevaron a un consultorio en donde la pasaron a otra camilla y un doctor le dijo que se quitara la ropa, recorrió la cortina y salió del cuarto. Aclaró que el área a la que la llevaron sólo era para embarazadas. Pasaron entre diez y quince minutos, hasta que llegó otro doctor y le preguntó qué hacía allí y al referirle que había tenido a su bebé en el baño del hospital, indicó que nadie le había avisado que ella estaba en esa sala, pero comenzó a revisarla. Inmediatamente la llevaron a la sala de "expulsión" en donde le hicieron la limpieza correspondiente y revisaron a la bebé. Después la llevaron a el área de reposo y a la bebé en la incubadora, en donde permaneció un tiempo sin poder precisar cuánto para después llevársela y que la alimentara. Indicó que nunca le comentaron de algún estudio que le hubieran realizado a la bebé.

El señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] refirió que al momento de que ingresaron a su esposa, él comenzó a temblar por lo sucedido y fueron las demás personas que se encontraban en el lugar esperando que atendieran a sus familiares (aproximadamente cinco embarazadas), quienes comenzaron a tranquilizarlos. Durante todo el tiempo que transcurrieron los hechos, las pacientes



Recomendación 3/2015

embarazadas que se encontraban antes que ellos no habían sido atendidas, desconociendo los motivos de dicha situación.

A las 07:15 horas aproximadamente, le llamó quien dijo ser el pediatra para decirle que la bebé se encontraba bien y que no había sufrido daños como raspones. Posteriormente, en el área de recepción, le dieron la ropa de su pareja. Aclaró que hasta aproximadamente las 10:30 o 11:00 horas, fueron a limpiar el baño en donde sucedieron los hechos.

Al no recibir más información sobre su pareja o la bebé, se comunicó con sus familiares para que acudieran al Hospital. Al llegar su cuñado, acudieron a la otra entrada del Hospital a presentar su inconformidad por lo sucedido, pero el policía que se encontraba en el área de ingreso les informó que ni el Director o el Subdirector se encontraban en esos momentos, por lo que los llevaron con el Jefe de Turno.

Dicho servidor público suponían que no los quería atender, ya que solo pasaba enfrente de donde estaban sentados y les decía "ahorita los atiendo" y se retiraba, así en varias ocasiones, hasta que su cuñado se desesperó y le preguntó si los atendería o no. el funcionario visiblemente molesto y en forma grosera los pasó a una oficina en donde procedió a llamar por teléfono a alguien y solicitar información sobre la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] y su bebé, para después decirles que ambas se encontraban bien de salud. Su cuñado ya molesto por la atención que estaban recibiendo de parte de dicho servidor público, le externó la inconformidad por la falta de médicos, de informes y la mala atención que estaban recibiendo que si era necesario que acudieran con un abogado, a lo cual el funcionario contestó que "no es mi problema, hagan lo que quieran hacer, yo solo soy el encargado de turno, que no había personal en el área de urgencia por el cambio de turno".

Se salieron de esa oficina molestos, aproximadamente a las 11:30 o 12:00 horas y se dirigieron a la sala de espera en donde tuvieron conocimiento de que a su suegra ya le habían dado informes sobre la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] y la bebé, indicándoles que ambas se encontraban estables.

A las 15:00 o 15:30 horas, le llamó la trabajadora social del Hospital, quien le informó que su pareja ya se encontraba en "piso" y procedió a realizarle la entrevista correspondiente y darle las indicaciones sobre las cosas de higiene que eran necesario que le llevaran a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S], para que a las 17:00 horas, pasaran a visita.

A la hora de la visita, subió la mamá de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] para llevarle las cosas de higiene y es en esos momentos en que una enfermera le informó que le iban a realizarle estudios a la bebé, sin darle mayor información. Aclaró que el trato del personal médico y de enfermería del Hospital durante el tiempo que permaneció internada fue bueno ya que la revisaban a ella y a la bebé de manera constante.

Al darla de alta del Hospital, el personal médico le dice que estaba bien de salud pero no le dieron alguna otra indicación ni le dieron la hoja de cuidados ni le dijeron de alguna vacuna que le hayan aplicado a la bebé. En específico, no se le informa de repercusión alguna en su salud o en la de su bebé por el hecho de presentar, sin asistencia sanitaria idónea, su parto en el baño del Hospital.



Recomendación 3/2015

El señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] refirió que la enfermera le hizo firmar el alta de su esposa y la bebé y le dieron los documentos correspondientes. Que a los tres días regresaron al Hospital para que le "picaran" el talón a la bebé, la vacunaran y les dieron la cartilla de vacunación.

El señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] refirió que pusieron tres quejas en diferentes buzones de Hospital pero nunca recibieron respuesta, hasta un mes después, supone que derivado de la intervención de esta Comisión, recibieron llamada telefónica del Director del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", quien los citó en el hospital y fueron atendidos por el Subdirector Médico, que a diferencia del Jefe de Turno, los trató amablemente, les explicó que serían remitidos al Hospital Pediátrico de Iztapalapa para que valoraran a la bebé y les dio su número telefónico para que se comunicaran con él en caso de que no los quisieran atender en dicho nosocomio.

La señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] refirió que ha notado bien a la bebé, que después de que se solicitó nuevamente su valoración, fue revisada en el Hospital de Iztapalapa en donde determinaron que tenía principios de anemia y le mandaron medicina. Además de que les indicaron que tenían que llevarla al Instituto Nacional de Rehabilitación pero sin explicarles los motivos de dicha remisión. Desconoce cuál fue el resultado de la valoración del Hospital Pediátrico Iztapalapa.

En relación a su sentir por lo sucedido, el señor [...] [nombre del concubino de la persona agraviada S] manifestó sentirse enfurecido y triste y que inclusive cuando la trabajadora social se entrevistó con él, le refirió que esperaba que mejorara la atención en ese hospital para que otras personas no pasaran por los mismos hechos.

La señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] por su parte indicó que al momento de suceder los hechos sintió enojo ya que no podría comprender como en ese Hospital no hubiera personal médico para atender a los pacientes y más cuando tuvo conocimiento de que una señora embarazada estaba esperando que la atendieran desde las 22:00 horas del día anterior. De igual forma indicó que tuvo conocimiento de que en ese Hospital no se realizaban cirugías de control de natalidad y que tenía que ir a su Centro de salud, en donde acudió posteriormente y le brindaron el método anticonceptivo que ella decidió. [...]

138. Opinión médica de fecha 10 de abril de 2015, signada por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Se trata de paciente femenino de 23 años que acude a valoración obstétrica al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez (en adelante HEDBD), el día 18 de octubre de 2014 a las 06:37 horas. Presentando, a las 07:10 aproximadamente, presenta un parto fortuito en la taza del baño de dicho nosocomio. Derivado de lo anterior, se procede al siguiente análisis:

En primer término, se tiene que la paciente acudió a control prenatal a un Centro de Salud. De acuerdo a la valoración realizada por el servicio de Pediatría del Hospital Pediátrico Iztapalapa, la paciente tuvo 5 consultas prenatales las cuales, de acuerdo al numeral 5.2.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer



Recomendación 3/2015

durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, se refiere que cinco es el número mínimo de consultas prenatales que debe recibir una mujer embarazada de bajo riesgo.

Cursando con embarazo normo evolutivo hasta el momento en el que se realiza un ultrasonido obstétrico y se detecta oligohidramnios, razón por lo cual es referida al HEDBD, en donde tiene dos consultas previas a su trabajo de parto (03 y 06 de octubre de 2014). El oligohidramnios es una entidad que puede deberse a diversas situaciones médicas y es un factor de riesgo para diversidad de complicaciones fetales, por lo que, en caso de detectarse en el control prenatal, debe derivarse a una unidad médica con mayor poder de resolución, tal como se realizó en el presente caso.

En el HEDBD, se le realizan estudios en donde se descarta la presencia de oligohidramnios (escaso líquido amniótico que puede ser sugestivo de alguna patología fetal). Posteriormente la paciente acude cuando presenta su trabajo de parto el día 18 de octubre de 2014.

[...].De acuerdo a la Nota Médica Inicial de Urgencias del HEDBD, la paciente se registra a las 06:37 horas del día 18 de octubre de 2014. Las notas médicas respecto a la atención del trabajo de parto se encuentran registradas a las 07:47 horas de ese día. De acuerdo a la narración de la agraviada y a las notas anteriormente mencionadas, el parto ocurrió en algún momento (aparentemente fue a las 07:10 horas) entre las 06:37 y las 07:47 horas del día 18 de octubre de 2014.

La importancia de lo anterior radica en que, a la revisión del expediente clínico certificado del HEDBD, no se documenta atención médica de la paciente desde el momento en el que llega, hasta el parto fortuito. [...]

Respecto a la cuestión de la atención médica oportuna y adecuada, se observa que dentro de las Metas del Programa de Trabajo 2014, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, respecto a la atención médica de urgencias, se menciona que se seleccionaran a los pacientes por medio del Triage. En el caso en particular, el Triage obstétrico es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido.

En el caso en particular, no se documenta en el expediente clínico, que se le haya practicado el Triage obstétrico a la [...] [Nombre de la persona agraviada S], lo que ocasiona que no reciba una atención médica oportuna y se desconozca el estado de salud en el cual se encuentra el binomio al momento de la llegada al HEDBD por parte de la paciente. Lo que da como resultado que la paciente tenga un periodo de espera de 33 minutos aproximadamente y lo que finalmente desencadena la expulsión del producto en la taza de baño del HEDBD, con el traumatismo en la cabeza por parte del producto [...].

Considerando que el HEDBD es parte de los centros, que [...], forman parte de los hospitales resolutivos para la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo al Convenio General de Colaboración que celebra la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de Emergencias Obstétricas [...], el HEDBD debería contar con la infraestructura, los recursos y los requisitos de calidad para la atención de emergencias obstétricas.

Por lo anteriormente mencionado se observa que, un Hospital que debería de contar con la infraestructura para la resolución de cualquier tipo de Emergencia Obstétrica NO cuenta con un sistema de clasificación y valoración inicial de pacientes embarazadas, lo que condicionó que la paciente tuviera el periodo expulsivo en la taza del baño. Cabe

Recomendación 3/2015

hacer mención que al respecto, y después de entrevistar a la peticionaria [...], se obtiene que aparentemente en el HEDBD, no había médicos que atendieran a la paciente al momento en el que acude a valoración por qué estaban en cirugía. Se desconoce cuál fue la razón exacta del retraso en la atención, sin embargo, lo anterior condicionó una falta de la atención médica en el momento que se requirió y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

Es importante señalar que, el Triage obstétrico se encarga de valorar de forma objetiva si la paciente es candidata a pasar a la sala de tococirugía o no y establece un tiempo máximo de espera. [...]

También es importante señalar que, de acuerdo a[!] Programa de Acción Específico 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida de la Secretaría de Salud, una de los objetivos específicos y de las acciones planteadas en dicho programa, se refiere a la aplicación de Protocolos de atención hospitalaria y triage obstétrico. La aplicación del Triage obstétrico, sería un componente sustantivo y estratégico para Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social. En el presente caso, **no existe constancia en el expediente clínico que se haya valorado a la paciente de manera inicial por medio del Triage Obstétrico.** [Negritas fuera de texto original]

[...]

Al nacer en la taza de baño, el producto cae dentro de la misma golpeándose al caer. Por la misma razón se desconocen las condiciones clínicas al nacimiento, lo que si refiere la paciente [...] es que son las personas que se encuentran en la sala de espera quienes la auxilian en la atención del trabajo de parto, mientras el resto busca atención de los médicos del área de urgencias, tardando en promedio 5 a 10 minutos en acudir. La paciente refiere que al caer el producto a la taza de baño, se corta el cordón umbilical, corroborándolo la enfermera que recibió al producto de las manos del padre [...].

A la recién nacida se le dan las indicaciones médicas al egreso, las cuales se encuentran dentro de lo establecido en la bibliografía médica, sin embargo, en la nota de alta médica del servicio de Neonatología, así como en la hoja de Contrarreferencia médica NO se hace constar que la paciente haya sido producto de un parto fortuito, ni el mecanismo del mismo (caída a la taza del baño). Por tal motivo, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal solicita una valoración integral a la recién nacida para descartar alguna secuela neurológica por la mecánica de trauma anteriormente comentada. [...]

En el [...] Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", se refiere [sic] que en la exploración física que realizan las doctoras Jessica Valencia Avendaño y Diana Casiano, del Hospital Pediátrico Iztapalapa, se observa que se encuentra a la paciente [la hija recién nacida de la agraviada S] con integridad neurológica; sin embargo, realizan la aclaración en la nota anteriormente mencionada que la paciente presenta un riesgo neurológico elevado y que no se descarta secuelas a corto, mediano o largo plazo. Situación que no fue informada a la [...] [Nombre de la persona agraviada S] en el HEDBD. De lo anteriormente mencionado, se desprende que no se le informa a la paciente de forma oportuna a su egreso del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez de las probables repercusiones del parto fortuito y del traumatismo recibido al caer a la taza del baño de cabeza. [...]

Es de resaltar que, derivado de la atención pediátrica recibida por la recién nacida el día 20 de noviembre de 2014 por el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, se observa que se



Recomendación 3/2015

envía la paciente a estimulación temprana para favorecer neuro desarrollo. Sin embargo es enviada al Instituto Nacional de Rehabilitación. Es de importancia aclarar que el Instituto Nacional de Rehabilitación tiene un departamento de estimulación temprana, el cual se encuentra asociado a parálisis cerebral. En el presente caso, lo único que se documenta en la valoración realizada por el servicio de Pediatría del Hospital Pediátrico Iztapalapa es el diagnóstico de hipoxia/asfixia perinatal [...]. Se desconoce por qué se envía a un Instituto de salud y no a los centros de Estimulación temprana que se encuentran en diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

[...], la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] estuvo durante 33 minutos esperando la atención médica al interior del HEDBD. El periodo expulsivo (el cual va desde la dilatación completa del cérvix hasta la expulsión del producto), en pacientes multigestas (como es el caso), tiene una duración de 8.5 minutos en promedio y de 33 minutos en las primigestas (pacientes que cursan con su primer parto). Por lo que a la llegada de la paciente, se contaba con el tiempo suficiente para brindar una atención oportuna. Se desconoce cuál fue la causa del retraso en la atención de la paciente.

CONCLUSIONES

Existió mala práctica en la atención del trabajo de parto de la señora [...] [Nombre de la persona agraviada S] por lo siguiente:

1. No se le realiza una valoración médica oportuna ni adecuada para conocer el estado en el cual llega el binomio a solicitar atención médica inicial de Urgencias, el día 18 de octubre de 2014 a las 06:37 horas. De la revisión del expediente se observa que se le atiende 33 minutos después, ya cuando había presentado su trabajo de parto en los baños del Hospital a las 7:10 horas de ese día.

2. No existe constancia que se le haya realizado un triage obstétrico inicial.

De conformidad con el artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los establecimientos que brinden servicios de atención médica, están obligados a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido a otra Unidad Médica con el fin de preservar la vida y la integridad física de las personas, sin restricciones de ningún tipo. Por lo anterior, en el presente caso, no se encontraban establecidas las medidas para la valoración inicial del binomio materno fetal a su llegada al Hospital, con lo que se incumple, lo anteriormente mencionado.

3. El no valorarla de forma oportuna ocasiona que la paciente presente un parto fortuito en el baño, y que la recién nacida se impacte, aparentemente, de cabeza contra la taza de baño, presentando ruptura del cordón umbilical.

[...]

4. El parto fortuito y la mecánica del trauma ocasiona que la recién nacida presente un riesgo neurológico elevado y que no se puedan descartar secuelas a corto, mediano o largo plazo.

[...]

5. Existe omisión Institucional por parte del HEDBD, ya que al momento de los hechos analizados en el presente expediente, no existe constancia que se le haya realizado un triage obstétrico a la paciente. A pesar de ser una de las acciones establecidas en el Programa de trabajo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal del 2014 (Ver Referencia Bibliográfica 12, en el apartado VII del presente informe) y del Programa De Acción Especifico 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida implementado por la Secretaría de Salud.

[...]

Caso T. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D6887

139. Oficio número 589 de fecha 28 de octubre 2014, suscrito por la doctora Carmen Ganchola Sotelo, Directora del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que señala lo siguiente:

[...]

Se proporcionó la atención médica y los medicamentos necesarios [a la persona agraviada T]; se atendió un parto eutócico con presencia de hipotonía uterina, la cual fue revertida con medicamentos uterotónicos.

El recién nacido fue trasladado al Hospital Pediátrico [La] Villa para la atención médica indicada, secundaria al diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria, probable síndrome de adaptación pulmonar y asfixia recuperada, ya que nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales se encuentra en remodelación, para brindar un mejor beneficio al recién nacido [...].

140. Acta circunstanciada de fecha 13 de noviembre de 2014, signada por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta lo siguiente:

[...] a las 8:00 horas del viernes 24 de octubre de 2014 [...] [Nombre de la persona agraviada T] se presentó para una cita en [el Hospital Materno Infantil Inguarán] y los médicos determinaron realizarle un desprendimiento de membranas “porque el bebé ya estaba muy grande” y posteriormente regresó a su casa y alrededor de las 15:00 horas comenzó a sangrar abundantemente por lo que decidieron llevarla nuevamente al Hospital. Una vez ingresada, le comentaron los médicos que [...] [Nombre de la persona agraviada T] tenía 4 centímetros de dilatación del cuello uterino, por lo que debían ponerla en observación y aguardar a que tuviera mayor dilatación. Durante el transcurso de las horas, la dilatación aumentó hasta los 10 centímetros pero, según lo narrado por la peticionaria, los médicos le decían que su hija “se estaba poniendo muy loca y si no se calmaba no podían hacer nada”, haciendo firmar a la presunta agraviada cartas responsivas y de consentimiento informado, así como un supuesto pase de salida del Hospital. Ulteriormente, siendo alrededor de las 21:25 horas de ese mismo día, [...] [Nombre de la persona agraviada T] dio a luz; sin embargo, los médicos del citado nosocomio refirieron que ésta “no cooperó” y al momento de la cirugía se movió bruscamente provocando que le cortaran accidentalmente el recto, motivo por el cual sufriría de incontinencia rectal. Aunado a ello, los médicos le indicaron que su nieto nació con asfixia perinatal, ya que supuestamente “se metió otra vez” durante la cirugía, además de tener la cabeza “abollada”. Acto seguido, le dijeron que no había incubadoras en el Hospital, dado que se encontraba en remodelación; situación que no les fue informada en el área de urgencias al momento de ingresar a la presunta agraviada. Por último, la peticionaria precisó que fue hasta las 14:00 horas del sábado 25 de octubre pasado cuando el neonato fue trasladado al Hospital Pediátrico “La Villa” en una ambulancia, donde se le colocó en una incubadora debidamente sujetado y con suero. En dicho nosocomio permaneció una semana hasta el sábado 1º de noviembre [de 2014].

Por su parte, la [...] [Nombre de la persona agraviada T] manifestó que durante las horas en que estuvo esperando dar a luz en el Hospital Materno Infantil “Inguarán”, tuvo mucho dolor y efectivamente gritaba y se mecía en la camilla a raíz de ello, por lo que una doctora a través de intimidaciones le hizo firmar las cartas referidas para que



Recomendación 3/2015

asumiera la culpa o responsabilidad si algo le sucedía a ella o al bebé. Derivado del dolor que sentía, solicitó le realizaran una cesárea pero ésta no le fue practicada a pesar de haberlo solicitado. Además, los médicos le señalaron que no contaban con cuneros en el Hospital para su hijo, situación por la que solicitó le permitieran salir y por ello firmó su pase de salida; sin embargo permaneció en el multicitado nosocomio. [...] alrededor de las 20:00 horas, cuando ya tenía 10 centímetros de dilatación, una anestesióloga se presentó para supuestamente aplicarle anestesia y le dijo que si hacía "berrinches" se marcharía. Al estarla examinando le dio una fuerte contracción que la hizo sujetar el brazo de la doctora, quien se molestó y le dijo "te lo advertí", para después irse y no regresar.

[...] [Nombre de la persona agraviada T] señaló que el personal médico del Hospital nunca se identificó con ella y éstos se encontraban en una fiesta que realizaron dentro de las instalaciones con motivo del Día del Médico, situación por la cual asume que el doctor que la operó se presentó hasta las 21:00 a pesar de la dilatación que presentaba desde horas antes. Una vez en la cirugía, afirma que la "picaron" pero nunca le explicaron lo que le estaban haciendo y entraron varias enfermeras que comenzaron a hablar entre ellas en tono de burla. Tiempo después del parto, un médico pediatra les dio una explicación sobre el estado que guardaba el neonato y les permitió verlo en la incubadora donde fue colocado, aclarando que lo que no había era espacio suficiente para colocarlo en razón de las remodelaciones que sufre el Hospital. Al día siguiente fue dada de alta y el neonato trasladado al Hospital Pediátrico "La Villa" para que recibiera la atención médica oportuna [...].

141. Oficio número DIR/683/2014, de fecha 26 de noviembre de 2014, suscrito por la Doctora Carmen Ganchoa Sotelo, Directora del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que se señala lo siguiente:

[...] [Al momento de ingresar] se informa a la paciente [que el Hospital no contaba con cuneros] con aceptación de la información y firma al calce en la hoja frontal del expediente "se me informa que no había cuneros, ni el área de Pediatría funcionando en el Hospital" [sic].

[...] [La remodelación del Hospital] se inicia el 15 de septiembre del 2014 y hasta la fecha continúan los trabajos de remodelación de Neonatología.

[...] Todo paciente que acude al Hospital recibe atención en el área de Urgencias, es valorada y se le comenta la situación en la que se encuentra Neonatología. De acuerdo a su valoración, se entrega una hoja de referencia y contrarreferencia a hospitales cercanos a su domicilio, y en caso de presentar indicación para hospitalización, se ingresa y de acuerdo al diagnóstico se busca traslado a otro hospital, que cuente con lo necesario para la atención del binomio, en caso de ser una urgencia, se resuelve el embarazo, y si es necesario el posterior traslado del neonato a otra unidad hospitalaria.

[...] [Para continuar brindando la atención] se adaptó el área de UCIA para la atención del recién nacido que requiera esta área, la cual cuenta con todo lo necesario para brindar una adecuada atención teniendo únicamente tres incubadoras. Razón por la cual es necesario referir a las pacientes que no tengan una urgencia real, para evitar



Recomendación 3/2015

complicaciones y hacerlo oportunamente. Se solicitó apoyo por escrito a hospitales maternos y pediátricos para la recepción de pacientes canalizadas de esta Institución.

[...]

En nuestros manuales de procedimientos no se contempla una eventualidad de este tipo [pacientes obstétricas en trabajo de parto y poco cooperadoras] pero el actuar del médico de la Institución consiste en explicar la importancia de cooperar durante el trabajo de parto, para que el médico pueda realizar las maniobras necesarias para completar el mismo.

[...]

En caso necesario se cuenta con el apoyo del servicio de psicología para lograr que la paciente asimile el proceso del trabajo de parto y el acompañamiento en caso necesario, durante el periodo expulsivo.

No existe ninguna nota [médica en el expediente clínico, que señale si se ofreció a la paciente alguna alternativa para el control del dolor que la paciente presentó en el trabajo de parto].

[El día de la atención del Trabajo de Parto de la persona agraviada T] Si se contaba con el servicio de Anestesiología.

[...]

La episiotomía es un procedimiento que se valora en el momento de la expulsión del producto y de la distensión del periné. No es un procedimiento de rutina.

A su ingreso la paciente firma un consentimiento informado para procedimientos y tratamientos donde dice "acepto con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi consentimiento y autorizó a los médicos de este hospital para que se realice en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios entendiendo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud" Firmado por la paciente y por el familiar responsable, la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada T] al calce.

[En el Hospital Materno Infantil Inguarán] Si se cuenta con el equipo de gasometría la cual no es solicitada por el médico pediatra [que atendió al recién nacido], sin embargo [el médico tratante solicitó]: Radiografía de tórax, BH, QS y electrolitos séricos.

El día 24 de octubre [con motivo del día del médico] se realizó un desayuno elaborado por el personal de enfermería. (...)

[...]

142. Oficio número DGSMU/6777/14 de fecha 8 de diciembre de 2014, signado por el Doctor José Alfredo Jiménez Douglas, entonces Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual informa lo siguiente:

[...] Se anexa copia de la valoración neurológica completa realizada el 26 de noviembre de 2014 al RN [...] [Apellidos de la persona recién nacida T] por el Dr. Rubén García Ramírez, Neuropediatra adscrito al Hospital Pediátrico Legaria, quien en resumen diagnóstico: Daño neurológico secundario a encefalopatía hipóxico isquémica ocurrida al nacimiento [...].



Recomendación 3/2015

Notifican que la madre [...] [Nombre de la persona agraviada T] y la abuela materna [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada T] fueron orientadas para iniciar programa de estimulación temprana y se le indicó realizar nueva tomografía de cráneo en 3 meses como seguimiento en Consulta Externa de Neurología de Pediátrico de Legaria. [...]

143. Acta circunstanciada de fecha 6 de marzo de 2015, signada por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual constar lo siguiente:

[...]
Siendo aproximadamente las 11:50 horas del día de la fecha, el suscrito procedió a consultar la página electrónica <http://www.cedulaprofesional.sep.gob.mx/> con la intención de realizar la búsqueda de las cédulas profesionales de las enfermeras Selene Rebolgar Basurto y Flor María Osorio Morales, adscritas al Hospital Materno Infantil "Inguarán" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En ese sentido, se pudo constatar que la primera tiene asignada la cédula profesional número 2605317 y la segunda el número 2630384, ambas con profesión de Técnico en Enfermería y egresadas de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

144. Valoración de impacto psicosocial de fecha 17 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]
Resultado de Instrumentos de evaluación
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
Se obtiene un resultado [...] en las siguientes dimensiones: Dificultad para relajarse, miedo a que le suceda lo peor, sensación de inseguridad y dolores corporales; nerviosismo y miedo a perder el control.
Inventario de Depresión de Beck (BDI).
Se obtiene un resultado de [...] depresión moderada, de acuerdo a los criterios de corrección e interpretación de los datos. Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes dimensiones: Irritabilidad, aislamiento social y sentimientos de culpa.
Inventario de calidad de vida (InCaViSa)
Los hechos ocurridos representan una pérdida importante en su salud y estilo de vida. Puede experimentar continuamente sentimientos de culpa, enojo, tristeza y desesperanza. Posee capacidad de concentración, aprendizaje y se encuentra en un nivel razonable de bienestar emocional.
Conclusiones
Las afectaciones descritas en los apartados anteriores [...] respecto de [...] [Nombre de la persona agraviada T] y de su madre [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada T] están directamente relacionadas con los hechos de queja. Situación que representó una situación traumática con afectación en su salud, en su integridad física y psicológica; en su bienestar cognitivo, conductual, somático y social, así como un cambio en su proyecto de vida y de los otros integrantes de la familia, quienes constituyen víctimas indirectas.
[...]



145. Opinión médica de fecha 19 de marzo de 2015, suscrita por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 24 años de edad quien cursa con embarazo aparentemente normoevolutivo, el día 24 de octubre de 2014 acude a valoración al Hospital Materno Infantil Inguarán, para valoración médica y atención de trabajo de parto. Durante la atención de trabajo de parto se presentan diversas complicaciones. Se hace notar que, de acuerdo al expediente clínico, se deja asentado que la paciente no coopera durante la atención de trabajo de parto. Cuando nace el producto se requiere referenciarlo al Hospital Pediátrico La Villa para su atención y actualmente se encuentra en estimulación temprana y en valoración y seguimiento por parte de neurología pediátrica por posibles secuelas por hipoxia (falta de oxigenación) neonatal. Debido a lo anterior, se realiza el siguiente análisis:

Se observa que la atención prenatal que se le brindó a la paciente por parte del Hospital Materno Infantil Inguarán fue adecuada respecto al número mínimo de consultas, así como en la detección de factores de riesgo como lo marcan los numerales **5.1.6**, **5.2.2**, **5.2.3** y **5.3.2.1** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

La paciente refiere que acudió ese día por la mañana al Hospital Materno Infantil Inguarán (en adelante HMII), para valoración y que ahí le "despegaron las membranas". En el expediente clínico no se hace constar que la paciente haya acudido a valoración para dicho procedimiento el día 24 de octubre de 2014, por la mañana, como lo refirió en la entrevista [...], sin embargo es de importancia señalar que dicho procedimiento si es una maniobra obstétrica utilizada para iniciar el trabajo de parto⁵⁶, pero no existe constancia de que se le haya realizado en el HMII.

En el expediente clínico se observa que la paciente escribe que tomó té de manzanilla, indagando sobre el particular, el HMII responde que es una pregunta que se le realiza habitualmente a las pacientes [...], sin embargo es relevante señalar que, de acuerdo a los numerales **5.4.1.1** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, así como de los numerales **8.1** y **8.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico se menciona que en toda atención de trabajo de parto se debe elaborar una historia clínica y que dicha historia clínica, así como la nota médica de ingreso a hospitalización debe ser elaborada por el médico tratante, así como que dicha historia clínica debe incluir dentro

⁵⁶ Boulvain M, Stan C, Irion O. Despegamiento de membranas para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)



Recomendación 3/2015

del padecimiento actual, los tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales (Ver numeral 6.1.1 de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**). Debido a lo anterior, no existe sustento médico para que los médicos tratantes le pidieran a la paciente que realizará dicha manifestación en el expediente clínico, siendo que es parte de sus funciones de acuerdo a los numerales antes mencionados.

Ahora bien, en una de las notas iniciales [...] se observa que la paciente presenta dolor de grado 8 en una escala de 10. Al respecto es importante señalar que el dolor obstétrico depende de diversos factores, sin embargo es considerado uno de los dolores más severos e importantes que se puede llegar a sentir, incluso se ha comparado con un dolor similar a la fractura de un dedo. Dentro de la escala médica, para tratar de medir dicho dolor, existe la escala visual numérica la cual considera que un dolor severo se encuentra siempre por arriba del valor numérico 6.⁵⁷

En el presente caso, el dolor referido por la paciente fue de escala 8, esto es un dolor intenso. La literatura médica menciona que el dolor obstétrico es una experiencia no placentera, sensitiva y emocional, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño.

El trabajo de parto (TP), es un proceso fisiológico mecánico y dinámico; comprende tres periodos, el primer periodo caracterizado por la fase prodrómica y borramiento del cérvix, seguida de la fase de aceleración y dilatación completa del cuello uterino. El segundo periodo comprende el descenso de la presentación fetal por el canal del parto y termina con el nacimiento del feto. El tercer periodo del TP, el alumbramiento, ligado con la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

El dolor durante el trabajo de parto tiene un componente somático y visceral, relacionado con la activación de nociceptores y reflejos espinales desencadenados en órganos como: útero, cérvix, músculos abdominales, periné y estructuras osteoarticulares de la pelvis. La nocicepción es variable, dependiendo de múltiples factores como: edad, paridad, raza, nivel socioeconómico, estadio del parto y complicaciones del mismo. El estímulo doloroso es transmitido a los segmentos espinales torácicos T10-12 y lumbares L1, en la primera fase, responsable del dolor por dilatación del cérvix durante el 1er periodo del trabajo de parto (dolor visceral) e involucra las fibras sacras S2-S4 en la segunda fase (periodo expulsivo) del 2do periodo del trabajo de parto (dolor somático).

Considerando lo anterior, es que el dolor de tipo obstétrico debe ser valorado y controlado específicamente por el médico anestesiólogo. También es de importancia que el dolor, no sólo es una percepción subjetiva, ya que genera cambios a nivel fisiológico y bioquímico que repercuten en el binomio lo que puede generar trabajo de parto disfuncional.

La oxitocina es un medicamento de uso generalizado en las salas de parto, y su uso se basa en el hecho de inducir y conducir el trabajo de parto, así como en la prevención de hemorragias obstétricas. En el presente caso no se explica que, de acuerdo al partograma, era un trabajo de parto en fase activa, con una evolución adecuada, por lo

⁵⁷ C. Pardo1; T. Muñoz y cols; Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC, Med. Intensiva v.30 n.8 Barcelona nov. 2006.

Recomendación 3/2015

que, médicamente, no existía razón para la conducción del mismo. Las contracciones uterinas se reportan de adecuada [...] sin datos clínicos de trabajo de parto estacionario.

Ahora bien, es de importancia considerar que el uso de la oxitocina, conlleva dolor a nivel obstétrico, cuestión que no se valoró adecuadamente. De acuerdo a lo señalado en las respuestas del Hospital Materno Infantil Inguarán [...], se observa que no existe personal sanitario alguno que se responsabilice de haber aplicado oxitocina a la paciente, ya que las enfermeras adscritas al servicio de Tococirugía refieren que desconocen su letra y la firma, así como aseguran no haber suministrado dicho medicamento a la paciente. Al respecto, es de importancia señalar lo siguiente, el visitador encargado del expediente de queja, [...] realizó una búsqueda de ambas enfermeras en el Registro Nacional de Profesionistas, y obtuvo que ambas se encuentran registradas como técnicas en enfermería [...].

De acuerdo a lo señalado en el numeral **6.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud se refiere que las enfermeras a nivel técnico, están facultadas para realizar acciones de mediana complejidad (que son las que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad) y están facultadas para realizar acciones interdependientes (Se refiere a las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros) derivadas del plan terapéutico. En ese sentido, el servicio de enfermería no se encontraría facultado para administrar oxitocina si no se estableciera en el plan terapéutico.

Derivado de lo anterior, se revisan las indicaciones médicas y en las mismas **NO** se observa alguna indicación de administrar oxitocina. Ahora bien, de acuerdo al numeral **0 y 9.1** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**.

Del expediente clínico, se menciona que es de importancia que enfermería coadyuve en el correcto registro de las acciones del personal de salud, así como las indicaciones para la adecuada elaboración del reporte. Situación que no se llevó a cabo incumpliendo los numerales **0 y 9.1**, de la norma anteriormente mencionada, puesto que el servicio de Enfermería del HMII desconoce quien realizó las anotaciones y ministración del medicamento a la paciente, a pesar de la responsabilidad de dicho servicio sobre la seguridad de la misma.

Así las cosas, de acuerdo a lo descrito en el expediente clínico, se observa que se suministró un medicamento no indicado a la paciente, esto es, que existió un error en la ministración del medicamento oxitocina. El personal de salud desconoce quién administró dicho medicamento, lo discutido anteriormente genera una falta en la



Recomendación 3/2015

seguridad del paciente,⁵⁸ lo que en el presente caso se traduce en la aplicación inadecuada de un medicamento. Oxitocina, sin el conocimiento ni del personal de enfermería ni del personal médico, por lo que en el plan terapéutico, no se contempló las posibles consecuencias y/o debido manejo y monitorización de los efectos secundarios de dicho medicamento.

Al respecto, se observa que no se le brindó a la paciente atención respecto al dolor que presentaba, a pesar de contar con médicos anestesiólogos [...], lo cual se desconoce el porqué de dicha acción, con lo anterior se provocó en la paciente un sufrimiento innecesario. Cabe mencionar que a la paciente no se le brindó una atención integral respecto al manejo del dolor, ya que no se le ofreció una valoración anestésica y con ello un manejo del dolor de manera adecuada, tampoco se le brindó el acompañamiento de psicología, como lo mencionan en sus respuestas [...].

Es importante recalcar que los objetivos de la analgesia en el trabajo de parto son: Proveer analgesia adecuada con anestésicos locales, opiáceos y otros adyuvantes de uso neuroaxial comprobado. Evitar los efectos indeseables de las drogas antes mencionadas sobre el feto. Mantener normal la fisiología materna. Mantener normal el flujo sanguíneo útero placentario. Mantener normal el aporte de oxígeno a la madre y el feto y para llevar a cabo dichos objetivos, se requieren las siguientes acciones: Valoración preanestésica lo antes posible para revisar la historia clínica completa, particularmente los antecedentes quirúrgicos, obstétricos y anestésicos, así como la terapéutica empleada. Se debe hacer un examen físico integral y registrar el estado fetal. Analizar los exámenes de laboratorio. Obtener la Hoja de Consentimiento bajo Información, firmada por la paciente y los testigos, consignando en ella los riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos relacionados con el trabajo de parto, la posibilidad de operación cesárea, fórceps, laparotomía, etc., así como aquellos que impliquen la posible pérdida fetal, el parto prematuro, el recién nacido de bajo peso, la necesidad de cuidados intensivos de un prematuro o de la enferma entre otros. Tratar de cumplir con el ayuno (mínimo 8-12 horas) Disminuir las dosis de anestésicos y adyuvantes en cualquiera de las técnicas a utilizar, ya que en la embarazada, por sus cambios fisiológicos, los requerimientos de fármacos están disminuidos.⁵⁹

En el presente caso, no es posible aseverar que se le brindó analgesia obstétrica a la paciente, tal como lo refiere la nota de alta e indicaciones médicas [...], debido a que no existe constancia en el expediente clínico de que se hayan realizado las acciones necesarias para la aplicación de dicha analgesia durante el trabajo de parto de la paciente: Valoración preanestésica, hoja de consentimiento informado y el manejo de algún medicamento anestésico.

⁵⁸ Zarza Arizmendi María Dolores y cols, El Currículum de Enfermería y la Seguridad del Paciente, Revista CONAMED, Vol 13, julio-septiembre 2008, pp. 33-37.

http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_enero-marzo_2009.pdf

⁵⁹ Marrón Peña Manuel, ANALGESIA/ ANESTESIA NEURO AXIAL PARA EL TRABAJO DE PARTO, XI Curso de Actualización en Anestesiología en Ginecología y Obstetricia, publicado en Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia, <http://www.smago.org.mx/memorias/XI-CURSO-ACTUALIZACION-MAYO-2010/02.pdf>.



Recomendación 3/2015

En la Hoja frontal del expediente clínico [...] se hace constar que se le informa a la paciente que no hay cuneros en el HMII, la hora en la que se encuentra asentada se le brindó dicha información a la paciente es a las 22:30 horas del día 24 de octubre de 2014 cuando, de acuerdo a la nota inicial de Urgencias, la paciente ingresa a las 17:40 horas y el producto nace a las 21:25 horas [...], lo anterior, hace constar en el expediente clínico que la paciente no fue informada de dicha situación a su ingreso a hospitalización. Incluso, fue informada posteriormente, cuando se hizo patente la necesidad de trasladar al recién nacido a otra unidad hospitalaria ya que en la de origen (HMII) no se contaba con el recurso.

Lo anterior conlleva al hecho de que, de acuerdo a las documentales médicas analizadas, la paciente a su ingreso no fue informada de la falta de cuneros y su repercusión en la atención de su trabajo de parto. Lo anterior, no está de acuerdo a lo señalado en el numeral 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes. Cabe mencionar que la señora [...] [Nombre de la persona agraviada T], posterior a su parto, se mostró ansiosa, angustiada y preguntando de manera insistente por su hijo. [...]

De las respuestas brindadas por el HMII, se desprende que no existe un protocolo para la atención de pacientes obstétricas poco cooperadoras. Es de importancia señalar que no se explica en el expediente clínico en qué consiste y cuál fue el motivo aparente de la poca cooperación de la paciente. En el expediente clínico no se hace constar que se haya permitido el ingreso de algún familiar o se le haya brindado el apoyo psicológico durante su trabajo de parto.

Acciones que, de acuerdo a la respuesta realizadas por la Dra. Carmen Canchola Sotelo, mediante el Oficio DIR/683/2014 del día 26 de noviembre de 2014 [...], son las que correspondería hacer por parte del personal de salud del HMII. El acompañamiento emocional ocurre después del parto y el mismo fue realizado por personal de enfermería dentro de sus intervenciones y acciones (NIC). [...]

Se realiza el traslado del neonato al Hospital Pediátrico La Villa, sin embargo dicho Hospital refiere, en su nota de ingreso, que desconoce las condiciones de nacimiento y las maniobras que se aplicaron ya que ni en la nota de referencia ni el médico que realizó el traslado tenían conocimiento de cuál había sido el manejo del paciente [...] Por lo que en ese aspecto el HMII no cumplió con lo señalado en los numerales **6.2.6.3** y **6.2.6.6** de los **Lineamientos Para La Referencia y Contrarreferencia** De Pacientes Pediátricos De Población Abierta De La Ciudad De México Y Área Conurbada Del Estado De México, en el apartado de traslado interhospitalario.

Al administrar oxitocina (ya que se registró su aplicación, independientemente de quien la haya ministrado), y no contar con la adecuada vigilancia obstétrica del binomio ya que no se observa que haya existido vigilancia de las contracciones uterinas [...] se omitió el cuidado que las pacientes manejadas con dicho medicamento deben de recibir. Medicamento al administrar oxitocina, se debe de vigilar estrechamente el trabajo de parto, las contracciones y la salud materno fetal.

Ahora bien, también es de importancia señalar que, de uno de los factores de riesgo para que se presente encefalopatía hipóxico isquémica [...], como en el presente caso



Recomendación 3/2015

es la aplicación de oxitocina en cualquier momento del trabajo de parto.⁶⁰ No se puede establecer que la oxitocina sea la única responsable de la encefalopatía hipóxica isquémica que presentó el producto, si es un factor de riesgo perinatal para que se presentara el mismo. Si a lo anterior, le agregamos que uno de las consecuencias de presentar dolor prolongado durante el trabajo de parto ocasiona constricción arterial y como consecuencia hipoperfusión uterina, hipoxia fetal y acidosis fetal, contamos ya dos factores de riesgo que no fueron controlados por el equipo de atención médica que atendió a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada T].

VI. CONCLUSIONES

1. La atención obstétrica recibida por la paciente durante su trabajo de parto, **no** fue adecuada ni oportuna, ya que se observaron las siguientes irregularidades:

a) El personal médico tratante invita a la paciente a escribir que ingirió té de manzanilla, cuando era obligación del mismo y no de la paciente, documentar ese hecho en la historia clínica del expediente clínico, tal como lo señalan los numerales: **5.4.1.1** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, así como de los numerales **8.1 y 8.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico. No existe alguna razón médica que obligue a la paciente a realizar dicha acción.

b) No se realizó valoración analgésica a la paciente, tal como lo marca el Algoritmo 2 de la Guía para la Vigilancia y Manejo del Parto de la Secretaría de Salud, así como la bibliografía médica consultada al respecto. A pesar de que la paciente ingreso con un dolor con una puntuación de 8, el cual estuvo presente durante el tiempo que duró su trabajo de parto en la hospitalización. Lo anterior, de acuerdo a la literatura médica consultada ocasiona hipoperfusión uterina, hipoxia y acidosis fetal.

c) La falta de cooperación de la paciente fue secundaria a la presencia del dolor obstétrico que la paciente presentaba. No existe constancia en el expediente clínico que se le haya brindado a la paciente el acompañamiento emocional ni por parte de sus familiares, a pesar de que estos querían entrar a ver a la agraviada [...] ni por parte de psicología. Por lo anterior y sumado a la administración de oxitocina (medicamento que ocasiona contracciones dolorosas), se observa que se le ocasionó a la paciente un sufrimiento innecesario.

d) Se le administra a la paciente sin indicación médica, el medicamento oxitocina. Enfermería desconoce quién aplicó dicho medicamento. Lo anterior no cumple el deber de seguridad para con la paciente. El servicio de enfermería, con el nivel académico

⁶⁰ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica Isquémica en el Recién Nacido, México, Secretaría de Salud, 2010.

Recomendación 3/2015

que presentan, solo estaría facultadas para realizar actividades interdependientes con otros miembros del equipo de salud y en conjunto con los mismos, por lo tanto, no estarían facultadas para suministrar medicación alguna si no lo establece el plan terapéutico, por lo anterior se incumple el numeral **6.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

e) Al desconocer quién de las enfermeras en el turno suministro y dej[ó] constancia en el expediente clínico de la aplicación del medicamento oxitocina, se incumplieron los numerales **0** y **9.1** de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.

f) No se le informa a la paciente de forma oportuna a su ingreso al Hospital Materno Infantil Inguarán de la falta de cuneros y las probables repercusiones de dicha falta. Existe constancia que se le informa posterior al nacimiento de su hijo. Lo que no está de acorde a lo señalado en el punto 5 de la **Carta de Derechos de los Pacientes**, así como a la **fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud**.

g) La Referencia del neonato, de acuerdo a la valoración del Servicio de Pediatría del Hospital Pediátrico La Villa, no fue la adecuada, ya que el Hospital receptor (Hospital Pediátrico La Villa), no supo el manejo que se le brindó al paciente en el Hospital Materno Infantil Inguarán, con lo anterior el Hospital Inguarán no cumplió con los numerales **6.2.6.3** y **6.2.6.6** de los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México.

h) Por lo anterior se puede mencionar que el personal de salud del Hospital Materno Infantil, que dio la atención a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada T] y a su hijo, incumplió su obligación de medios diagnósticos y terapéuticos, así como una falla en la seguridad de la paciente suministrando un medicamento no indicado por el personal médico (oxitocina) y un incorrecto llenado del expediente clínico por parte del personal de enfermería. Por lo anterior se puede establecer que existió mala práctica médica⁶¹ en la atención brindada a la señora [...] [Nombre de la persona agraviada T].

2. De acuerdo a lo señalado en el apartado de análisis se observa que el daño aparente se presentó en el recién nacido y consistió en Daño neurológico secundario a encefalopatía hipóxico isquémica ocurrida al nacimiento [...]. En el presente caso se observan dos factores que pueden condicionar, médicamente, la encefalopatía hipóxico isquémica: el dolor sostenido e intenso que presentó la paciente y el manejo de oxitocina sin indicación médica. Ambos factores eran controlables por el personal sanitario que atendió a la paciente.

3. Se observa que el no apego a la literatura médica establecida y a las Guías de Práctica Clínica, ocasionan que surjan complicaciones, como en el presente caso, y el trabajo de parto se convierta en una experiencia traumática. Se sugiere valoración psicológica de la paciente y seguimiento del neonato por las posibles secuelas que se pudieran presentar posteriormente.

[...]

⁶¹ Bañuelos Delgado Nicolás, La Mala Práctica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/mala_practica.pdf.



Caso U. Expediente CDHDF/III/122/VC/15/D0409

146. Minuta de la primera sesión extraordinaria de diciembre de 2014 del Subcomité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal de fecha 15 de diciembre de 2014, suscrita por el presidente del subcomité, Dr. Julio Cesar Plascencia Beltrán, la cual obra en el expediente clínico y contiene la siguiente información:

		SECRETARÍA DE SALUD HOSPITAL GENERAL TLAHUAC MINUTA DE LA PRIMERA SESIÓN EXTRAORDINARIA DE DICIEMBRE DEL 2014 DEL SUBCOMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, MATERNA Y PERINATAL	
Convoca:	Dr. Francisco de Jesús Moreno Rodríguez	Lugar de la Reunión:	SALA DE JUNTAS DE LA DIRECCIÓN
Fecha:	15-12-14	Hora de Inicio:	12:00hrs
		Hora de Término:	13:00 hrs
		Minuta:	SECRETARÍA DE SALUD
TEMA GENERAL:			
Muerte Materna ocurrida el día diciembre del 2014			
OBJETIVO DE LA SESIÓN DEL COMITÉ:			
Determinar si las causas de la defunción fueron complicaciones propias del embarazo, cesárea o puerperio.			
ORDEN DEL DÍA:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de Asistencia. 2. Presentación del caso. 3. Elaborar Dictamen, Cuestionario Confidencial y Estabones Críticos 			
DESARROLLO DE LA REUNIÓN:			
<p>2. Se presenta el expediente de la paciente Ana Karla, femenino de 15 años que ingresa referida del Hospital Materno infantil de Iguaran el día 09 de Diciembre del 2014</p> <p>3. Los miembros del subcomité opinan que las pacientes son trasladadas sin estabilizar ni intubar y que la paciente fue extubada antes de tiempo.</p> <p>4. Se recomienda que para aceptar pacientes de traslado deben de ser enviados estables con médico que presente al paciente y con resumen completo de los actos quirúrgicos e historia clínica.</p> <p>5. Se sugiere que en pacientes con antecedentes de hemorragia masiva, se prolongue el tiempo de intubación hasta que los indicadores biológicos mejoren,</p> <p>6. No generan acuerdos al respecto ya que a opinión del SCMHMP, tomando en cuenta las condiciones en las que se recibe al paciente, se trató de una muerte inevitable, con calidad de atención calificada como buena.</p>			



Recomendación 3/2015

147. Escrito recibido el 25 de enero de 2015 signado por los padres de la persona agraviada T, el cual contiene la siguiente información:

[...] EL D[Í]A 4 DE DICIEMBRE DEL 2014 LLEV[É] A MI HIJA AL HOSPITAL INGUAR[Á]N PORQUE TEN[Í]A DOLORES ELLA ESTABA EMBARAZADA PERO ME LA REGRESARON PORQUE EL DOCTOR LE DIJO QUE EL BEB[É] SE ESTABA ACOMODANDO Y QUE LE ESTABA AVISANDO QUE YA I[B]A A SALIR PERO A PARTIR DE ESA FECHA LE SIGUIERON DANDO DOLORES Y LE SAL[Í]A FLUJO CON SANGRE YO LA LLEV[É] A UN HOSPITAL PARTICULAR EL D[Í]A 8 DE DICIEMBRE EL DOCTOR LE HIZO UN ULTRASONIDO Y NOS COMENT[Ó] QUE EL BEB[É] YA CASI NO TEN[Í]A L[Í]QUIDO Y NOS DIO UNA HOJA ESPECIFICANDO QUE LA TEN[Í]AN QUE DETENER Y OPERARLA ESE MISMO DÍA 8 DE DICIEMBRE MI ESPOSA Y YO LA LLEVAMOS AL HOSPITAL INGUAR[Á]N MI HIJA PAS[Ó] A REVISI[Ó]N Y DESPU[É]S DE MEDIA HORA SALIERON A DECIRNOS QUE SE QUEDABA MI ESPOSA [MADRE DE LA AGRAVIADA U] ENTR[Ó] CON EL M[É]DICO QUE LA REVIS[Ó] Y LE DIJO QUE I[B]A A SER [SIC] CES[Á]REA PORQUE [EL] BEB[É] VEN[Í]A SENTADO ESO FUE A LAS 15 HRS. EN ESE LAPSO NUNCA NOS INFORMARON NADA HASTA LAS DOCE DE LA NOCHE NOS INFORMARON QUE SE HAB[Í]A ALIVIADO A LAS 16 HRS. CON 50 MINUTOS QUE FUE CES[Á]REA Y QUE ELLA Y EL BEB[É] ESTABAN EN RECUPERACI[Ó]N QUE NOSOTROS NO TEN[Í]AMOS NADA QUEHACER AHÍ Y QUE NOS PASARAMOS A RETIRAR HASTA OTRO D[Í]A PARA LLEVARLE SUS COSAS DE A[S]JE O PERSONAL EL DÍA 9 DE DICIEMBRE NOS MARCARON PARA DECIR QUE ERA URGENTE QUE ALGUIEN ESTUVIERA CON ELLA AL LLEGAR AL HOSPITAL A MI ESPOSA LE COMENTARON QUE MI HIJA HAB[Í]A SANGRADO MUCHO DICHIENDO QUE A LO MEJOR ELLA HAB[Í]A HECHO UN MOVIMIENTO BRUSCO Y AL NO HABER NADIE CON ELLA DURANTE LA NOCHE CON AUTORIZACI[Ó]N O SIN ELLA TUVIERON QUE HACERLE OTRA CIRUG[Í]A PORQUE HAB[Í]A PERDIDO M[Á]S DE 4000 MILILITROS DE SANGRE Y QUE ESTA[B]A GRAVE AVISARON QUE TEN[Í]AN QUE TRASLADARLA DE URGENCIA AL HOSPITAL TL[Á]HUAC EN AMBULANCIA MI HIJA I[B]A ENTUBADA Y QUE I[B]A SEDADA NOS DIJERON QUE AHÍ NO TEN[Í]AN EL EQUIPO MÉDICO PARA ATENERLA Y TEN[Í]AN QUE LLEVARLA AHÍ PARA ATENDERLA EN TERAPIA INTENSIVA LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL INGUAR[Á]N EN UN LAPSO DE 7 HRS. NO ESTUVIERON AL PENDIENTE DE MI HIJA LA DEJARON DESANGRAR Y COMO ES MENOR DE EDAD TEN[Í]A 15 AÑOS ALGUIEN TEN[Í]A QUE QUEDARSE PERO SE NEGARON A QUE [NOS] QUEDÁRAMOS; NO AUTORIZAMOS QUE LA OPERARAN DE NUEVA CUENTA, QUE LA TRASLADARAN EN AMBULANCIA. [...]

148. Oficio No. 104 de fecha 13 de febrero de 2015, suscrito por la Directora del Hospital Materno Infantil Inguarán, Doctora Carmen Canchola Sotelo, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] SE BRIND[Ó] LA ATENCIÓN MÉDICA EL 4 DE DICIEMBRE DEL 2014 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ACUDE A LAS 7:17 HORAS POR DOLOR OBSTETRICO REGULAR A LA EXPLORACI[Ó]N FÍ[SICA PRESENTE PRODUCTO [Ú]NICO VIVO EN PRESENTACI[Ó]N PELVICA CON FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 134 LATIDOS POR MINUTO, TACTO VAGINAL CÉRVIX POSTERIOR CERRADO Y FORMADO CON EXPULSI[Ó]N DE MOCO POR VAGINA CON DIAGN[Ó]STICO DE EMBARAZO DE 39 SEMANAS + PRODUCTO PELVICO, EN PRODROMOS DE TRABAJO DE PARTO PROBABLE RESTRICCIÓN DEL CR[É]CIMIENTO



Recomendación 3/2015

INTRAUTERINO (FONDO UTERINO DE 27 CENTÍMETROS) SOLICITA ULTRASONIDO OBSTETRICO PARA CORRELACIONAR EDAD GESTACIONAL Y NORMAR CONDUCTA AL REALIZAR UNA REVISIÓN DE LA LIBRETA DE CITAS EN EL SERVICIO DE ULTRASONOGRAFÍA NO SE ENCUENTRA REGISTRADA. LA PACIENTE YA NO REGRESÓ HASTA EL 8 DE DICIEMBRE DE 2015.

SE DAN INFORMES AL INGRESO HOSPITALARIO A LA [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] AL INGRESO A LA UNIDAD DE TOCO CIRUGÍA Y PREVIO A LA CIRUGÍA (CESÁREA) FIRMANDO HOJA DE QUIRÚRGICA LA MADRE DE LA AGRAVIADA PERSONA U.

EL DÍA 9 DE DICIEMBRE DEL 2014 SE INFORMA SOBRE UNA CIRUGÍA DE URGENCIA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA FIRMANDO EN HOJA QUIRÚRGICA [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U].

INGRESA EL 8 DE DICIEMBRE DEL 2014 A LAS 13:30 HORAS QUIEN ES VALORADA Y SE DECIDE SU INGRESO A LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

EMBARAZO DE 40 SEMANAS DE GESTACIÓN + REPRESENTACIÓN PELVICA + OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO + PR. RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO INGRESA A LA UTQ A LAS 15:15 HORAS DONDE SE DECIDE LA INTERRUPCIÓN VÍA ABDOMINAL POR MÁXIMO BENEFICIO MATERNO FETAL. SE SOLICITAN PARACLÍNICOS Y REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO PARA VALORAR RESERVA PLACENTARIA.

LABORATORIOS BH: HEMOGLOBINA DE 14.9, HEMATOCRITO 44.3 PLAQUETAS 151,000, LEUCOCITOS 10490 TP: 9.9, TPT: 33.1 GRUPO Y RH: A POSITIVO, GLUCOSA: 7, BUN: UREA: 17, CREATININA: 0.6.

SE INGRESA A QUIRÓFANO APROXIMADAMENTE A LAS 16:20 HRS, SE INICIA BLOQUEO PERIDURAL A LAS 16:33, INICIA LA CIRUGÍA 16:47, TERMINO DE CIRUGIA: 17:18 HORAS MEDIANTE HISTERECTOMÍA TIPO KERR SE OBTIENE PRODUCTO ÚNICO PÉLVICO MASCULINO A LAS 16:52 HORAS CON UN PESO DE 2600 GR, TALLA: 48 CMS, APGAR 8-9, CAPURRO DE 38 SEMANAS, SIN LÍQUIDO AMNIÓTICO CON PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y PASA A RECUPERACIÓN.

EN RECUPERACIÓN SE OBSERVA LIGERO SANGRADO DE HERIDA QUIRÚRGICA INDICANDO HIELO Y VENDAJE COMPRESIVO A LAS 19:30 HORAS. POSTERIORMENTE SE ENVÍA A HOSPITALIZACIÓN A ALOJAMIENTO CONJUNTO.

INGRESA A PISO CON SIGNOS VITALES ESTABLES, CURSANDO PUERPERIO QUIRÚRGICO INMEDIATO.

EL DÍA 9 DE DICIEMBRE DE 2014 EN HOSPITALIZACIÓN A LAS 7:38 HORAS PRESENTA PALIDEZ DE TEGUMENTOS, HERIDA QUIRÚRGICA CON SANGRADO ACTIVO CON TA: 80/50 FRECUENCIA [SIC] CARDIACA DE 102 POR MINUTO, PRESETANDO DISNEA Y DESORIENTACION, ABDOMEN CON HERIDA QUIRÚRGICA CON SANGRADO ACTIVO MOTIVO POR EL QUE ES ENVIADA A LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA, SE TOMAN LABORATORIOS ENCONTRANDO



Recomendación 3/2015

HEMOGLOBINA DE 6.6 HEMATOCRITO DE 19.5 PLAQUETAS DE 158.000, LEUCOCITOS DE 12,820, SE SOLICITAN PAQUETES DE PLASMA FRESCO CONGELADO Y CONCENTRADOS ERITROCITARIOS, SE ENVÍ[A A LA UTQ.

A LAS 8:08 APROXIMADAMENTE INGRESA A LAS UTQ, CON DX, DE PUERPERIO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO + SANGRADO DE HERIDA QUIRÚRGICA ACTIVO, PASA A QUIRÓFANO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA INGRESA A QUIRÓFANO A LAS 8:20 HORAS BAJO ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA SE INICIA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA A LAS 8:30 HORAS ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES HALLAZGOS SANGRADO EN CAVIDAD PELVICA DE 2,000 CC. APROXIMADAMENTE, HEMATOMA DE 6-7 CM EN COMISURA IZQUIERDA Y DE TRES CM EN COMISURA DERECHA, HEMATOMA SISEANTE EN APONEUROSIS Y MÚSCULO. EN SITIO DE HISTERORRAGIA SE ENCUENTRAN PUNTOS SANGRANTES POR LO QUE SE REALIZA B-LINCH, SE OBSERVAN VASOS SANGRANTES EN ESPACIO DE RETZIU LOS CUALES SE LIGAN, SE LIGAN ARTERIAS PERFORANTES, TERMINO DE CIRUGÍA 09:47 HRS, PACIENTE ES TRASLADADA A HOSPITAL GENERAL DE TLÁHUAC A TERAPIA INTENSIVA

EL MÉDICO QUE REALIZÓ LA OPERACIÓN CESÁREA YA NO LABORA EN ESTE HOSPITAL DESDE EL 01 ENERO 2015. [...]

149. Acta circunstanciada de fecha 7 de marzo de 2015, suscrita por un visitador adjunto, adscrito a esta Comisión, en la cual se hace constar la siguiente información:

[...]

La entrevista se realizó en una la Sala de Juntas, encontrándose presente por parte del Hospital Inguarán la Dra. Carmen Canchola Sotelo, Leticia Morales, Jefa de Enfermería, Ericka Lora Ángeles, Héctor Arrollo García, Jefe de Unidad Departamental de Enlace Administrativo de la Dirección del HMI y la enfermera Patricia Sánchez.

La entrevista se entendería con ésta última, quien atendió a la [nombre de la persona agraviada U], por lo que en uso de la voz y en respuesta previa pregunta acerca de si recordaba los hechos ocurridos el 8 de diciembre del año pasado -día en que la referida fue atendida en ese Hospital en atención al embarazo que presentaba-, inició narrando que después del parto, encontrándose la [paciente] en el área de piso, mostraba inquietud en el sentido de que se quería retirar de ese lugar para con sus familiares, lo anterior alrededor de las 5 de la mañana. La enfermera refiere que le insistían mucho en que no se parara y que debía permanecer ahí. Sin embargo, la paciente durante todo el turno se mantuvo inquieta y ansiosa.

Posteriormente, refiere que la [paciente] se desvaneció probablemente porque se había caído, (en ese momento no tenía al recién nacido con ella), solicitando ella la intervención del Dr. Carlos Salgado del Área de Urgencias alrededor de las 05:35 am., (el cambio de turno se realiza a las 06:50 am.) quien le indico de manera verbal [que le aplicara] una carga de solución Hartmann, sin acudir a revisar a la paciente y sin revisarla.

Como no observó mejoría en la paciente, posteriormente dio aviso al Dr. Manríquez, quien la revisó de forma superficial aproximadamente a las 5:50 am, quien no realizó



Recomendación 3/2015

modificación alguna del tratamiento, mencionando que ninguno de esos dos doctores dejaron registro de su intervención o realizaron notas o apuntes en el expediente clínico y que ambos médicos son Gineco obstetras.

Precisó la enfermera Patricia, que en este caso en que se desvaneció la menor y cuando se presenta una urgencia médica en el piso de ginecoobstetricia, la acción que se realiza es buscar a los internos y residentes y que son ellos quienes dan aviso a los médicos de base, agregando que desconocía quién era el médico adscrito de turno encargado de la atención de las pacientes en piso de ginecoobstetricia. También refiere que no cuentan con un médico adscrito al piso de ginecoobstetricia.

Menciona que cuando ella entregó a la paciente, ésta se encontraba consciente, desconociendo a qué médico de guardia se le entregó la paciente, precisando hasta este momento la ausencia de sangre. Refiere que una de sus compañeras de turno (señorita Lizbeth) si nota hemorragia en la herida quirúrgica de la paciente.
[...]

150. Acta circunstanciada de fecha 26 de marzo de 2015, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] Su hija se encontraba feliz de estar embarazada y que a causa del embarazo la relación entre madre e hija se había estrechado.

En uso de la voz y en respuesta a que comentaran al personal de esta Comisión el cómo fue que transcurrieron los hechos que nos ocupan, [...] [Nombre del padre de la agraviada persona U] inició narrando que el día 4 de diciembre llevó a la [...] [Nombre de la persona agraviada persona U] al Hospital Materno Infantil Inguarán, señalando que en este primer acercamiento, personal de ese Hospital les comentaron que los dolores que tenía su hija en el vientre eran consecuencia de que "se andaba acomodando el producto", por lo que no era necesario que su hija fuera internada" procediendo a retirarse del lugar.

Al no quedar conforme con esta respuesta, acudió con un médico particular, quien le practicó ultrasonidos a su hija, el cual arrojó como resultado que su hija tenía que ser intervenida.

Cuatro días después, el 8 de diciembre de 2014 aproximadamente a las 3 de la tarde, volvieron al Hospital Inguarán y en esta ocasión le comentaron que su hija se tenía que quedar internada. A partir de esa hora, hasta las doce de la noche volvieron a saber de su hija, pues fue hasta entonces que la trabajadora social les informa que se encontraban estables tanto su hija como el producto del embarazo, que "ya no tenían nada que hacer", por lo que les indicaron que tenían que retirarse y que podrían regresar al día siguiente hasta la hora de la visita. De igual forma cuestionaron a un elemento de seguridad de ese Hospital acerca de que si era necesario retirarse ahí, contestando ese elemento en el mismo sentido.

La Trabajadora Social pasó a la madre con el médico que intervino a su hija en su parto, quien le indicó que tuvieron que realizar cesárea debido a que el niño venía sentado señalando que "había tenido una cesárea muy finita, muy bonita".

Al día siguiente, aproximadamente a las 7 de la mañana (9 de diciembre), les llamaron al celular de la mamá [...] -por ser el número que proporcionaron para contactarlos



Recomendación 3/2015

quien les comunicó el mensaje de que se tenían que trasladar urgentemente al Hospital Inguarán debido a que su hija había tenido movimiento brusco por lo que tuvo que ser intervenida con urgencia y tenía que ser trasladada al Hospital General Tláhuac a Terapia Intensiva.

Su mamá se fue con ella en la ambulancia que la trasladó al Hospital Tláhuac. Ya en ella, la mamá refiere que tenía mucha «muchísima» sangre en el pecho, boca y se encontraba llena de tubos.

Al momento en que su hija era trasladada hacia la ambulancia que la transportaría al Hospital General en Tláhuac, [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] acudió acompañada de otra de sus hijas], refiere que uno de los médicos que la llevaba le dijo a la menor "ven dale un beso, despídete de tu hermana".

Ella se mostró muy inconforme de lo que le refirieron los paramédicos durante el trayecto de traslado hacia el Hospital Tláhuac, ya que le hicieron comentarios como "¿Pues cuantos años tenía?", "Se ve muy chica para estar embarazada", "¿Y no la corrió de la casa?", "Está muy chiquita".

Se muestra disconforme por la falta de presencia de un familiar durante el tiempo de la estancia de su hija en atención a la minoría de edad de su hija, en particular durante toda la noche y en específico, acerca de la presencia de alguno de ellos a fin de autorizar la intervención a su hija.

Al niño de la agraviada persona U, lo sacan de ese Hospital Inguarán hasta el 11 de diciembre.

[...], el peticionario comentó que los gastos que erogó en razón del fallecimiento de su hija ascienden a \$20.000 pesos, por el traslado y lo relativo al panteón, ubicado en la Gustavo A. Madero, enfrente de La Villa.

Ya en el Hospital de Tláhuac, les comentan que deben quedarse pues su hija se encontraba muy mal de salud; no les dieron información sino hasta el 10 de diciembre. Los doctores –en Tláhuac- le comentaron que se encontraban realizando todo lo posible, pero tiempo después -10 minutos, refieren- los Doctores a cargo de la atención a su hija, les dijeron "que lo sentían, que su hija acaba de fallecer".

El señor comentó que al momento del traslado su hija, escuchó que otros padres estaban llorando debido a que habían muerto 2 gemelos y una mujer embarazada. Refiere que el personal médico del Hospital Tláhuac solicitó realizar necropsia a su hija pero [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] se negó.

El [...] [Nombre del padre de la persona agraviada U] refiere que dejó de trabajar un tiempo debido a este evento, <<alrededor de tres semanas>> pero que a inicios de año empezó de nuevo a trabajar como chofer de taxi, dejó de hacer ejercicio –"barra"- como solía, se despierta regularmente a las 3 de la mañana, además de que siente punzones en su pie, "como piquetes".

La mamá refiere que avisó que no iría a trabajar durante el tiempo que transcurrieron los hechos, y que no desea realizar actividades que solía hacer con su hija, por ejemplo



Recomendación 3/2015

no desea ir al tianguis, señalando como su motivación al [...] [hijo de la persona agraviada U], refiriendo necesitar atención psicológica.

Ambos comentaron las expectativas que tenía su hija, quien les comentaba que lo que quería era estudiar hasta convertirse en maestra, casarse.

Su plan de vida como pareja es sacar adelante a sus otras dos hijas y al bebé. Consideran que no hubo ninguna diferencia en el trato a su hija en su calidad de menor de edad. [...]

151. Valoración de impacto psicosocial de fecha 26 de marzo de 2015, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

La narración de los hechos fue realizada por [...] [nombres de los padres de la persona agraviada U], [...] víctima directa [...] de 15 años de edad quien perdió la vida posterior al parto. [...]

Con fecha 4 de diciembre de 2014. En el noveno mes de embarazo de su hija [...], comenzó a presentar sangrado vaginal, sus padres la llevaron al Hospital Inguarán, los doctores le explicaron que era normal el sangrado, pues este se debía que el bebé se estaba acomodando, ya que estaba en tiempo de nacer; sin embargo no era motivo para hospitalizarla en esos momentos.

Transcurridos cuatro días desde la visita al hospital; [...] [nombre de la persona agraviada U] siguió presentando sangrado. Por lo cual, el día 8 de diciembre de 2014, acudieron a una clínica particular donde le realizaron un ultrasonido. El médico de la clínica le informó que estaba iniciando el trabajo de parto y quedaba poco líquido amniótico, por lo que debía acudir de manera urgente al Hospital para su atención. [...] Sus padres llevaron ese mismo día a su hija al Hospital, siendo recibida por el personal médico aproximadamente a las 15:00 horas.

El personal del hospital, les explicó a los padres que [su hija] se quedaría hospitalizada, pues se le practicaría una cesárea, debido a que el bebé no estaba acomodado. [...]. Posterior al ingreso de [su hija], una trabajadora social, les indicó que no había mayores complicaciones y podrían permanecer en la sala de espera para recibir informes respecto a la cirugía. Pese a que [su hija] era menor de edad, los entrevistados manifiestan que en ningún momento les dieron a firmar algún consentimiento acerca de los procedimientos que le serían realizados a su hija.

La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] recogió las cosas de [su hija] para que ingresara a quirófano. [...]

El día 9 de diciembre de 2014, siendo aproximadamente las 12:00 a.m., un médico y una trabajadora social les informaron sobre la cesárea practicada a su hija y referente al sexo y peso de su nieto; quienes se encontraban en el área de recuperación siendo su condición estable sin existir ninguna complicación médica. La trabajadora social les indicó que podían retirarse. La señora [...] [Nombre de la madre de la persona



Recomendación 3/2015

agraviada U] pidió ver a su hija, sin embargo, no se lo permitieron. "Le dije: ¿cómo están, están bien los dos?, - están en recuperación- y le dije yo: ¿puedo pasar a verlos?, -no, ahorita no, mañana hasta las diez de la mañana que les traiga sus cosas de aseo personal y a la hora de visita, ya mañana.-" [Los padres de la persona agraviada U] se retiraron del Hospital a su domicilio, sin que se les permitiera brindar acompañamiento a su hija: "nosotros confiando en que estaba bien mi hija, nos fuimos". Aproximadamente a las siete de la mañana del día 9 de diciembre de 2014, personal del Hospital se comunicó con la familia [...]. Solicitando de manera urgente que debían presentarse al hospital, sin especificar el motivo. La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] acudió al Hospital, el doctor le refirió que [su hija] se encontraba grave, pues había perdido sangre por lo que se le realizó una cirugía de emergencia (sin previa autorización de familiares). Le indicaron que sería trasladada al Hospital de Tláhuac. Posteriormente, fue abordada por un residente quien le refirió que [su hija] había realizado un movimiento brusco, ocasionándole una hemorragia, requiriendo ser intervenida quirúrgicamente de emergencia. Cuando yo salí para la ambulancia me agarró otro doctor, pues era como practicante me dijo: "yo soy el de la noche y yo atendí a su hija pero parece que su hija hizo un movimiento brusco y se desangró" y le dije y ¿qué pasó?, "le tuvimos que hacer una cirugía con o sin consentimiento porque no había nadie pero ahorita la niña está grave y la van a trasladar", él estaba vestido como los practicantes, él iba todo de café y los doctores con bata blanca o azul.

Hasta el momento del traslado, la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] pudo ver a [su hija], quien se encontraba en una camilla, iba inconsciente y entubada, lo que le provocó una gran impresión. El señor [padre de la persona agraviada U], en ese momento se encontraba con su hija menor [...] quien tiene 7 años de edad, pudieron ver el momento en que [...] [Nombre de la persona agraviada U] fue subida a la ambulancia. Previamente uno de los médicos le dijo a [su hija menor] que se despidiera de su hermana, exponiéndola a ver la condición en la que se encontraba. [...] La señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] tuvo que contenerse de la impresión, pues estuvo a bordo de la ambulancia durante el traslado. "Cuando la vi entubada, pensé lo peor." Los comentarios que recibió de los paramédicos eran acerca de la corta edad de [su hija]. "Los paramédicos, uno me decía: -¿Usted es su mamá? ¿Cuántos años tenía? Está muy chiquita para estar embarazada, ¿Y se enojó usted cuando supo que estaba embarazada? ¿Qué le dijo?-Pues sí me molesté como cualquier mamá-me dijo: -¿Y no la corrió de su casa?- no, no la corrí, la apoyé, -ah, es que está muy chiquita para haber salido embarazada-".

Mientras la señora Guadalupe se trasladaba en ambulancia con su hija; el señor [...] [nombre del padre de la persona agraviada U] se entrevistó con el médico que había realizado la cesárea (sin lograr recordar sus datos de identificación), quien le informó "que le había hecho una operación a mi hija, la cirugía que le hizo -dijo- que fue perfecta, fue finita, entonces me dice, la tuvimos que trasladar a otro hospital, al de Tláhuac." Le señalaron que debía ir sedada, ya que si despertaba, presentaría dolores muy fuertes. Respecto al motivo del traslado, le refirieron que se debió a que no contaban con el equipo necesario, [...].

Atención Hospital Tláhuac.



Recomendación 3/2015

Al ingresar al Hospital de Tláhuac, la señora [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] refirió que [su hija] no llevaba expediente, por lo cual la atención demoró pues realizaron una revisión para detectar su condición. "La doctora que me la recibió me dijo: -esta niña viene grave, tenemos que esperar lo peor, esta niña se nos puede morir o puede haber secuelas- le dije: ¿secuelas, cómo?, me dijo:-en el cerebro, en hígado o en el riñón, pero esta niña viene grave, hay que esperar lo peor.-"
[...]

La doctora les indicó que debían permanecer ahí por cualquier situación que ocurriera, los padres de [...] [Nombre de la persona agraviada U] pasaron la noche en la sala de espera. "Nos dijo la doctora que teníamos que quedarnos toda la noche por si algo pasa y nos quedamos pero no, hasta el otro día tampoco nos decían nada. Pero nos habían dado esperanzas porque en el transcurso de la mañana la trabajadora a social nos habla para hacernos unas preguntas y me dice -ven mira lo que dice aquí "es cosa que yo no les tengo que decir pero se las voy a decir, la niña ya abrió los ojos"-yo le dije ya vamos de gane- y después la doctora que me la recibió me dijo "qué pasó señora" le dije doctora no sé nada de mi hija desde anoche y nadie me informa, ¿qué hago? y me dijo "al parecer la niña ya está reaccionando bien, pero déjeme ir a informarme y búsqieme" pero ya después nos dijeron que le había dado un paro".

El día 10 de diciembre, mientras sus padres esperaban entrar a la visita, comenzaron a observar que todos los familiares pasaban a su respectiva visita, mientras que ellos se encontraban en la expectativa. Siendo las 12:00 horas, un médico les informó que [su hija] había presentado un paro respiratorio. Les indicó que 15 médicos estaban con ella para ver que podían hacer. Además manifestó que en 30 minutos les darían mayor información. Pasados 10 minutos el médico les manifestó que habían intentado hacer todo lo que pudieron, sin embargo había fallecido.
[...]

Posteriormente, el señor [...] [Nombre del padre de la persona agraviada U] tuvo que esperar toda la tarde para identificar a su hija, e iniciar los trámites para la entrega del cuerpo. Respecto a la necropsia, en ese momento los padres [...] se negaron a que se le practicara pues ya no querían "que lastimaran más a su hija".

La familia del señor [...] [Nombre del padre de la persona agraviada U] apoyó con los gastos funerarios, pues no contaba con recursos económicos ni un lugar donde enterrar a su hija. El [...] refiere que su deseo era incinerar el cuerpo de su hija; sin embargo, por decisión de la mayoría de sus familiares, su hija fue sepultada. [...]

Con fecha 11 de diciembre de 2014, les fue entregado su nieto por parte del hospital, quien presenta un estado de salud aceptable y en la actualidad no ha requerido de alguna atención especializada. [...]



Recomendación 3/2015

152. Opinión médica de fecha 19 de mayo de 2015, signada un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

IV. RESULTADOS OBTENIDOS

Notas del expediente clínico con número de expediente [...], de la [...] [Nombre de la persona agraviada U], elaboradas en el Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El cual como datos relevantes menciona:

(08/12/14 13:13 horas) Nota Médica Inicial de Urgencias: (...) Femenino de 15 años, primigesta con embarazo actual con FUR [...], FPP 08 diciembre 2014, control prenatal 9 citas, normoevolutivo hasta la fecha (...) refiere embarazo de 37.1 semanas en presentación pélvica y oligohidramnios severo con índice de Phellan de 1. A la EF: fondo uterino de 26 centímetros, PUVI en presentación pélvica, foco fetal 148 con Pinard (...) al tacto polo podálico abocado, cérvix medio borrado 60% sin dilatación (sic), Valsalva y Tarnier negativo (...)

(08/12/14 14:10 horas) Hoja de Partograma y/o Evolución del Trabajo de Parto:

(08/12/14 Sin hora) Historia Clínica General: (...) Clave 12411009 (...) Antecedentes personales patológicos: [...]

Antecedentes gineco obstétricos: [...], NPS 1, [...], ETS neg., FUM [...], 40 SDG, normoevolutivo, IVU en tercer trimestre tratado con cefalexina, control prenatal: 9 consultas, 3USG, no se aplicó toxoide tetánico.

Antecedentes terapéuticos: Ácido fólico y sulfato ferroso a partir de 2 do trimestre.

Padecimiento actual: Inicia el día de hoy a las 3[:]00 horas con dolor tipo cólico en abdomen, de moderada intensidad, niega presencia de líquido o sangrado transvaginal. Sin datos de vasoespasma

Revisión de aparatos y sistemas: Refiere cefalea olocraneana (sic) tipo opresivo de 2 meses de evolución.

Inspección general: Femenino de edad biológica similar a la cronológica, sin facies, ectomorfica, íntegra y bien conformada, despierta, orientada en tiempo, lugar y persona, en decúbito dorsal sin movimientos anormales.

Signos vitales

T.A 110/70, Pulso 90 Resp 19, Temp. 36, peso 52 200, talla 1.55.

Exploración física

(Cabeza, cuello, tronco, abdomen, genitales, extremidades)

Normocefala sin hundimientos ni exostosis, pupilas isocóricas normorreflexicas, cuello cilíndrico y sin adenomegalias, tórax con movimientos de amplexión y amplexión simétricos, adecuada ventilación pulmonar, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad. Abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, pélvico, FCF 140 1pm, FU 26 cm cérvix sin dilatación, borramiento del 60 %, extremidades sin edema, pulsos presente, ROTs normales.

Impresión diagnóstica: Embarazo de 40 SDG en presentación pélvica.

(...)

Tratamiento:

Inicial: Soluciones parenterales, se solicitan laboratorios, vigilancia de frecuencia cardiaca fetal.

Definitivo: Cesárea tipo Kerr. (...)

(08/12/14 15:58 horas) Nota Médica: (...) abdomen globoso, útero gestante, fondo uterino de 20 cm, FCF de 156 latidos por minuto, presentación pélvica, dorso derecho al



Recomendación 3/2015

tacto vaginal, cérvix posterior cerrado, borramiento del 60% sin pérdidas transvaginales, pelvis clínicamente límite a nivel de estrecho medio (...)

IDX Gesta I, embarazo de 40.2 SDG x FUM, 40.2 x USG del 2do trimestre, presentación pélvica, oligohidramnios, pródomos de trabajo de parto.

(...) se decide interrupción del embarazo por máximo beneficio materno fetal, se solicitan paraclínicos (...) Riesgos: Lesión a órgano vecino, hemorragia, dehiscencia de herida, infección, sepsis, hemorragia obstétrica, choque hipovolémico e incluso la muerte materna y/o fetal. (...)

Recibí información de mi paciente [...] [Nombre de la persona agraviada U] (hija) No tengo dudas ni preguntas. [...] [Nombre de la madre de la persona agraviada U] (firma)

(08/12/14 Sin hora) Notas de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano:

(08/12/14 Sin hora) Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica: (...) Diagnóstico preoperatorio: Embarazo pélvico + oligohidramnios + embarazo de término + crecimiento fetal restringido.

Operación proyectada: Cesárea Kerr Joel- Cohen. (...)

Diagnóstico post operatorio: Mismo + Puerperio post cesárea inmediata.

Operación efectuada: Cesárea Kerr + Joel Cohen. (...)

(...) Pfannenstiel, Joel Cohen hasta cavidad, histerotomía Kerr, producto único vivo pélvico masculino, sin líquido amniótico, circular de cordón al cuello, 2600 gr, gasometría de cordón umbilical pH 7.28, Apgar 8/9, 48 cm de talla, Capurro 38 SDG, 16:52 hora de nacimiento, alumbramiento manual, limpieza de cavidad, histerorrafia en dos planos con Vicryl 1, limpieza de cavidad (...) 400 cc de sangrado. (...)

(08/12/14 Sin hora) Estudio de laboratorio:

(08/12/14 17:30 horas) Nota trans-post anestésica:

(08/02/14 17:40 horas) Nota de ingreso a piso de ginecología y obstetricia:

(08/12/14 Sin hora) Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería:

(09/12/14 07:38 horas) Nota de evolución: (...) T/A: 80/50, FC 102, FR 22 (...) hemorragia de pared abdominal, choque hipovolémico grado III. S. Disnea, desorientación, dolor leve- moderado a nivel de herida quirúrgica. O. Palidez +++, (...) abdomen sin datos de irritación peritoneal, herida quirúrgica con sangrado activo. TV diferido (...)

A. Femenino (...) con hipotensión, disnea, lipotimia, palidez +++, herida quirúrgica con sangrado activo, loquios escasos, sin datos de irritación peritoneal. Pasa a UTQX, se solicitan 3 PFC y 3 CE, (...) BH urgente.

(7:45 horas) No se encuentra a familiar para otorgar informes, se avisa a TS, sin embargo por estado hemodinámico pasa inmediatamente a UTQX (...)

(09/12/14 08:05 horas) Nota Prequirúrgica: (...) FC 120, FR 30 TA 80/ (...) Dx ingreso: Puerperio posquirúrgico inmediato, datos de choque hipovolémico grado IV, sangrado de herida quirúrgica activo. Cx Programada LAPE urgente (...) abdomen a tensión con presencia de herida quirúrgica afrontada, sangrado a través de herida quirúrgica activo, con datos clínicos i. peritoneal (sic), sin lograr apreciar tono uterino, al tacto vaginal escaso sangrado residual.

(...) con reporte de laboratorios previos hb 14.9, Hto 44.3, plaquetas 151 mil, (...) nuevo reporte laboratorial hb 6.6, Hto, 19.5, plaquetas 158 mil (...) sin reporte de tiempos de coagulación, gasometría pH 7.26, pCO2 21, pO2 131, (...)

(...) Se trata de paciente la cual pasa de piso con datos clínicos de choque hipovolémico y sangrado aparente con secuestro abdominal, pasa urgente a quirófano, se informa a jefe de UTQ. (...)



Recomendación 3/2015

(09/12/14 Sin hora) Notas de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano:

(09/12/14 Sin hora) Estudio de laboratorio:

(09/12/14 08:20 horas) Nota Pre-Trans y Post anestésica:

(09/12/14 Sin hora) Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica: (...) Diagnóstico preoperatorio: Puerperio inmediato post quirúrgico. Choque hipovolémico.

Operación proyectada: LAPE.

Diagnóstico postoperatorio: El mismo.

Operación efectuada: Laparotomía exploradora + resutura de histerorrafia + punto de B Lynch, ligadura de arterias perforantes en ambos ángulos y espacio de Retzius y lavado de cavidad pélvica. (...)

(...) Se retiran puntos de sutura en piel y tejido celular subcutáneo y se encuentra en comisura izquierda hematoma disecante que diseca aponeurosis y músculo y el sangrado cae a cavidad abdominal, hematoma más chico contralateral que solo diseca hasta aponeurosis. Se entra hasta cavidad abdominal y se extraen aproximadamente 2000 cc de sangrado en coágulos, se limpia histerorrafia y se encuentran algunos puntos sangrantes y se resutura histerorrafia y se aplica punto de B Lynch profiláctico, se identifican vasos sangrantes en espacio de Retzius, se ligan y se fulguran algunos hasta corroborar hemostasia, se identifica que no existan puntos de sangrado, se cierra peritoneo parietal, verificación de hemostasia posterior a ligadura y fulguración de arterias perforantes, se realiza cierre de aponeurosis la cual se diseca y corrió aproximadamente 4 centímetros de la incisión original, verificación de hemostasia con cierre de celular subcutáneo previa hemostasia y cierre de piel con puntos de Sarnoff.

Se fija drenaje tipo Penrose dejado en cavidad pélvica. Se deja satin hemostático en espacio de Retzius, histerorrafia.

2. Sangrado en cavidad pélvica de aproximadamente 2000 cc en coágulos, hematoma de aproximadamente 6 a 7 centímetros en comisura izquierda y del lado derecho de 3 cm.

3. Se deja drenaje tipo Penrose. Se deja satin hemostático. (...)

(09/12/14 11:00 horas) Nota pos quirúrgica resumida: (...) Cx realizada: LAPE. Resutura de histerorrafia profilaxis. Sutura de B Lynch. Desarterialización izquierda. Ligadura de vasos sangrantes en espacio de Retzius, vasos sangrantes de comisura. (...) Se solicita urgente traslado a 3er nivel, se transfunde durante cirugía 2 paquetes globulares y un plasma (...)

Notas de la atención del Neonato en el Hospital Materno Infantil Inguarán:

(08/12/14 Sin hora) Historia Clínica Neonatal: (...) Hora: 16:52 (...) Peso: 2600 (...) Asistencia RN sano (...) Profilaxis oftálmica/vitamina K. (...) Indicaciones: (...) Pasar a alojamiento conjunto (...) Avisar cualquier eventualidad. (...)

IV.2. Notas del expediente clínico con número de expediente [...], de la menor [...] [Nombre de la persona agraviada U], elaboradas en el Hospital General Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El cual como datos relevantes menciona:

(09/12/14 Sin hora) Hoja de Referencia y Contrarreferencia: (...) Unidad que refiere: Hospital Materno Infantil Inguarán. (...) Se trata de paciente femenino de 15 años de edad, gesta I, que cursa con el diagnóstico de puerperio inmediato postquirúrgico secundario a presentación pélvica y oligohidramnios, choque hipovolémico grado IV, hematoma de pared. El día de hoy se encuentra postoperada de LAPE, secundario a choque hipovolémico, se realiza en la cirugía drenaje de hematoma de pared encontrando hemoperitoneo de 4000 cc aproximadamente, la paciente cursa con datos de bajo gasto, actualmente en ayuno, uremis presente 0.6 ml/kg/hora, paciente que cursa con palidez de tegumentos, ruidos cardíacos rítmicos en frecuencia, intensidad útero con abdomen bien involucionado por debajo de la cicatriz umbilical, herida



Recomendación 3/2015

quirúrgica limpia de bordes bien afrontados, al tacto vaginal loquios hemáticos moderados, no fétidos, miembros pélvicos con palidez de tegumentos, llenado capilar de 3 segundos (...)

(09/12/14 11:15 horas) Nota Médica Inicial de Urgencias: (...) Se recibe paciente referida de HMI Inguarán con Dx de choque hipovolémico secundario a hematoma de pared y hemoperitoneo de 4000 ml + Puerperio quirúrgico secundario presentación pélvica. (...)

(09/12/14 15:30 horas) Nota de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos: (...) se refiere sangrado de 4000 cc con hematoma de pared, datos francos de choque hipovolémico hemorrágico grado IV, motivo por el cual se envía para valoración por Ginecología e ingreso UCIA. (...)

(...) Paciente grave con pronóstico reservado para la función y la vida, durante el turno paciente estable con hematuria y con consumo plaquetario, se transfunde un paquete globular, colocamos catéter central al 3er intento, solicito Rx de tórax de control en espera de resultado. (...)

(09/12/14 17:00 horas) Nota de evolución de Terapia Intensiva: (...) se encuentra en PO inmediato (ya comentado) con apoyo mecánico ventilatorio bajo sedación, estable hemodinámicamente, sin apoyo aminérgico, sin datos de falla renal. (...)

(10/12/14 13:00 horas) Nota de Alta y Defunción UCIA: (...) Se decide el retiro de tubo endotraqueal sin eventualidades, sin embargo posterior al inicio de forma súbita con taquicardia, agregándose hipotensión la cual no responde al manejo hídrico requiriendo apoyo de vasopresor, presentando paro respiratorio requiriendo intubación orotraqueal para inicio de apoyo mecánico ventilatorio, presentando paro cardiaco presenciado por lo que se inicia protocolo de reanimación básica y avanzada por un lapso de 50 minutos sin lograrse revertir por lo que se declara fallecida el día 11 [sic] de diciembre de 2014 a las 12:30 horas secundario a tromboembolia pulmonar masiva de 30 minutos de evolución secundario a post operada de laparotomía obstétrica se da informe a familiares (padres) (...)

(Sin fecha ni hora) Resumen Médico: (...) Se recibe paciente el 09 12 14 a las 11:15 hrs con herida quirúrgica en abdomen y penrose drenando material serohemático escaso, toalla testigo loquios m[ú]ltiples no fétidos, tacto vaginal diferido, uresis adecuada. Laboratorios: hematocrito de 19.5 con hemoglobina 6.6. (...) Se activa código Mater, se tomaron laboratorios de control y se registra en notas de enfermería e indicaciones médicas, pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) a las 11:45 min. (...) Diagnósticos de ingreso: Código Mater, puerperio post quirúrgico, trombocitopenia severa.

(...) Se inicia sedación encontrándose a su ingreso una tensión arterial 137/92 mm de Hg, tensión arterial media de 102, sin necesidad vasopresora, abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, herida quirúrgica limpia y bien afrontada. (...)

A las 17:00 horas está hemodinámicamente estable, sin aminas, con hipoperfusión tisular y bradicardia. Tensión arterial de 110/85 mm de HG, tensión arterial media 95, frecuencia cardiaca 88, FR 16, SO2 100%, destrostix de 106 (...)

10/12/14

El día de hoy la paciente se mantiene con taquicardia de 120, uresis de 18 por hora, tensión arterial de 112/50 mm de Hg, tensión arterial media de 64, temperatura de 36.5 °C, frecuencia respiratoria de 17 y se logra progresar hasta extubarla y mantenerla con nebulizador en sistema abierto con saturación de oxígeno del 98%.

Recomendación 3/2015

A las 11:00 horas se detecta taquicardia de 150 latidos por minuto, a las 11:15 se hipotensa iniciándose manejo con cargas y aminas, a las 11:30 hrs continúa deterioro y presenta paro respiratorio por lo que se procede a intubación y asistencia mecánica ventilatoria, progresa a paro cardíaco a las 11:40 hrs y se inicia reanimación básica y avanzada la cual se mantiene por lapso de 50 minutos declarándose paro irreversible a las 12:30 hrs.

Diagnósticos de egreso (defunción):

Tromboembolia pulmonar 30 minutos.

Post operatorio laparotomía por hemorragia obstétrica. (...)

Notas del expediente de queja de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. El cual como datos relevantes menciona:

[...]

(10/12/14 Sin hora) Certificado de Defunción:

(13/02/15 Sin hora) Respuesta del Hospital Materno Infantil Inguarán, Oficio 104: (...)

Los motivos y fundamentos legales por los cuales el personal de este hospital se negó a brindar atención médica el día 4 de diciembre del 2014 a la menor de edad referida, al parecer porque el producto se estaba acomodando.

Se brindó la atención médica el día 4 de diciembre de 2014 en el servicio de urgencias, acude a las 7:17 horas por dolor obstétrico regular. A la exploración física presenta producto único vivo en presentación pélvica, con frecuencia cardíaca fetal de 134 latidos por minuto, tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado y formado, con expulsión de moco por vagina, con diagnóstico de embarazo de 39 semanas + producto pélvico, en pródromos de trabajo de parto, probable restricción del crecimiento intrauterino (fondo uterino de 27 centímetros), solicita ultrasonido obstétrico para correlacionar edad gestacional y normar conducta. Al realizar una revisión de la libreta de citas en el servicio de ultrasonografía, no se encuentra registrada. La paciente ya no regresó hasta el 8 de diciembre de 2015 (sic).

2. [...]

3. [...]

V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 15 años de edad quien acude a valoración médica el día 04 de diciembre de 2014 a las 07:17 horas, se solicitó un ultrasonido obstétrico por presentar pródromos de trabajo de parto+ producto pélvico. El Hospital Materno Infantil Inguar[á]n (en adelante (HMII) refiere que no se tiene constancia que la paciente haya acudido a realizarse el ultrasonido ese día. Acude de nueva cuenta el día 08 de diciembre de 2014.

El 08 de diciembre ingresa a las 13:30 horas ingresa a la unidad tocoquirúrgica, en donde se decide interrupción vía cesárea por los siguientes diagnósticos: embarazo de 40 semanas de gestación + presentación pélvica + oligohidramnios severo + probable restricción del crecimiento uterino. Se vigila con registro toco cardiográfico hasta el momento de la cesárea.

La cesárea que se realiza es la Kerr Joel-Cohen, la cual se realiza sin contratiempos. Dicha técnica quirúrgica es una de las que se utiliza en este tipo de casos, ya que tiene ciertas ventajas sobre las otras técnicas de operación ces[á]rea. Dentro de los hallazgos se observa es que ya no hay líquido amniótico. Paciente hemodinámicamente estable. Posterior a la cesárea, en el área recuperación, presenta ligero sangrado de la herida



Recomendación 3/2015

quirúrgica, se pone hielo y vendaje compresivo y se envía a hospitalización a las 19:30 horas del día 08 de diciembre de 2014 [...]

Respecto a la nota de Ingreso a piso se observa que de acuerdo a la nota del día 8 de diciembre de 2012 a las 17:40 horas, se tiene que quien realiza el ingreso a piso de gineco obstetricia es un médico interno de pregrado [...]. En este punto es de importancia señalar que el internado médico es parte del ciclo de estudios de la licenciatura de Medicina. Por lo que, un médico interno de pregrado es un estudiante de licenciatura el cual se encuentra en formación y, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado; en su numeral 5.13.1 y en el apéndice normativo A Requerimientos Mínimos Para Ser Considerado Como Campo Clínico, se requiere que la unidad en donde se encuentre el médico interno de pregrado, cuente con un médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación.

De acuerdo a lo anterior, se observa que la nota de ingreso de la paciente a piso de Gineco obstetricia, no es realizada o supervisada por médico adscrito alguno, quedando un médico interno de pregrado como responsable del ingreso de una paciente púrpura a piso de ginecoobstetricia, siendo que no es el personal idóneo para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que se pudieran presentar debido a que aún se encuentra en formación.

Se observa en la nota de enfermería del turno nocturno [...] que la paciente, en el turno nocturno del día 08 de diciembre, presenta un desvanecimiento (sic), a las 5:25 horas del día 09 de diciembre de 2014, por lo que se da aviso al Dr. Salgado, quien da la indicación verbal (sin acudir a revisar a la paciente, de acuerdo a la entrevista realizada a la enfermera Patricia Sánchez, [...] de pasar solución Hartmann 500 mililitros en carga y la paciente no mejora, por lo que se avisa al Dr. Manríquez, el cual acude a revisar a la paciente y refiere que se encuentra bien y no indica nada más. Finalmente llega el turno matutino y es quien atiende a la paciente.

En este punto y para ampliar la información se entrevista a la enfermera Patricia, quien brindó los cuidados de enfermería a la paciente y realizó las anotaciones anteriormente descritas en el expediente clínico [...]. La enfermera refiere que a las 5:20 horas del día 09 de diciembre de 2014, se avisa al Dr Carlos Salgado Rabadán, quien es médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, dicho médico no acude a revisar a la paciente y de manera verbal indica una solución Hartmann. A las 5:50 horas da aviso al médico Roberto Carlos Manríquez Angulo, adscrito al área de gineco obstetricia, quien realiza una revisión superficial.

Refiere que en el área de piso (hospitalización) de ginecología y obstetricia (GO) no cuenta con médico adscrito al servicio. Que en caso de ocurrir una urgencia en el piso de GO, se busca físicamente a los médicos internos y/o residentes para que ellos sean los que busquen a los médicos gineco obstetras adscritos al servicio. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, en su numeral 4.8, 5.13.1 y en el Apéndice Normativo "A". Requisitos mínimos para ser considerados como campo clínico, y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, en sus numerales 10.3 y 10.5 , se refiere que tanto los médicos internos de pregrado y los médicos residentes de la especialidad, son médicos en proceso de formación y requieren la supervisión de un médico adscrito, esto es un médico especialista, por lo que en caso de presentarse alguna urgencia en hospitalización (como lo fue en el presente caso), los médicos



Recomendación 3/2015

residentes y/o internos no serían el personal idóneo para la resolución de dicha urgencia sin la supervisión adecuada.

Ahora bien, se refiere que se dio aviso a los dos médicos adscritos al servicio de Gineco obstetricia por parte del servicio de Enfermería. Al respecto es de importancia señalar que, de acuerdo a lo narrado por la enfermera Patricia, la paciente se encontraba pálida y se había "desvanecido". Lo anterior, no es una evolución esperada en el puerperio quirúrgico. Al respecto, no se encuentra en el expediente clínico, evidencia de que alguno de los médicos gineco obstetras anteriormente mencionados, hayan realizado valoración de la paciente y se haya dejado constancia de los hallazgos clínicos encontrados. Sólo se menciona (en las notas de enfermería) que se le indica de manera verbal, una solución Hartmann, pero no se indica el por qué.

Cabe mencionar que, efectivamente, en la hoja de enfermería se observa que se suministró la solución Hartmann, sin embargo se desconocen las indicaciones de la misma, lo anterior no está de acuerdo con lo señalado en los numerales 6.2.1 y 6.2.6, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en donde se refiere que la nota médica que se elabore, debe contener una evolución y actualización del cuadro clínico, así como el tratamiento e indicaciones médicas.

Por lo anteriormente mencionado, no es posible el conocer cuál fue la evolución de la paciente desde el momento que se presentó el desvanecimiento (a las 5:20 horas) hasta las 7 de la mañana, cuando ingresa el siguiente turno.

El día 09 de diciembre de 2014, en la nota realizada a las 07:38 horas [...], se asienta que la paciente presenta palidez de tegumentos +++, herida quirúrgica con sangrado activo con tensión arterial de 80/50. Frecuencia cardiaca de 102 por minuto, disnea y desorientación (datos anormales), razón por la cuál es enviada de nueva cuenta a la sala de tococirugía, solicitándole estudios de laboratorio y paquetes globulares y plasma fresco congelado.

A su reingreso se observa hemoglobina de 6.6, hematocrito de 19.5 (cifras bajas). En la valoración prequirúrgica, se observan datos de choque hipovolémico grado IV, así como sangrado de herida quirúrgica activo.

Se reinterviene quirúrgicamente, aproximadamente a las 08:20 horas del día 09 de diciembre de 2014 encontrando: sangrado en cavidad pélvica de 2000 cc, y hematomas en diversas zonas del útero y de la herida quirúrgica, así como dehiscencia de algunos puntos de sutura de la histerorrafia, se realizan técnicas especializadas para el control de la hemorragia obstétrica y aparentemente se controla dicha hemorragia.

Se refiere que se transfunde a la paciente con 2 paquetes globulares durante la cirugía y que es referida al Hospital General Tláhuac. En Tláhuac, reciben a la paciente a las 11:15 horas del día 09 de diciembre de 2014. Ingresando a la Unidad de cuidados Intensivos Adultos. Se activa el código mater. Dentro de su gravedad, evoluciona de manera estable hasta el día 10 de diciembre de 2014, en donde a las 11:15 horas presenta alteraciones en los signos vitales, sin respuesta al manejo inicial establecido. Cayendo en paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras básicas y avanzadas de reanimación, declarando la hora de la muerte a las 12:30 horas.

Se coloca como causa de la muerte: Tromboembolia pulmonar. Y como estados morbosos que produjeron la causa de la muerte: Post operada de laparotomía por hemorragia obstétrica y puerperio quirúrgico patológico.

En el presente caso se observa una discrepancia en el expediente clínico del momento en el cual ingresa la paciente a piso de Ginecología y obstetricia. Ya que, de acuerdo a enfermería, la paciente estuvo durante dos horas en el área de recuperación de la tococirugía: de las 17:30 horas hasta las 19:30 horas [...], sin embargo la nota de ingreso a piso de GO se refiere que el ingreso fue a las 17:30 horas [...]. También se



Recomendación 3/2015

observa una discrepancia respecto a la cuantificación del hemoperitoneo que presentó la paciente, en la hoja quirúrgica 09 de diciembre de 2014, firmada por el Médico Héctor Ignacio Sánchez Peña, se refiere que la cuantificación del hemoperitoneo fue de 2000 mililitros; sin embargo, en la hoja de Referencia y Contrarreferencia con la cual se refiere a la paciente al Hospital General Tláhuac, se menciona que la paciente presentó un hemoperitoneo de 4000 mililitros.

En el presente caso se observa que la paciente presentaba datos clínicos sugestivos de choque: se desvaneció, se mostraba pálida y con agitación. De acuerdo a lo descrito en el expediente clínico y a lo narrado por la enfermera Patricia, se observa que cuando se presentaron dichas anomalías, se dio aviso a los médicos gineco obstetras para realizar valoración de la paciente, sin embargo se dan indicaciones verbales al respecto o se revisa pero no se asienta en una nota del expediente clínico lo encontrado en dicha observación. Se maneja con solución Hartmann sin dejar constancia cual era la indicación médica de utilizar dicha solución, ya que dicha solución tiene indicaciones precisas, entre las cuales se puede encontrar el manejo del estado de choque.

Es de importancia resaltar que la hemorragia obstétrica, es una de las principales causas de morbimortalidad materna y que, en el presente caso, se documenta que a pesar de que la paciente presentó datos clínicos sugestivos de una hemorragia obstétrica, no se documenta en el expediente las acciones médicas de diagnóstico (confirmación) de la signo sintomatología que presentaba en su momento la paciente. A pesar de que el servicio de Enfermería dio aviso en cuanto observó dichas anomalías.

Se desconoce el por qué el médico Carlos Salgado (a las 05:20 horas) no acude a valorar a la paciente y le otorga un tratamiento sin haber revisado a la paciente previamente. Con lo anterior se estaría omitiendo el deber de cuidado que tiene un médico respecto a su paciente. Respecto a la atención médica brindada por el médico Roberto Carlos Manríquez Angulo, se observa que, al no describir en una nota médica su actuar, se desconoce cuáles eran las condiciones clínicas de la paciente al momento de la revisión (a las 05:50 horas), sin embargo, enfermería reporta que "la paciente no mejora".

A las 7:38 horas, los médicos del turno matutino, reportan que la paciente presenta choque hipovolémico grado III y hemorragia de pared abdominal. Al respecto se puede señalar que los dos médicos señalados en el expediente clínico, quienes fueron avisados de las alteraciones que presentaba la paciente, incumplieron su obligación de medios para con la adolescente [...] [Nombre de la persona agraviada U] y no existe constancia de que se le hayan brindado los medios diagnósticos para conocer el porqué de su signo sintomatología. Lo cual retrasa el diagnóstico oportuno de la patología con la que cursaba la paciente, en el presente caso, un choque hipovolémico, el cual evoluciona hasta requerir transfusión sanguínea y con ello trae como consecuencia una serie de complicaciones, las cuales, de acuerdo al Hospital General Tláhuac, ocasionan la tromboembolia pulmonar y la muerte de la paciente.

No se puede aseverar que, en caso de que se le hubiese brindado a la paciente el diagnóstico y tratamiento oportuno, el pronóstico de la paciente hubiese sido diferente, sin embargo si se puede mencionar que el retraso en el diagnóstico y tratamiento contribuyó a desencadenar los procesos fisiopatológicos los cuales incidieron en la muerte de la paciente.

A nivel Institucional y derivado de la entrevista realizada a la enfermera Patricia, se observa que hace falta un mecanismo que facilite la valoración de una urgencia en el área de piso de gineco obstetricia.



Recomendación 3/2015

Es de importancia señalar que, cuando la paciente reingresa a la sala de tococirugía, por la urgencia, es que se decide realizar la laparotomía exploradora [...] ya que se requería por ser una urgencia médica. En éste caso, se menciona que no era posible obtener el consentimiento informado de la paciente ni de sus familiares, ya que no se encontraban en el Hospital, por lo que de acuerdo al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se puede llevar a cabo el procedimiento terapéutico si es autorizado por dos de los médicos del Hospital, procedimiento que aparentemente se llevó a cabo [...].

En el expediente clínico certificado del Hospital Materno Infantil Inguarán, no existe constancia que se le haya brindado atención médica el día 04 de diciembre de 2014, sin embargo, existe la respuesta del Hospital [...] en donde se refiere que la paciente acudió sin datos de alarma obstétrica y se le envió a realizar un ultrasonido obstétrico, sin embargo no existe registro que la paciente haya acudido a realizarse dicho estudio. Al respecto no se encuentran elementos para poder establecer alguna omisión por parte de los médicos que brindaron la atención ese día a la paciente.

No se encuentran datos clínicos para ingresar a la paciente a labor de parto, debido a que no presenta: Actividad uterina regular, dilatación cervical = > a 4 cm, borramiento del cervix > 80% o ruptura de membranas. Cabe mencionar que el oligohidramnios (falta de líquido amniótico) fue reportado en ultrasonidos posteriores a la valoración del día 04 de diciembre de 2014.

Al ser producto pélvico, la operación cesárea se encontraba indicada ya que, de acuerdo a la Guía de Referencia Rápida, Realización de operación Cesárea, la presentación pélvica es una indicación absoluta para realizar la operación cesárea.

Respecto a la mortalidad materna la Organización Mundial de la Salud refiere lo siguiente: Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- las infecciones (generalmente tras el parto)
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- los abortos peligrosos. (...)

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada.

Considerando que en el presente caso, la paciente presentaba datos sugestivos de choque a las 5:20 horas del día 09 de diciembre de 2014 y fue detectada por un profesional sanitario hasta las 07:00 horas del mismo día; además, considerando que, cuando se presenta un choque hemorrágico lo primordial es la identificación oportuna



Recomendación 3/2015

de dichos pacientes, para así poder llegar a un control de la fuente de hemorragia y la reanimación oportuna, en este caso la oportunidad de la detección oportuna tanto de la hemorragia como de la etiología de la misma, ocasionó todas las complicaciones posteriores que presentó la paciente.

A lo anterior, es de importancia agregar que la paciente era adolescente, lo que, de acuerdo a la literatura médica consultada, las adolescentes son un grupo vulnerable a sufrir complicaciones relacionadas con el evento obstétrico. Derivado de lo anterior, se llegan a las siguientes:

VI. CONCLUSIONES

1. El manejo médico del día 04 de diciembre de 2014 fue adecuado, la paciente no cumplía los criterios para ingresarla a hospitalización o a trabajo de parto en la sala toco quirúrgica, de acuerdo a lo señalado en la Guía para la Vigilancia y el Manejo del Parto, México: Secretaría de Salud; 2009.

2. La atención del trabajo de parto fue adecuada, ya que el producto se encontraba en presentación pélvica, por lo que la cesárea se encontraba indicada. Sin embargo, el seguimiento posterior fue inadecuado, dejándola casi 12 horas sin atención y sin revisión en el área de hospitalización, aun cuando se observó por parte de enfermería alteraciones sugestivas de choque hipovolémico y que se dio aviso a los médicos adscritos a Ginecología y Obstetricia, no se encuentra documentadas en el expediente clínico, las acciones diagnóstico terapéuticas tendientes a determinar el estado de salud que presentaba la paciente al momento de iniciar con alteraciones clínicas sugestivas de choque. Por lo anterior, el seguimiento posterior a la cesárea no fue el adecuado.

3. La intervención quirúrgica realizada a la paciente [...] [Nombre de la persona agraviada U] el día 09 de diciembre de 2014, consistente en una laparotomía exploradora fue adecuada, debido al hematoma de pared y hemoperitoneo (sangre libre en cavidad abdominal).

4. Si bien es cierto que no se cuenta con la necropsia para determinar la causa de la muerte, es de importancia señalar que de acuerdo a la evolución clínica de la paciente, la evolución de su padecimiento era evitable, por lo que la omisión por parte de los médicos de Gineco obstetricia que no revisaron a la paciente en su momento y no documentaron las acciones médicas necesarias para llegar a un diagnóstico e instaurar un tratamiento oportuno, contribuyó en las complicaciones posteriores que presentó la paciente y su posterior deceso secundario a dichas complicaciones.

5. Se desglosa de la siguiente manera:

a).- La paciente, posterior a la operación cesárea del día 08 de diciembre de 2014, es trasladada a piso de Ginecología y Obstetricia, la nota de su ingreso a dicho piso fue elaborada por el MIP (médico interno de pregrado) Ramírez. El Internado de pregrado es el ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo. Por lo tanto un médico interno de pregrado no puede ser expuesto a actividades sin asesoría. Cuestión que en el presente caso, ocurrió. Lo anterior no está de acorde a lo señalado en los numerales 4.8, 5.13.1 y en el apéndice normativo A Requerimientos Mínimos Para Ser



Recomendación 3/2015

Considerado Como Campo Clínico de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Es de importancia recalcar que la nota de ingreso al área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia fue realizada a las 17:40 horas. En el expediente clínico certificado del Hospital Materno Infantil Inguarán se documenta que la paciente a esa hora se encontraba aún en el área de recuperación de la tococirugía. Lo anterior sugiere que, a su ingreso al área de hospitalización (a las 19:30 horas aproximadamente, del día 08 de diciembre de 2014), la paciente no fue valorada medicamente.

b). La paciente presenta anomalías en su evolución clínica: agitación, desvanecimiento y palidez. No hay constancia de que dicha paciente haya sido valorada, que se hayan realizado acciones médicas tendientes a valorar el porqué de la sintomatología de la paciente o que se haya integrado un diagnóstico preciso. Dos horas después se intenta reanimar ya cuando es evidente que la complicación principal es una hemorragia postparto. Se reinterviene quirúrgicamente y se observa que la paciente presenta colección sanguínea en cavidad de 4000 mililitros (la cantidad de sangre total en un adulto es aproximadamente el 7% de su peso, entre 4.5-6 litros).

c). Se observa una omisión en el cuidado por parte de los médicos gineco obstetras, cuando el servicio de enfermería avisa a los médicos tratantes de que la paciente no se encuentra evolucionando de manera adecuada, sin embargo no existe constancia en el expediente que se haya realizado alguna acción de diagnóstico para averiguar el porqué de la sintomatología de la paciente. Es finalmente el turno matutino quien realiza el diagnóstico de choque hipovolémico grado III-IV en la paciente.

d). Al evolucionar el choque hipovolémico, se requiere transfusiones sanguíneas, las cuales generan cambios fisiopatológicos y son un factor de riesgo para presentar tromboembolia pulmonar, lo que, de acuerdo al Hospital general Tláhuac, fue lo que ocasionó la muerte de la paciente.

En términos generales, es posible señalar que el Hospital Materno Infantil Inguarán no contaba con personal médico idóneo (médico gineco obstetra) en el área de hospitalización y que los médicos gineco obstetras a quienes se les dio aviso de las anomalías clínicas que presentaba una paciente (la cual por su grupo etario, era susceptible a presentar complicaciones derivadas del evento obstétrico), optaron por una actitud contemplativa en lugar de ofrecer los medios de diagnóstico con los que se contara en la unidad hospitalaria en ese momento, lo que deriva en que el cuadro hemorrágico que presentó la paciente siguiera su historia natural, con la consiguiente acumulación de sangre en cavidad abdominal, retrasando la atención hasta que la paciente ha perdido 4 litros de sangre aproximadamente.

Lo anterior conlleva a requerir transfusiones sanguíneas, una laparotomía exploradora en una situación de urgencia y con ello permitir más factores de riesgo para presentar, lo que clínicamente le ocasionó la muerte a la paciente: tromboembolia pulmonar. Lo anterior también sustentado en lo establecido en la Minuta de la Primera Sesión Extraordinaria de Diciembre del 2014 del Subcomité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal del Hospital General Tláhuac [...], quien refiere que, en las condiciones en las que se recibió a la paciente, se trataba de una muerte inevitable.

[...]



Caso V. Expediente CDHDF/III/121/VC/15/D1068

153. Copia del consentimiento informado de fecha 25 de diciembre de 2014, el cual obra en el expediente clínico de la persona peticionaria, y contiene la siguiente información:



ECHA-16-1

Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento HOSP. MAT. INF. INGUARDAN

UNIDAD MEDICA: _____ CLAVE: 12411009

México, D.F., a 25 de Diciembre de 2014

C.DR. Carmen Conchala Sobelo DIRECTOR DEL HOSPITAL PRESENTE

Exp. NHC: - - -

El que suscribe _____, por medio del presente, (NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE)

me permito hacer de su conocimiento que he sido debidamente informado(a) por facultativos responsables de este Hospital, que para diagnosticar o confirmar la enfermedad que padezco y en su caso prescribir el tratamiento respectivo es necesario aplicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos según convenga.

Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales he comprendido con suma claridad, así como el contenido del Art. 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice:

"En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnósticos, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables". No obstante ello, deseo informarle que ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO a los médicos de este Hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE, DIRECCION Y TELEFONO, NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE, DIRECCION Y TELEFONO, TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA, DIRECCION Y TELEFONO, PARENTESCO O RELACION, HUELLA DIGITAL



Recomendación 3/2015

154. Acta circunstanciada de fecha 19 de febrero de 2015, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] el día 25 de Diciembre de 2014, aproximadamente a las 4:00 horas, acudí al Hospital General de Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal debido a que presentaba dolores intensos por mi embarazo que ya tenía 38 semanas; sin embargo, se me negó la atención médica, en razón de que no había doctores para atenderme. Por lo tanto, me dirigí al Hospital General de Balbuena, en donde tampoco se me atendió. Finalmente, acudí al Hospital Materno de Inguarán, en donde se me ingresó a un quirófano, aproximadamente a las 15:00 horas del 25 de diciembre de 2014, ya que se determinó que necesitaban realizarme cesárea. A las 16:12 nace mi bebé sin ninguna complicación; sin embargo, uno de los doctores que me atendió me comentó que me operaron además, para que ya no pudiera tener más hijos, cirugía que en ningún momento autoricé. A partir de que nace mi bebé, comencé a experimentar fuertes dolores en mi pierna derecha, por lo que le informé al médico y sin revisarme me dijo que no me preocupara que de cada dos mil personas, sólo dos quedan cojas. El día 28 de diciembre de 2014, me dieron de alta del Hospital, a pesar de que les manifesté que el dolor en mi pierna continuaba y que cada vez era más fuerte. El día 18 de enero de 2015, acudí al área de urgencias del Hospital General de Iztapalapa, por el mismo dolor y por la hinchazón que presentaba; sin embargo, no me atendieron, ya que argumentaron que el Hospital Inguarán se tenía que hacer responsable; por lo que al acudir a ese Hospital Materno, se me otorgó un pase para asistir con un neurólogo del Hospital General Balbuena; pero al presentarnos en ese Hospital, nos dijeron que ahí no contaban con neurólogo, que tendría que acudir al Hospital Belisario Domínguez con los resultados de una tomografía lumbar que me realizarían en el Hospital General de la Villa. El día 28 de enero de 2015, acudí al Hospital General de la Villa para que se me realizara la tomografía lumbar; sin embargo, no me lo quisieron realizar porque argumentaron que los estudios son exclusivos para tratarse en ese Hospital. El día 29 de enero de 2015, me presenté en el Hospital Materno de Inguarán para comentarles que se negaron a realizarme los estudios, por lo que me informaron que nuevamente debía acudir para que solicitara ahora una electromiografía, fijando como fecha el 4 de febrero de 2015; asimismo, la tomografía lumbar se realizaría en el Hospital de Xoco. Cabe señalar que para acudir a los Hospitales a realizarme estos estudios, el Hospital Materno Inguarán, solicitaría una ambulancia. El día 4 de febrero de 2015, me presenté en el Hospital Materno Inguarán para ser trasladada a los Hospitales referidos; sin embargo, la ambulancia se retrasó y ocasionó que por llegar tarde al Hospital de Xoco, no fuera atendida. Al llegar al Hospital General de la Villa para que se me hiciera la electromiografía, me comentaron que tenía que pagar \$800 pesos, dinero que no pagué por no tener los recursos, así que se me negaron los estudios. Es el caso que hasta el día de la fecha, padezco insoportable dolor en la pierna derecha, que me impide caminar correctamente, sin que algún Hospital me brinde la atención médica que requiero, así como obstaculizan la realización de análisis que puedan determinar la causa de mi padecimiento. [...]

155. Oficio DIR/145/2015 de 20 de febrero de 2015 suscrito por la Directora del Hospital Materno Infantil Inguarán Dra. Carmen Canchola Sotelo, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] SE BRINDARON LOS SERVICIOS QUE CONSTITUCIONALMENTE TENEMOS ENCOMENDADOS CON LEGALIDAD, HONRADEZ, LEALTAD, IMPACIALIDAD, PROFESIONALISMO, EFICIENCIA, EFICACIA Y MAXIMA DILIGENCIA.



EL DR. MIGUEL PEÑA ESPÍRITU SE COMUNICÓ VÍA TELEFÓNICA EL DÍA EL 20 DE FEBRERO DEL 2015 CON LA SRA. [...] [Nombre de un familiar de la persona agraviada V] QUIEN TOMA EL RECADO Y SE LE OTORGA UNA CITA PARA [...] [Nombre de la persona agraviada V] EL DÍA 23 DE FEBRERO A LAS 8:30 AM PARA SU VALORACIÓN POR EL DR. MIGUEL PEÑA ESPÍRITU.

SE ENTREGA HOJA DE TRASLADO PARA REALIZAR TOMOGRAFÍA AL HOSPITAL RUBEN LEÑERO PARA EL DÍA 24 DE FEBRERO DE 2015 A LAS 15:00 HORAS

SE ENTREGARÁ HOJA DE REFERENCIA POR SEGUNDA OCASIÓN AL HOSPITAL GENERAL VILLA A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA PARA EL DÍA 4 DE MARZO DEL 2015 A LAS 13:00 HORAS.

SE HA BRINDADO LA INFORMACIÓN NECESARIA EN CUANTO A SUS PADECIMIENTOS INCLUSO SE HAN ENTREGADO HOJAS DE REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DONDE EN CADA UNA DE ELLAS SE REALIZA UN RESUMEN CLÍNICO DEL MANEJO QUE SE LE HA DADO, SE ENVIA COPIA DE LAS HOJAS DE REFERENCIA Y LAS VALORACIONES REALIZADAS EN ESTE SERVICIO.

LE INFORMO DE QUE EL HECHO DE QUE LOS PACIENTES EJERZAN SUS DERECHOS ANTE CUALQUIER INSTANCIA NO IMPLICA QUE ÉSTE RECIBA MALOS TRATOS NI ACTOS INDEBIDOS. [...]

156. Valoración de impacto psicosocial de fecha 30 de marzo de 2015, signada por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión, la cual contiene lo siguiente:

[...]

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

El 25 de diciembre de 2014, a las cinco horas de la madrugada aproximadamente, la agraviada [...] [Nombre de la persona agraviada V] presenta dolores en la parte baja del vientre, los refiere como cólicos. Su esposo le comentó que mientras ella dormía se quejaba, por lo cual la despertó, y la traslada junto con su mamá al Hospital General de Iztapalapa, llevando consigo el pase que le habían otorgado en el Centro de salud "Chinampas de Juárez" en donde llevo su control prenatal.

En la recepción del Hospital General de Iztapalapa, le comentan que "no había doctores porque era festivo" y "que si me quería esperar 8 horas o que me fuera, y regresara, pero mis contracciones ya eran muy, muy seguidas" [sic]. Comenta que tenía contracciones frecuentes y la pasaron a revisión; le hicieron tacto, y el médico en turno comentó que "no había doctores y que regresara en 8 horas o que se fuera a otro hospital". No le sugieren ningún otro Hospital en particular, tampoco le dan una hoja de referencia, y por consiguiente no sabían a cuál otro Hospital acudir.

A sugerencia de su suegra, llegan al hospital de Balbuena, donde le niegan nuevamente el servicio, no la revisan argumentando que "no había ginecólogo" [sic], solamente le piden su nombre, la registran y sale en busca de otro Hospital.

[La persona agraviada V] se encontraba en un estado delicado y fue rechazada en estos dos hospitales, unos policías que se encontraban en el Hospital de Balbuena, quienes logran verla adolorida le informan y existía el Hospital Materno Infantil de "Inguarán", que se especializaba en la atención materna y así llegan aproximadamente a las 6 horas de la mañana a dicho hospital.



Recomendación 3/2015

Una vez que ingresan al Hospital Materno Infantil de "Inguarán" una enfermera le toma los signos vitales, ésta refiere que todo es normal, le piden que espere hasta que un médico la llame. Comenta [...] que como a las 7 de la mañana después de una larga espera, la llaman y pasa a la consulta. El médico le practica el tacto y le pide el nombre de la persona con quién viene, ella responde que con su esposo y su suegra.

Cuando el médico realiza el interrogatorio de rutina, [ella] le comenta que su anterior embarazo fue por cesárea, el médico pregunta el por qué y ella responde que los médicos le explicaron que tiene estrecho el cuello del útero. El médico le explicó que necesitaba una cesárea, que se quitara la ropa, se pusiera la bata y se acostara en la camilla ya que iban a prepararla para la cesárea.

La trasladan al área de trabajo de parto, donde otros médicos comentan "a poco va para cesárea, ese doctor siempre nos lo manda para cesárea" [sic]. No le informaron cuánto de dilatación presentaba en ese momento, después viene otra revisión, le practican otro tacto y contaba con 2 centímetros de dilatación. Le rompen la bolsa de líquido amniótico y los dolores iban en aumento, refiere [...] "me rompen la fuente ellos me la truenan y en comparación con mi anterior embarazo los dolores eran más fuertes y más seguidos" sic "sentía que perdía el conocimiento" sic, le decían "¡es que no se queje señora!" sic, "¡es que mamacita no grite, sino no, no la van a atender!" sic, "es que nosotros sabemos lo que se siente" sic, "espérate, todavía te falta" sic, "nosotros sabemos lo que duele, pero ni modo se tiene que aguantar" sic, después de todos esos comentarios y valoraciones, la empiezan a preparar para cirugía y le vendan los pies.

Aproximadamente a la 1 de la tarde, el anestesiólogo le comenta "Espérese, ahorita ya la vamos a inyectar y se le van a pasar los dolores" sic, [...], continúan con el procedimiento y ella empieza a sentir calambres en la pierna derecha, "se pasan los dolores, pero mi pierna derecha yo sentí más feo, pero ya no dije nada porque no sé si se pasó de anestesia o algo porque yo ya no puede hablar, como que se me durmió.." sic, siente ganas de dormir y no se acuerda de cuándo nació el niño, ni de si lloro o no, esto ocurrió alrededor de las cuatro de la tarde. [...]

Ya en la sala de recuperación, le comenta a una enfermera que le duele mucho el pie derecho y que no lo puede mover, a lo que ella responde "eso es por lo de la anestesia, muévelos, si tratas de moverlos, se te va a pasar" sic, trataba de mover pero sentía que no le respondían. El mismo anestesiólogo le comentó "mamacita la tuvimos que operar, para que ya no tuvieras hijos, porque se te tronó el útero" sic, ella preguntó si avisaron a sus familiares y si ellos firmaron algún documento, más sin embargo, luego ella se enteró que nadie firmó nada.

Los médicos insistían en sus comentarios "pero por qué no se quiere operar" sic "es que la tercera cesárea ya no la va a contar, y quien sabe que..."sic, pese a que ella les comentó que "que [se] quería controlar con otro método, no me quería operar, pero a la mera hora resulto que si me operaron" sic.

Cuando la pasan a piso, eran como las 7 u 8 de la noche, le piden que se pase de la camilla a la cama, [la persona agraviada V] continuaba con el dolor en el pie, le dieron un calmante de nombre ketorolaco, solo se lo dan pero no la revisan "y ya me decían pues dígalas a los doctores, y ya les digo que me duele mucho, y pues no, les decía y pues no hacían nada" [sic].

Recomendación 3/2015

Al día siguiente por la mañana, al incorporarse para ir a bañarse, siente que no puede apoyar el pie, el dolor era intenso, sintió mareos, y las enfermeras la sostuvieron. Una de las enfermeras le proporcionó una silla de ruedas y la ayudó a bañarse. Les comentó que le dolían los pies y que los tenía hinchados, a lo que las enfermeras dijeron "pues dígalas a los doctores" sic. Cuando paso una practicante, [la persona agraviada V] le comenta de la molestia que sentía en el pie, le contesta "ahorita va a venir otro doctor a checar, yo te voy a tomar unas muestras de sangre" sic. El médico que llegó para checarlo, hizo los siguientes comentarios: "¿qué tiene?", "¿qué siente?", "es de la anestesia pero no se preocupe, porque 2 de 1000 quedan cojas" (sic), y "en vez de hacerme sentir bien me hizo sentir mal" sic.

Una vez que le dan de alta, ya en casa recibe una llamada telefónica de Hospital Materno Infantil "Inguarán", donde le comentan que le consiguieron un pase para la atención médica de su pierna y que en una ambulancia la trasladarían al Hospital de Xoco, para realizarle estudios (tomografía y electromiografía).

La cita era a las 3 de la tarde, ella junto con su madre llegan a "Inguarán", pero la ambulancia no sale a tiempo, y llegan a Xoco a las 4 de la tarde, por lo que no le realizaron ninguno de los estudios programados. En su lugar, le atiende el Director del Hospital Xoco, un neurólogo que la valora y comenta: "para mí que no te va a servir que te hagan una tomografía lumbar ni una electromiografía, a ti lo que te va a servir es que te hagan una resonancia magnética" [sic], porque él cree que le desviaron los discos de la columna, y "si es eso te van a tener que operar" (sic).

Regresan a "Inguarán" en la misma ambulancia, después de que el doctor del Hospital de Xoco reportó vía telefónica de que no le hicieron los estudios respectivos, personal del Hospital Materno Infantil "Inguarán", le comentan al doctor de Xoco, que en vista de que no se pudieron realizar los estudios, que le consiguieran un pase para el Hospital "Rubén Leñero", pero el paramédico de la ambulancia comentó: "que está bien lejos y que él tenía que ir por la sangre para un bebé", y ya no fueron [...].

Al día siguiente, [la persona agraviada V] regresa al Hospital de "Inguarán", donde le atiende el doctor Peña, ella le comenta lo sucedido del día anterior, luego el médico le platica que le consiguieron otro pase para el Hospital de la Villa, donde le realizarían la electromiografía y que ella debería pagar 200 pesos por las agujas que ocupen en dicho estudio. Ese estudio no se realizó. [...]

157. Opinión Médica de fecha 31 de marzo de 2015, signada por personal médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, la cual contiene la siguiente información:

[...]

DISCUSIÓN DEL CASO

Se trata de la [...] [Nombre de la persona agraviada V] de 31 años de edad, con embarazo de término, quien fue atendida en el Hospital Materno Infantil Inguarán, tras haber iniciado con trabajo de parto, acompañado de dolor a nivel de cicatriz de cesárea previa, clínicamente con pelvis útil para parto, permaneció en el área a labor a libre evolución durante 5 horas, posteriormente se decidió iniciar con la conducción de trabajo de parto, misma que se mantuvo durante 4 horas, periodo durante el cual, se observó una evolución tórpida del trabajo de parto, a las 15:40 se registraron



Recomendación 3/2015

frecuencias cardíacas fetales por debajo de la normalidad y se determinó la interrupción de embarazo mediante cesárea. Durante el acto quirúrgico se realizó Oclusión Bilateral de Trompas de Falopio (ligadura de las trompas). Posterior a la cirugía la paciente inició con dolor en miembro pélvico derecho acompañado de dificultad para la deambulacion, hasta el momento de esta intervención, se ha establecido el diagnóstico sindrómico de: síndrome doloroso neuropático de miembro pélvico derecho secundario probablemente a un cuadro radicular inflamatorio.

Con respecto al primer planteamiento se me solicitó determinar: Si la atención médica que recibió la peticionaria, durante su estancia en el Hospital Materno Infantil Inguarán, fue adecuada considerando su estado de gravidez.

Previo a su ingreso al Hospital Materno Infantil Inguarán, la paciente solicitó atención médica en el Hospital General Iztapalapa, se hallaron documentales médicas de dicho nosocomio, donde fue atendida y valorada médicamente a las 04:36 horas del día 25 de diciembre del 2014, se emitió el diagnóstico: "pródromos de trabajo de parto", se corroboró el latido cardíaco fetal y se le informó sobre datos de alarma obstétrica, citando a la paciente en 4 horas para su revaloración, en la hoja de atención médica la paciente firmó de conformidad.

A las 06:13 horas la paciente solicitó atención médica en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde recibió atención médica, fue valorada clínicamente por un médico especialista en gineco-obstetricia, se estableció el diagnóstico de embarazo de 39 semanas de gestación, trabajo de parto en fase latente y pelvis útil para parto, por lo que fue ingresada al área de labor de dicho nosocomio, cabe recordar que se recomienda que para conseguir que un trabajo de parto sea seguro después de una cesárea toda mujer deberá ser atendida en un hospital donde sea posible realizar una cesárea inmediata, dado el aumento en el riesgo de ruptura uterina, hemorragia obstétrica y muerte perinatal entre otros, en embarazadas con trabajo de parto y cesárea previa. Por lo anterior, no se observó negativa de la atención médica tanto del Hospital General Iztapalapa como por parte del Hospital Materno Infantil Inguarán, por otro lado su ingreso al área de labor en fase latente del trabajo de parto se recomienda en mujeres en trabajo de parto con cesárea previa.

Durante las primeras 5 horas de estancia hospitalaria, se le brindo seguimiento y vigilancia a su trabajo de parto a libre evolución (de las 06:13 a las 11:15); sin embargo ante la falta de progresión de las modificaciones cervicales o también conocido como dilatación estacionaria (falta de modificaciones cervicales en 2 horas), a las 11:15 se decidió la conducción del mismo mediante la aplicación de infusión con oxitocina a 2.5 UI por minuto.

La conducción de trabajo de parto fue mantenida durante 4 horas, tiempo durante el cual, las contracciones uterinas permanecieron regulares con una frecuencia de 4-5 en 10 minutos, el cérvix dilató 1 cm, sin presentar cambios en su longitud aún pese a la actividad uterina regular. Cabe recordar que se recomienda la suspensión de la prueba en caso de falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor a 4 horas²⁸, o bien cuando se detectan signos de sufrimiento fetal, entre otros. A las 15:38 horas se presentaron fluctuaciones de la frecuencia cardíaca fetal de 90 a 110 latidos por minuto (por debajo de la normalidad) condición que aunada a la falta maduración cervical, antecedente de cesárea previa y falta de descenso del feto (presentación cefálica en 2°



Recomendación 3/2015

plano de Hodge), se optó por la suspensión de la conducción del trabajo de parto y se determinó realizar operación cesárea de urgencia.

Dicha cirugía se realizó con el carácter de urgente, en la nota médica se asentó que se le brindó la información y riesgos de la cirugía a la paciente, se elaboró hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica en la que se establece: "diagnóstico preoperatorio: embarazo de 39 semanas de gestación, baja reserva fetal, distocia de partes blandas, paridad satisfecha.

Operación proyectada: cesárea tipo Kerr, OTB. Solicitud que la paciente autorizó dicho procedimiento colocando su nombre y firma. La Intervención fue realizada 34 minutos posteriores a detectar factores de riesgo de mortalidad materno-fetal y se obtuvo un recién nacido vivo, reportando la cirugía sin complicaciones, incidentes o accidentes. Como hallazgo durante la cirugía se observó que la cicatriz ocasionada en la cesárea previa se encontraba dehiscente; es decir con apertura espontánea de la incisión uterina previa, situación que ponía en riesgo la vida de la paciente; si bien, esta condición fue un hallazgo, dicha cirugía contribuyó a evitar la ruptura uterina inminente, situación que se hubiera presentado en el supuesto de haber continuado con el trabajo de parto.

Por lo anterior descrito, se observó que el personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán brindó una atención médica apegada a los estándares establecidos en las Guías Prácticas Clínicas para la atención del parto después de una cesárea, para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, para la Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención y para la Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina, cuyo fin es el de reducir el riesgo de mortalidad materna y fetal.

Cabe mencionar que tras la búsqueda minuciosa en las copias simples del expediente clínico, no se hallaron hojas de consentimiento informado para cada uno de los procedimientos realizados en la paciente; mismas que describieran cada uno de los riesgos y beneficios que Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, numeral 4.7.1. Dichos procedimientos conllevan, como lo establece la NOM-168-SSA1-1998; entre dichos procedimientos figuran: el ingreso hospitalario para vigilancia de trabajo de parto en una paciente con cesárea previa, conducción de trabajo de parto en una paciente con cesárea previa, operación cesárea, procedimiento analgésico bloqueo peridural lumbar y la Oclusión Tubaria Bilateral como método definitivo de planificación familiar.

En el expediente clínico se encontró una hoja de consentimiento informado de carácter general sin especificar un motivo específico, misma que cita lo siguiente: "autorizo a los médicos de este hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiéndolo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud"; dicha hoja no cumple con los requisitos que la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, numeral 10.1.1. y subnumerales sobre consentimiento informado, en cuanto al tipo de procedimientos y los riesgos inherentes al tratamiento.



Recomendación 3/2015

Por lo anterior, se puede concluir que la atención médica proporcionada en el Hospital Materno Infantil Inguarán se observó apegada a la literatura médica especializada vigente y universalmente aceptada para la atención médica del trabajo de parto en una mujer con antecedentes de una cesárea previa; sin embargo, durante dicha atención médica también observó carencia en la información proporcionada por parte del personal médico hacia la paciente, con respecto a los posibles riesgos y complicaciones a las que se encontró expuesta durante su internamiento, con respecto a la terapéutica empleada; así como durante el procedimiento quirúrgico y anestésico; si bien, en el expediente clínico se encuentra asentado que se le informó a la paciente sobre los riesgos de la operación cesárea, no se halló el documento normado para dicha acción "hoja de consentimiento informado" que respalda la información brindada al paciente, la comprensión de los riesgos y beneficios, así como la autorización de la paciente para llevar a cabo dichos procedimientos médicos.

Por lo tanto se observó deficiencia en el manejo de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998,

Para la práctica de anestesiología, numeral 4.12, sobre consentimiento informado. Con respecto al segundo planteamiento se me solicitó: Mencione si en el expediente clínico que se radicó en el Hospital Materno Infantil Inguarán, se registró la práctica de la cirugía salpingoclasia que se realizara a la peticionaria. En caso afirmativo, indique, si previo a la realización de dicha intervención, se recabó consentimiento informado. En su defecto, detalle la Norma Oficial Mexicana que, en el caso particular, inobservó el personal médico del nosocomio referido.

En las documentales médicas halladas en las copias simples del expediente a nombre de la [Nombre de la persona agraviada V], se estableció que posterior a realizar la operación cesárea se procedió a realizar la Oclusión Tubaria Bilateral, también conocida como "salpingoclasia", dichos registros se observaron en las siguientes documentales médicas: hojas de registro y solicitud de intervención quirúrgica (autorizada con nombre y firma de la paciente); en el rubro de descripción de técnica quirúrgica; en las hojas de registro de anestesia y recuperación; en la nota quirúrgica y en las hojas de notas de enfermería del servicio de tococirugía y quirófano así mismo se observa sello de en hojas de enfermería donde establece que se le brindó consejería sobre planificación familiar eligiendo libremente OTB.

Tras la búsqueda exhaustiva en las copias simples del expediente clínico a nombre de la [...] [Nombre de la persona agraviada V], no se encontró la hoja de consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico denominado: Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), o también conocido como salpingoclasia o ligadura de las trompas, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1 sobre consentimiento informado y la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar numeral 5.4.2.7. donde se menciona que entre los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información será: Ingreso hospitalario, salpingoclasia.

Por lo anterior, se observó una deficiencia en el manejo de dichas normas, con respecto al consentimiento informado, específicamente para el procedimiento de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), también llamado salpingoclasia, o ligadura de las trompas. Que



Recomendación 3/2015

conforme a lo establecido en dichas normas, este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento, además de Nombre, razón o denominación social del establecimiento; Título del documento; Lugar y fecha en que se emite; Acto autorizado; Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y Nombre completo y firma de los testigos.

Con respecto al tercer planteamiento se me solicitó: Mencione si la atención médica y medicamentosa que recibió y que se le ofrece a la peticionaria posterior al parto, es la adecuada para el padecimiento que refiere presentar (dolor intenso en pierna derecha). Con base en las documentales médicas halladas en las copias simples del expediente clínico a nombre de la [...] [Nombre de la persona agraviada V], se observaron las siguientes acciones médicas:

Durante su estancia hospitalaria, en dos ocasiones el 27 de diciembre se reportó que la paciente refirió dolor en miembros pélvicos, para lo cual se le otorgaron medidas generales para disminución del edema (reportado como ++++) y el 28 de diciembre a las 04:00 hrs volvió a referir dolor y se le aplicó analgésico, en hoja de enfermería se reportó "disminución del dolor y miembros inferiores sin alteraciones". Además se solicitó valoración por anestesiología, de la cual se desconoce si fue otorgada, ya que no se halló nota médica por parte de este servicio y siete horas más tarde la paciente fue egresada por mejoría.

Durante el lapso del 28 de diciembre del 2014 al 19 de enero del 2015, la paciente refirió haber continuado con dolor intermitente de intensidad 5 de 10, motivo por el cual solicitó atención médica de urgencia el día 19 de enero del 2015.

Del 19 de enero del 2015 al 25 de marzo del 2015 la paciente recibió atención médica y se le proporcionaron las siguientes acciones médicas: 5 atenciones médicas de valoración por el médico especialista en anestesia (19, 27 y 31 de enero y 1 y 2 de febrero), durante las cuales se emitió un diagnóstico probable, se le otorgó tratamiento durante el cual la paciente presentó mejoría clínica y se inició protocolo de seguimiento para establecer diagnóstico de certeza en el que se solicitó lo siguiente: interconsulta con especialista en neurología, quien vía telefónica solicitó estudios de gabinete (TAC y electromiografía) y completo tratamiento establecido por anestesiólogo.

Se le otorgaron tres citas para realizar estudio de tomografía de columna lumbar (28 y 31 de enero y 23 de febrero) y tres citas para realizar electromiografía de miembros inferiores (4 y 16 de febrero y 04 de marzo), durante las cuales por diversos motivos los estudios no fueron realizados. Y se otorgaron dos citas para programar nuevas fechas para estudios de gabinete los días 19 y 25 de marzo, a las cuales la paciente no asistió. Fueron propuestas acciones alternas para atención médica, entre las que figura el internamiento hospitalario para realizar estudios, continuar tratamiento y recibir valoración por médico especialista, al cual la paciente se negó y apoyo de ambulancia para su traslado a los hospitales donde se realizarían sus estudios, esta última acción no se encuentra documentada en el expediente clínico, sin embargo la paciente refiere haber recibido dicho apoyo.



Recomendación 3/2015

Se le programaron 4 citas para continuar tratamiento médico, en las cuales la paciente no se presentó (7, 8, 14 y 15 de febrero del 2015). Entre los motivos por los cuales la paciente no acudió a dichas citas figuran: negación por parte del Hospital la Villa en fecha 28 de febrero, de lo cual no se tienen elementos para emitir una opinión y falta de recursos económicos para solventar gastos como costo de aguja para electromiografía, trasporte y falta de apoyo por parte de su red familiar.

La última valoración médica fue realizada el 02 de febrero, donde se aplicó 3ª dosis de tratamiento se destacó mejoría clínica, con deambulaci3n sin apoyo, recuperaci3n de movimientos, apoyo total para la deambulaci3n, disminuci3n del dolor intensidad 1-2 de 10. Sin embargo la paciente no regres3 para continuar tratamiento, valoraciones, ni citas para estudios.

Hasta el momento se desconoce la evoluci3n m3dica de la paciente. Con los datos antes mencionados, se observ3 que la paciente recib3 atenci3n m3dica especializada por parte del servicio de anestesia, donde se le realizaron las siguientes acciones m3dicas: emisi3n de un diagn3stico de presunci3n, se le otorg3 tratamiento m3dico, seguimiento y se realizaron los procedimientos administrativos para la obtenci3n de citas para la elaboraci3n de estudios de gabinete; no se observaron elementos que nos orienten sobre negaci3n de la atenci3n m3dica por parte de los m3dicos anestesi3logos de dicho nosocomio.

No se cuentan con documentales m3dicas para determinar si a la paciente se le ha negado la atenci3n m3dica para la elaboraci3n de estudios de laboratorio por parte de otros nosocomios; as3 tambi3n, se desconoce si dicho hospital cuenta con los servicios de tomograf3a y electromiograf3a.

Por lo que, en este momento no es posible emitir una opini3n al respecto. Hasta el momento de la elaboraci3n de este dictamen, no se cuentan con un diagn3stico m3dico de certeza, emitido por un m3dico especialista en neurolog3a, ni con los resultados de los estudios de electromiograf3a, ni tomograf3a lumbar. Cabe mencionar que el dolor por su car3cter subjetivo m3dicamente es considerado un s3ntoma; es decir, es imposible de medirlo, cuantificarlo o comprobarlo; sin embargo es un indicativo para iniciar con el protocolo de DIRECCI3N DE SERVICIOS M3DICOS Y PSICOL3GICOS estudio que nos ayude a determinar la causa de dicho s3ntoma, por lo tanto el dolor no puede ser considerado un padecimiento m3dico.

Tras la evaluaci3n cl3nica durante su primera atenci3n m3dica para el dolor del miembro p3lvico derecho, (dadas las caracter3sticas del dolor y sus acompa3antes como disestesias m3s las dificultad para realizar determinados movimientos) se realiz3 un diagn3stico sindrom3tico; es decir, con base en los signos (datos cl3nicos observables) y s3ntomas (tipo de dolor y caracter3sticas del mismo) que la paciente present3, se estableci3 el diagn3stico de s3ndrome doloroso neurop3tico de miembro p3lvico derecho secundario probablemente a un cuadro radicular inflamatorio; cabe mencionar que un s3ndrome es un conjunto de signos (elementos objetivos) y s3ntomas (elementos subjetivos) este tipo de diagn3stico puede originarse por diversas causas; es por ello que este diagn3stico nunca podr3 suplir el diagn3stico definitivo o de certeza; por lo tanto es imperante que se continúe con el protocolo de estudio como el que ha pretendido llevar a cabo el personal m3dico de dicha instituci3n, el cual consta de una serie de estudios de gabinete, as3 como valoraciones por parte de un m3dico



Recomendación 3/2015

especialista en neurología, mismos que ofrecerán mayor certeza para determinar la causa que origina dicho síntoma "dolor en intenso en pierna derecha".

Si bien, tras la aplicación de un tratamiento sintomático: aplicación de analgésicos y antiinflamatorios se observó una mejoría clínica, es imperante determinar el origen de dicho síntoma y con base en ello, otorgar un tratamiento específico, implementar medidas que limiten su padecimiento; así como medidas de rehabilitación a fin de recuperar la salud de la paciente. Por lo tanto, al no contar con un diagnóstico de certeza (el tipo de lesión específica que ocasiona el dolor), no se cuentan con los elementos suficientes para determinar si la atención médica y medicamentosa que ha recibido la paciente posterior al parto es adecuada para el padecimiento que refiere "dolor intenso en la pierna derecha".

Hasta el momento de esta intervención se observó que la paciente ha sido atendida médicamente, ha recibido un seguimiento adecuado para su sintomatología, se inició un protocolo de estudio, se le ha otorgado un tratamiento sintomático (analgésico y antiinflamatorios) con mejoría clínica, se han elaborado las hojas de referencia correspondientes, se le han programado citas para sus estudios, se le han proporcionado opciones alternas para su seguimiento y tratamiento médico (internamiento y traslado en ambulancia).

Con respecto al cuarto planteamiento se me solicitó: En concordancia con el cuestionamiento anterior, se mencione si es posible que el padecimiento que actualmente refiere la peticionaria (dolor intenso en la pierna derecha) se presentara como consecuencia de una falta de pericia médica durante el procedimiento de aplicación de anestesia raquídea para la realización de cesárea, o en su defecto, es un riesgo esperado en este tipo de intervenciones quirúrgicas.

Con base en las documentales halladas en el expediente clínico, hasta el momento mi intervención, no se ha establecido un diagnóstico de certeza; es decir, no se ha determinado el origen del síntoma que la paciente refiere "dolor intenso en la pierna derecha". Sin embargo, el médico especialista en anestesiología ha establecido un probable diagnóstico denominado: síndrome doloroso neuropático de miembro pélvico derecho secundario probablemente a un cuadro radicular inflamatorio.

La literatura médica especializada en anestesiología³⁰, ha reportado una frecuencia baja de casos de neuropatía periférica en pacientes obstétricos con anestesia raquídea, 2 casos en una revisión de 5600. El mecanismo de daño neurológico producido en relación con la anestesia regional puede ocurrir por acción de tipo mecánico, vascular, o química; también se ha descrito el síndrome de irritación radicular transitoria, que es una condición autolimitada, caracterizada por la aparición de dolor lumbar bilateral. Aparece 12 a 24 horas postanestesia y tiende a desaparecer alrededor del 5 a 7 día, se irradia a los glúteos, parte posterior de muslos y se describe como calambres o sensación quemante, este síndrome tiene una incidencia del 12 al 16% con el uso de lidocaína y entre los factores asociados se encuentra la posición de litotomía, la cirugía ambulatoria. Dentro de su tratamiento se sugiere descartar otras causas.

Por lo anterior descrito, se encuentra estadísticamente demostrado que si existe la probabilidad de presentar neuropatía periférica tras la aplicación de anestesia regional, ya sea por un mecanismo de acción de tipo mecánico, vascular o químico. Con base en lo antes expuesto, se llegó a las siguientes:

Recomendación 3/2015

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En su momento la [...] [Nombre de la persona agraviada V], con embarazo de término, inició de manera espontánea con trabajo de parto después de una cesárea.

SEGUNDA.- La atención médica para la mujer en trabajo de parto después de una cesárea, durante la operación cesárea y puerperio quirúrgico mediato e inmediato, proporcionada a la [...] [Nombre de la persona agraviada V], por parte del personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán, se observó oportuna, inmediata y apegada a lo que establece la literatura médica especializada y universalmente aceptada.

TERCERA.- Se observó deficiencia en el manejo de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1; Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología, numeral 4.12, ambas sobre consentimiento informado; ya que en el expediente clínico no se hallaron las hojas correspondientes del consentimiento informado para cada procedimiento médico (ingreso hospitalario para vigilancia del trabajo de parto después de una cesárea, conducción del trabajo de parto después de una cesárea, operación cesárea y bloqueo epidural) conforme a lo que establecen dichas normas.

CUARTA.- Se hallaron múltiples documentales médicas a nombre de la C. [...] [Nombre de la persona agraviada V], suscritas por personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán, donde se registró el procedimiento quirúrgico denominado Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), o también conocida como salpingoclasia. Por lo que en alto grado de certeza se puede afirmar que el procedimiento fue realizado el día 25 de diciembre del 2014.

QUINTA.- Se observó deficiencia en el manejo de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1 sobre consentimiento informado y la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar numeral 5.4.2.7, sobre consentimiento informado específico para Oclusión Tubaria Bilateral. En virtud de que no se hallaron las hojas correspondientes del Consentimiento informado específicamente sobre el procedimiento denominado Oclusión Tubaria Bilateral.

SEXTA.- No se cuenta con los elementos suficientes para determinar si la atención médica y medicamentosa que ha recibido la paciente posterior al parto es adecuada para el "padecimiento que refiere (dolor intenso en la pierna derecha) sic.", en virtud de que el dolor es un síntoma y hasta el momento no se ha determinado la causa del mismo.

SEPTIMA.- Se sugiere continuar con el protocolo de estudio iniciado por el personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán para determinar la causa del dolor que presenta la paciente, a fin de establecer un diagnóstico de certeza, que determine la causa de su sintomatología y con base en éste se le proporcione el tratamiento específico para su padecimiento.

OCTAVA.- Estadísticamente se ha demostrado que si existe la probabilidad (2 casos en 5600 pacientes obstétricas) de presentar neuropatía periférica tras la aplicación de anestesia regional, por lo que se puede definir como un riesgo esperado en este tipo de procedimiento.