

V. Anexo 1

Expediente CDHDF/III/122/MC/15/D3027**Personas agraviadas:** [Persona agraviada A] y [Victima indirecta A1]

1. Formato de referencia y contrarreferencia de 15 de abril de 2015, suscrito por la Médico R. Josefina Mora Hernández, adscrita al Centro de Salud Dr. Manuel Escontría de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante SEDESADF), que obra en el expediente clínico [...], en el que se señala:

[...]

Unidad a la que se refiere (18): Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras [...]

Motivo de la referencia/traslado (resumen clínico del padecimiento)

T.A (26): 120/60 [...] FR (26): 20 y F.C (26): 84. Peso (26): 71.500 Kg. Talla 1.52 cm [...]

Padecimiento actual (27): Paciente femenina 25 a (sic) edad acude a consulta control prenatal encontrándola: consciente, cooperadora, tranquila [...] cardiopulmonar sin compromiso; abdomen globoso por producto único vivo, FCF 150 lat min, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo, FU 31 cm; extremidades integrales, no edema, no cambio de coloración.

[...]

Impresión diagnóstica: (30) Embarazo de 33.2 semanas de gestación por USG, se envía para resolución de embarazo.

[...]

2. Nota inicial de urgencias de 12 de mayo de 2015 a las 13:29 horas, suscrita por la Médico Especialista en Ginec Obstetricia Nadia Jacqueline Hernández Carlin, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende:

[...] Enviada de la consulta externa por detección de frecuencia cardiaca fetal elevada, refiere hasta 170 lpm, Percibe movimientos fetales, niega perdidas (sic) transvaginales, niega datos de encefalopatía hipertensiva, niega actividad uterina irregular.

Control prenatal en 6 ocasiones. Hospitalizaciones negadas. Niega alergias. Niega enfermedades agregadas.

Gesta 1 (2011), cesárea por falta progresión de trabajo de parto, peso 3370 g, sano.

TA 110/60 FC 80 FR 24 T 36.9.

Consciente, orientada, bien hidratada, adecuada coloración de piel y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas con cambios gestacionales; abdomen globoso por útero gestante, AFU 31 cm, FCF 169 lpm, longitudinal, cefálico, dorso a la izquierda, al tacto vaginal con cérvix posterior cerrado, blando, corto, pelvis ginecoide, extremidades no edema.

Diagnóstico Principal

- [...] gesta 2, cesárea 1 [...]
- Embarazo de 39.2 semanas por FUR (10.08.14) FPP 17.05.15
- Taquicardia fetal sostenida
- Sin trabajo de parto
- Paridad satisfecha.

Diagnóstico ó Problemas Clínicos

Paciente segundigesta en la tercera década de la vida, cursa embarazo de termino (sic) por amenorrea, complicado con taquicardia fetal, se toma FCF con doptone persistiendo en 169-170 lpm, se toma RTCG papel de registro sin medidas, sin embargo, marca 158 lpm basal (normal); sin embargo, al continuar auscultando con doptone posterior persiste por arriba de 160 lpm, por lo que se decide ingreso a UTqx para valorar nuevo RTCG y vía de resolución [...]

3. Nota de evolución del Servicio de tratamiento quirúrgico de 12 de mayo de 2015 a las 15:00 horas, suscrita por el Médico Especialista en Ginecobstetricia José Jaimes Gutiérrez Herrera, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...] Evolución vespertina y de envío a piso de Ginecología

[...]

S: Niega actividad uterina, niega pérdidas transvaginales, refiere adecuada motilidad fetal, niega vasoespasmo.

[...] Abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino a 31 cm del BSSP con PUVI cefálico, longitudinal, con dorso izquierdo, FCF 148 L X min, se palpan múltiples movimientos fetales, no se palpa actividad uterina en exploración; genitales externos sin alteraciones, al tacto vaginal con cérvix cerrado, reblandecido, guante explorador limpio [...]

A: Femenina de la tercera década de la vida, segundigesta, con embarazo de termino (sic) por FUM y por clínica, sin trabajo de parto, al momento sin datos de complicación y con múltiples RCTG con datos de bienestar fetal, sin reportarse taquicardia fetal, motivo del ingreso. Paciente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales, sin urgencia obstétrica, se envía a piso de hospitalización para continuar evolución.

Plan: Se envía a piso de hospitalización

[...]

4. Nota de evolución del Servicio de Ginecobstetricia de 13 de mayo de 2015 a las 19:55 horas, suscrita por la Médico Especialista en Ginecobstetricia Julia Margarita Anaya Domínguez, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende:

[...] con diagnósticos de:
Embarazo de 39.3 SDG por FUR
Sin trabajo de parto
Cesárea previa.

Actualmente refiere movimientos fetales activos, niega datos de vasoespasmo, niega pérdidas (sic) transvaginales, niega actividad uterina, uresis y evacuaciones presentes, deambulación presente.

TA 100/60 FC 80 FR 20 Temp 36.5

[...] cardiopulmonar sin alteraciones; abdomen globoso a expensas de útero gestante FU 31 cm, cefálico, longitudinal, dorso a la derecha, FCF 138 por minuto, tacto vaginal diferido [...]

Paciente en su segundo día de estancia intrahospitalaria, cursando con embarazo de término, en este momento sin urgencias obstétricas, signos vitales en parámetros normales, se mantendrá en vigilancia continua, de acuerdo a evolución se espera egreso para continuar valoración como paciente ambulatoria, pronóstico reservado a evolución. Delicada.

5. Orden médica de 14 de mayo de 2015 a las 8:10 horas, suscrita por la Médico Ortega, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], cuyo contenido indica lo siguiente:

1. Ayuno
2. Sol. Hartmann 1000 cc pvp
3. Ceftriaxona 1 gr IV c/12 hrs (0) X.IVU
4. CGE y SVPT
Vigilar actividad uterina pérdidas (sic) transvaginales, frecuencia cardíaca fetal
Preparar para cesárea
Reportar eventualidades
Pasa a UTQ al solicitar
Reportar eventualidades.

6. Nota de evolución del Servicio de Ginecoobstetricia de 14 de mayo de 2015 a las 9:56 horas, suscrita por la Médico Ariadna Elizabeth Ortega Díaz, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se observa:

[...] Gesta 2 cesárea 1 + embarazo de 39.4 semanas de gestación por FUM + pródrómos de trabajo de parto + IVU en tratamiento. La paciente se refiere estable, con presencia de disuria y tenesmo vesical que inicio hace 2 días, percibe movimientos fetales, niega pérdidas (sic) transvaginales, refiere actividad uterina irregular y esporádica, niega neurovegetativos y vasoespasmodicos (sic).

[...] cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen globoso por útero gestante, con fondo uterino de 31 cm, con producto único vivo cefálico, dorso izquierdo, con frecuencia cardíaca fetal en 141 latidos por minuto, palpo 1 contracción en 10 minutos, con duración de 15 segundos, tacto vaginal cérvix muy posterior, blando, cerrado, Tarnier y Valsalva negativos; miembros inferiores in (sic) edema [...]

Secundigesta aun sin trabajo de parto regular la cual de permanecer así se deberá realizar una interrupción del embarazo vía abdominal, por lo cual, y dado que no es candidata a inductoconducción del parto por antecedente de cesárea y alto riesgo de ruptura uterina, se decide pasar a UTQ para interrupción del embarazo vía abdominal. La paciente además solicita método de planificación familiar definitivo, firmando los consentimientos correspondientes.

[...]

7. Nota de reingreso a Unidad de Toco-Quirúrgica de 14 de mayo de 2015 a las 10:22 horas, suscrita por el Médico Serrano, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que indica:

[...] diagnóstico de: G2 C1 + Embarazo de 39.4 SDG por FUR + IVU en tratamiento.

S: Niega actividad uterina, niega pérdidas transvaginales, refiere adecuada movilidad fetal, niega síntomas de vasoespasmio.

[...] abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 31 cm del BSSP, con PUVI cefálico, longitudinal, con dorso a la izquierda, FCF de 135 lpm, se palpan múltiples movimientos fetales, no se palpa actividad uterina en la exploración [...] al tacto vaginal con cérvix cerrado, reblandecido, sin presencia de edema [...]

A: Femenina de la tercera década de vida, con segunda gesta por embarazo a término por FUM y por clínica, sin trabajo de parto, no presenta datos de taquicardia, con múltiples RCTG con datos de bienestar fetal, ingresa al servicio por cesárea programada, por adecuada evolución y maduración fetal.

Análisis: Paciente femenina que ingreso el día de ayer a la UTQ y que se pasa a hospitalización para esperar evolución, el día de hoy reingresa a nuestro servicio, se valorará y se tomará decisión según evolución y tiempos (hay otras urgencias).

[...]

8. Nota de enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano de 14 de mayo de 2015 iniciada a las 14:04 horas, elaborada por la Enfermera General Xóchitl Romero, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que indica:

[...]

14:04 horas TA 91/51, Pulsó 81, Resp. 18, Temp. 36

Recibo a paciente en sala de labor consciente, orientada, tranquila, con ligera palidez de tegumentos, MO semihidratada con vía periférica permeable ms. (sic) derecho, con abdomen globoso a expensas de útero gestante, refiere movilidad fetal sin perdidas (sic) transvaginales, se mantiene en observación, pasa a QX.

[...]

16:35 horas T/A 78/58, Pulso 133, Resp. 92%, Temp.

[...]

17:59 horas T/A110/62, Pulso 54, Resp. [...] Temp. 35.8

Quirófano

Cesárea por cesárea previa y Emb. 40 SDG [...] + OTB

MEDICAMENTOS

[...]

16:37 horas Almidón 500 cc

16:45 horas Hidrocortisona 1 gr

16:50 horas Solución Hartman 1000 cc

17:55 horas + 20 U de oxitocina

17:10 horas epinefrina [...] SC a las

17:15 horas Almidón 500 cc

[...]

18:30 (sic) horas gelatina

18:35 horas (sic) Hartman 1000 cc

[...]

17:23 horas 2 disparos VO

17:25 horas bipropionato de beclometasona 1 disparo

18:05 horas ergonovina IM

18:10 horas misoprostol 4 tabletas vía rectal

18:20 horas gluconato de calcio 1 gr

19:00 horas volumen 500 cc

19:30 horas solución fisiológica [...] con 2 ámpulas de epinefrina iniciando a las

19:35 horas gelatina (gelfoam).

[...]

20:35 horas 1 paquete globular

OBSERVACIONES

Ingres a paciente a sala de quirófano consciente, orientada, tranquila, se coloca en mesa quirúrgica de posición decúbito dorsal, se monitorizan signos vitales, posteriormente decúbito dorsal para asepsia y antisepsia de región lumbar a las (15:59), se colocan campos estériles (16:00) e inicia bloqueo subaracnoideo a las 16:02, quedando en el 1 intento sin ningún problema y termina bloqueo a las (16:05), se coloca de posición decúbito dorsal y se hace asepsia y antisepsia de región abdominal a las (16:00) y se coloca sonda Foley a las (16:11), da inicio al conteo de material a las (16:12) 8 compresas, 10 gasas y 31 pza (sic) de material QX, 5 suturas y 2 hojas de bisturí. Se colocan campos estériles a las (16:15) y se cierra círculo (sic) a las (16:17) e inicia

cirugía a las (16:18), iniciando por planos anatómicos hasta llegar a la cavidad uterina (16:21), nace recién nacido que llora y respira espontáneamente, pinzan y cortan cordón y pasa con pediatra Dr. Sotomayor, extraen placenta a las (16:23) e inician cierre de cavidad uterina a las (16:25), verificando hemostasia e inician OTB a las (16:40), cortan y ligan ambas e inician cuenta de gasas 10 y 8 compresas completas; a las (16:50) inician cierre de pared abdominal, a las (16:50) la paciente se encuentra hipotensa y se le ministra medicamento, se canaliza en miembro superior izquierdo para una 2 vía, siguiendo hipotensa, termina procedimiento a las 17:00 [...] se cubre herida QX y se coloca vendaje compresivo, se coloca bata y pañal, se retira sonda Foley y pasa a recuperación con efecto de anestésico sin ningún problema.

Nota: aparentemente hizo reacción al látex, eso es lo que indican los médicos, pasa con rash a recuperación, se le ministra medicamento post anestesiólogo, la paciente permanece en sala de quirófano para observación.

Se le dan disparos para inhalar de beclometasona a las (17:23) por presencia de píloro (sic), se le coloca mascarilla de oxígeno y sigue permaneciendo en sala de quirófano para mantenerla en observación, la paciente se encuentra estable, indicado por la Dra. Negrete anestesióloga.

La paciente presenta una expulsión de coágulos, es revisada por el Dr. Pérez, se le realiza una gasometría a las (17:57) por la Dra. Negrete; la paciente presenta hipotonía uterina, es revisada por el doctor Pérez y se le ministra medicamento, se le toma muestra de laboratorio.

[...]

Histerectomía (sic)

OBSERVACIONES

Inicia intervención nuevamente a las (18:35), vuelven a hacer asepsia y antisepsia de región abdominal (18:35) y colocan sonda Foley a las (18:36), intuban a la paciente a las (18:35) quedando en el 1 intento con cánula del No 7.5 y vuelven a abrir por misma sutura a las (18:42), encontrando 1 vaso sangrando, suturado con catgut crómico 1 y también por los doctores de anestesia colocan catéter central largo a las (18:50), no se logra colocar hasta el momento, se sigue intentando nuevamente, se anexa un crómico 0 a las (18:53).

Se entrega 1 sonda nelaton (19:00), 1 vicryl y un gelfoam a las (19:07), no se coloca penrose; solicitan 1 vicryl 2-0 y nylon 2-0, se repara por planos anatómicos hasta peritoneo, observando sangrado abundante de 100 ml, se coloca catéter largo a las (19) (sic) en miembro superior derecho, se anexa 1 vicryl 1 a las (19:25) ya que se observa sangrado por vía vaginal anormal, se decide ligar hipogástricas, la cual no se realiza y se realiza hacer (sic) histerectomía subtotal a las (19:35) por hemorragia e hipotensión, por lo que se inicia infusión norepinefrina (sic), se extrae el útero sin problema aparente, se verifica hemostasia y se cierra cúpula sacando compresa de cavidad (19:57); se ingresa otro paquete de compresas a las (19:58) y se realiza hemostasia, se realiza cuenta de material textil, solicitan otro paquete de gasas a las (20:15) para iniciar nuevamente hemostasia, la cuenta de material textil (20:16) 12 compresas y 20 gasas las cuales son completas, se anexa 1 crómico a las (20:20) e inicia cierre de pared abdominal (20:42), pasa al siguiente turno entubada, monitorizada y pronóstico grave.

Se realiza CGE y actividades de circulante, asistencia, control de líquidos [...] pasa al siguiente turno entregando a la paciente [...]

9. Nota de evolución vespertina de 14 de mayo de 2015 a las 14:30 horas, suscrita por el Médico Pérez, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...] nuevamente reingresa a UTQ para cesárea + OTB, el diagnóstico de ingreso hace 48 hrs fue descartado. Se realizará el procedimiento en breve [...]

10. Nota de trabajo social de 14 de mayo de 2015 a las 16:50 horas, elaborada por la trabajadora social Martha Suárez Olivares, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF y firmada por la [Víctima indirecta A1], la cual obra en el expediente clínico [...] de donde se observa lo siguiente:

[...]

El Dr. Alejo, asistente de guardia vespertina solicita familiar para brindar reporte de estado de salud de la derechohabiente, informándole que presenta alergia (guantes) durante el procedimiento quirúrgico.

Recibí informes del estado de salud de mi esposa de la alergia a los guantes de látex y hay que cambiarlos por silicón.

11. Nota de valoración preanestésica de 14 de mayo de 2015, a las 17:57 horas, suscrita por el Médico Carlos Alberto Núñez Colli, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...] Paciente que es medicada en UTQ con ceftriaxona 1 gr
[...] Cuenta con ayuno completo mayor de 8 hrs
[...] Refiere cesárea previa bajo bloqueo neuroaxial sin complicaciones aparentes
[...] Dentadura propia, Mallampati 1 Patil Aldreti 1, Bellhouse Dore 1 DII 6 cm sin datos de vía aérea difícil
[...] Con adecuados movimientos de ventilación sin la presencia de estertores u otros fenómenos agregados
[...] Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos u otros datos de cardiopatía
[...] Niega alergias a medicamentos cronicodegenerativos.

Plan anestésico:
Bloqueo Subaracnoideo.

Riesgo quirúrgico:
ASA 2 Goldman 1 RAQ E2B.

12. Orden médica de 14 de mayo de 2015 a las 18:03 horas, suscrita por el Médico Pérez, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] que refiere:

1. Ayuno
2. Solución glucosada 5% 1000 cc + 20 UI oxitocina para 6 hrs, continuar con sol. Hartman 1000 cc para 8 hrs
3. Ergonovina 0.2 mg IM DU



4. paracetamol 500 mg VO c/6 hrs
5. vendaje abdominal compresivo
6. reposo absoluto
7. TA 2 veces por turno
8. 1 ampula de oxitocina IV DU. A las 21 horas cita

A las 21:00 hrs. 9. ceftriaxona 1 gr IV c/12 hrs
10. se solicita traslado.

13. Reporte de Gasometría de 14 de mayo de 2015, con hora de atención a las 18:12, elaborada por la Química Bacterióloga Parasitóloga Sofía Espinoza Pérez, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] que indica:

[...]
pH 7.32
pCO2 21.2
pO2 123.2
[...]
K+ 5.3 mmol/L
Hct 15%
cH9b 5.0 g/dL [...]

14. Nota de Trabajo Social de 14 de mayo de 2015 a las 19:02 horas, elaborada por la Trabajadora Social Martha Suárez Olivares, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] de donde se desprende:

[...]

18:20 Por indicación del Dr. Alejo asistente de la guardia se realiza coordinación a HG. Xoco a banco de sangre para solicitar 4 paquetes de concentrado eritrocitario y 3 de plasma [...]

18:30 Por indicación del Dr. Alejo se realiza coordinación a H. G. Ajusco Medio para solicitar apoyo para traslado de la derechohabiente a UCI, indicando Dr. Cornejo por el momento no la puede recibir, llamar después de las 20:30 hrs (sic). Se pide apoyo para solicitar guantes de silicon (sic) indicando no cuentan con material.

[...]

15. Nota de Trabajo Social de 14 de mayo de 2015 a las 19:35 horas, elaborada por la Trabajadora Social Martha Suarez Olivares, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF y firmada por la madre de la [Persona Agraviada A], la cual obra en el expediente clínico [...], donde se observa:

[...]

Recibí información sobre el estado de salud de mi hija, del procedimiento que seba (sic) arealizar (sic) histerectomía por la doctora Negrete y también me informo (sic) doctor Alejo, motivo de traslado (sic)

[...]

16. Nota de enfermería de 14 de mayo de 2015 iniciada a las 20:42 horas, elaborada por la enfermera Yanet López, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], donde se observa lo siguiente:

[...]

MEDICAMENTOS

[...]

20:35 horas paquete globular [...]

21:07 horas paquete globular

21:08 horas paquete globular

21:35 horas paquete globular [...]

22:18 horas plasma fresco

22:35 horas plasma fresco

22:40 horas plasma fresco

[...]

23:00 horas Hartman 1000

OBSERVACIONES

[...] se recibe paciente en sala con cierre de pared concluida, bajo efectos de anestesia general, con apoyo ventilatorio, monitor de signos vitales, con 2 vías venosas y un catéter largo permeables, pasando soluciones para restituir volumen con infusión de norepinefrina a 15 ml incrementándose gradualmente, se recibe en malas condiciones generales, palidez acentuada de tegumentos, hipotérmica, con signos vitales TA 100/60, FC 128, Sat 100%, con sonda Foley a derivación, con oliguria, orina concentrada, hematuria y sangrado transvaginal escaso, se transfunden 5 paquetes globulares y 3 unidades de plasma fresco congelado, sin incidentes, con vendaje en miembros inferiores y herida quirúrgica cubierta con gasa y tegaderm; palpándose abdomen blando, no distendido, se intenta tomar muestras de laboratorio con intentos fallidos dadas las condiciones clínicas de la paciente, se colocan lámparas de calor seco para aumentar la temperatura corporal, se cuantifica uresis horaria obteniendo 130 ml; se mantiene la paciente bajo efectos de anestesia de sedación-relajación, cursando hemodinámicamente estable, con una TA 100/70, FC 140, Sat, 356. Se solicita traslado aproximadamente a las 23:15, se instala paciente en camilla de traslado, presentando signos vitales de TA 106/70, FC 140, Sat 100%, Temp 35.6, va con 3 vías permeables, pasando infusión de norepinefrina en bomba de infusión a 23 ml, se instala por parte de médico y paramédico de ambulancia ventilador y monitor con saturómetro (sic) de oxígeno, trasladándose a Hospital Rubén Leñero a las 23:40 aproximadamente, se va hemodinámicamente estable.

17. Hoja de registro anestésico de 14 de mayo de 2015 a las 20:51 horas, suscrita por el Médico Carlos Alberto Núñez Colli, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...]

A nivel L2 L3 se coloca bloqueo [...] se pasa dosis de bupivacaina hiperbárica [...] teniendo adecuada analgesia. Se inicia procedimiento obteniendo producto femenino de 2650 gr, 46 cm y Apgar de 8/9, se administran 20 UI de oxitocina en infusión. A los 10 minutos después de nacimiento se presenta hipotensión, manejando medias de 52 y SPO2 de 78 y desaturación sospechando probable alergia a látex, se comienza reanimación con fluidoterapia, pasando solución Hartman 2000 y almidón 1000, así mismo, se administra difenhidramina 50 mg e hidrocortisona 1 gr con respuesta leve, se decide administrar epinefrina 1 gr subcutáneo, así como disparos inhalatorios de esteroide, respondiendo adecuadamente al manejo, no se considera de momento intubación orotraqueal por adecuada respuesta; se quitan sustancias que contengan látex, se solicita a Dirección guantes y sondas de silicón, reportando que no hay en existencia en el Hospital, continua (sic) procedimiento en estas condiciones y se finaliza hemodinámicamente estable. Se mantiene en sala para vigilancia hemodinámica. Antes de decidir sacar a la paciente a recuperación, se detecta hipotonía uterina, comenzando maniobras de reanimación con oxitocina y ergonovina y calcio, no respondiendo adecuadamente, así que se decide reintervenir, razón por la cual cambio de técnica anestésica a manejar al paciente con AGB.

[...]

Se realiza inducción [...] intubación endotraqueal con tubo tipo Murphy 7.5 [...] se decide manejar infusión de norepinefrina tomando catéter largo, se solicita sangre a asistente de la Dirección en turno, ya que en la Unidad no se cuenta con Banco de Sangre, se comienza a hemotransfudir a las 20:40 hrs, se toma gasometría con pH 7.32, PCO2 123, HCO3 10.9, se reporta HB de 5, se insiste en la necesidad de traslado a UCIA, aún pendiente traslado, hallazgos quirúrgicos reportados por cirujano.

[...]

Observaciones de salida de quirófano

Paciente que sangro (sic) 4500 ml se solicitó sangre a las 18:30 aunpendiente (sic) transfusión a las 21 hrs. se toma catéter largo para iniciar infusión de aminos iniciamos norepinefrina a 2MCG/kg/Min se realiza histerectomía obstétrica y se solicita a asistente de la Dirección traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

18. Nota posquirúrgica de 14 de mayo de 2015 a las 21:00 horas, suscrita por el Médico Pérez, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente médico [...], de cuyo contenido se desprende lo siguiente:

[...] Nota postcesárea + OTB + Histerectomía obstétrica subtotal (por hemorragia obstétrica). DX preoperatorio: 39 SDG + paridad satisfecha + cesárea previa. DX postoperatorio: puerperio patológico por histerectomía obstétrica secundaria a hipotonía uterina refractaria al manejo médico + shock hipovolémico + alergia al látex.

Operación programada: cesárea Kerr.

Operación realizada: cesárea Kerr + histerectomía obstétrica subtotal [...]

Hallazgos: producto femenino de 2650 g, Apgar 8-9 a las 16:25 hr, LA claro, 37 SDG X Capurro. En segunda intervención útero hipotónico.

Complicaciones: reacción alérgica probablemente al látex; hipotonía uterina con hemorragia obstétrica; shock hipovolémico (sangrado total 6000 ml).

Paciente grave, queda en quirófano hasta conseguir traslado; al parecer no hay sangrado activo. Se está transfundiendo concentrados globulares y plasma. Se envía a UCI. Se dio informe a la [Victima indirecta A1] [...]

19. Nota médica del Servicio de Anestesiología de 14 de mayo de 2015 a las 21:00 horas, suscrita por el Médico Víctor Manuel Ortiz, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que indica:

[...] postoperada de cesárea más oclusión tubarica (sic) bilateral, así como de histerectomía total abdominal por hipotonía uterina con choque hipovolémico, se hace enlace con turno vespertino, recibiendo paciente con TA 105/56, FC 135 X', SPO2% 99-100% con infusión de norepinefrina [...], se nos reporta sangrado estimado de 5000 ml, manejado con soluciones cristaloideas: Hartman 2000 cc más soluciones coloides 3000 cc, con almidón y hemacel, uresis de 250 cc; continuamos con manejo con norepinefrina [...]. Al obtener paquetes globulares y plasma fresco congelado a las 20:25, se inicia transfusión manteniendo signos vitales con TA 110/60 mmHg en promedio y FC 110-130 lpm; así mismo se administra gluconato de calcio 1 gr y bicarbonato de sodio [...] se intenta tomar laboratorios de control: biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea y gasometría arterial, sin tener éxito en la toma de muestra, durante transfusión se administran 200 cc de Hartman, se solicita traslado a Hospitales de la red, siendo aceptada en Hospital Leñero.

Se entrega paciente a personal del CRUM con los signos vitales: TA 108/54 mmHg con infusión de norepinefrina [...]. Se resume manejo con soluciones cristaloideas con Hartman 2000 cc, transfusión de 5 paquetes globulares y 3 plasmas frescos congelados, bicarbonato de sodio 50 ml al 7.5% y gluconato de calcio 1 gr intravenoso. Se reporta uresis de 160 ml en 2 horas [...] Se reporta paciente muy grave, se mantienen parámetros ventilatorios.

20. Nota de guardia de 14 de mayo de 2015 a las 22:00 horas, suscrita por el Médico Roberto Esparza, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

Paciente grave como se consigna en notas previas, se solicita traslado a Unidad de Cuidados Intensivos y la reciben en el Hospital General Rubén Leñero por Dra. García Lemuz de UCI y Dr. Morales asistente de la Dirección, solicitamos ambulancia de Cuidados Intensivos para ser trasladada por medio del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), la cual viene en camino para su traslado.

[...]

21. Formato de control de líquidos de 14 de mayo de 2015, suscrito por las enfermeras Xóchitl Romero y Yanet López, adscritas al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende:

[...]

Total de líquidos en 24 horas

Total de ingresos de 10,100 ml

Total de egresos 330

Balance de líquidos de 9,770

[...]

22. Hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica de 14 de mayo de 2015, suscrita por el Médico Pérez Amaro, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] que señala:

[...] Se termina el procedimiento sin complicaciones quirúrgicas, con sangrado calculado de 400 ml. Sin embargo, por un problema alérgico de etiología no determinada, queda en quirófano en vigilancia, a cargo de Anestesiología.

23. Nota de Trabajo Social de 14 de mayo de 2015, elaborada por las Trabajadoras Sociales Patricia Isabel Corona Montiel y Martha Suárez Olivares, adscritas al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] de donde se desprende:

[...]

Fecha: 2015-05-14 [...]

Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel

21:14: se realiza llamada a Hospital General Xoco en el cual se refiere marcarle a las 22:00 horas al Dr. Muñoz médico asistente de turno nocturno

Fecha: 2015-05-14 [...]

Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel [...]

21:10 horas Enterada de la situación se indica a través del Dr. Esparza médico asistente continuar con la solicitud de apoyo a la referencia en el Hospital General Xoco

Fecha: 2015-05-14 [...]

Profesional: Martha Suárez Olivares [...]

19:35 La Dra. Negrete solicita familia para brindar reporte de estado de salud y procedimiento que se realizara (histerectomía) a la derechohabiente; el Dr. Alejo informa de estado de salud de la derechohabiente y motivo de la referencia.

[...]

24. Nota de Trabajo Social de 14 de mayo de 2015, elaborada por la Trabajadora Social Martha Suárez Olivares, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] de donde se observa:

Fecha: 2015-05-14 22:13:05 [...]

Profesional: Martha Suárez Olivares [...]

Se realiza llamada al Hospital General Rubén Leñero en el cual atiende la llamada el Dr. Morales coordinando con el Dr. Esparza médico de esta unidad, quien presenta caso de la derechohabiente, recibiendo el Dr. Morales médico asistente y el Dr. García Lemus en Terapia.

25. Formato de referencia y contrarreferencia de 14 de mayo de 2015, suscrito por los Médicos Juan Miguel Alejo y Gerardo [apellido ilegible], adscritos al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...]

Unidad a la que se refiere: Hospital General Dr. Rubén Leñero

[...]

Padecimiento actual: Paciente secundigesta nulípara de 25 años que reingresó a UTQ programada para cesárea (+ OTB). Se realizó la cesárea programada sin complicaciones aparentes, con sangrado de 400 ml, durante el transoperatorio presentó reacción alérgica (no se pudo saber si a ceftriaxona, a látex o a anestésicos), se mantuvo en sala de quirófano; 45 min después inicia con hipotonía uterina que no respondió a misoprostol 800 mcg, oxitocina directa 5 U + infusión 20U en carga y ergonovina IM 2 mg, decidiéndose realizar histerectomía y ligadura de arterias hipogástricas, se somete nuevamente a cirugía a las 18:35 hrs, se intentó manejo conservador al encontrar un vaso sangrante en comisura izquierda de histerorrafia, pero al revalorar el sangrado vía vaginal que continuaba, se decidió realizar ligadura de arterias hipogástricas sin éxito por dificultad técnica, procediéndose luego a histerectomía subtotal, que se realiza con éxito; sangrado transvaginal calculado (más bien total) de 5000 ml. Se inició ya hemotransfusión, contamos con 6 U de paquete globular y 3 U de plasma. Se solicita traslado a Terapia Intensiva.

[...]

26. Nota de Trabajo Social de 14 de mayo de 2015, elaborada por la Trabajadora Social Patricia Isabel Corona Montiel, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende lo siguiente:

[...]

Fecha 2015-05-15 00:15:53.362 Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel [...]
Se retira unidad del Centro Regulador de Urgencias con la derechohabiente y su madre, la señora [...]

Fecha 2015-05-14 23:42:21.448 Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel [...]
23:11 hrs. Se presenta unidad móvil del Centro regulador de urgencias con equipo de paramédicos y Dr. Ulises Hernández.

Fecha 2015-05-14 22:22:35.026 Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel [...]
Se recibe llamada telefónica de la Dra. Concepción Reyes quien refiere se envía la unidad 390, acudiendo en ella el Dr. Ulises Hernández, se notifica a médico asistente.



Fecha 2015-05-14 22:16:13:27.916 Profesional: Patricia Isabel Corona Montiel [...]
Dr. Esparza solicita apoyo al Centro Regulador atendiendo la Dra. Concepción Reyes,
quien solicita se regrese la llamada telefónica.

27. Registro clínico de atención prehospitalaria de 14 de mayo de 2015, suscrito por dos Médicos adscritos al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], donde se observa:

Fármaco	Dosis	Hr.
Fentanyl		
Vecuronio		
Nore.	.15 mg	12 h.

[...]

RCP	Si	No
Tiempo	Inic	Term

[...]

28. Nota de guardia de 15 de mayo de 2015, a las 2:30 horas, suscrita por el Asistente de la Dirección Guardia C, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que indica:

[...]

Por vía telefónica, nos informa Centro Regulador que la paciente falleció y que en Hosp. (sic) Rubén Leñero llegó fallecida y que será regresada a la Unidad para elaboración de certificado, a las 2:30 arriba la ambulancia y se corrobora paciente fallecida, sin signos vitales. Se informa a Dr. Rojas, Director del Hospital y coincide con la realización del certificado de defunción. Se realizará en cuanto acudan los familiares.

29. Nota inicial de urgencias de 15 de mayo 2015 a las 3:34 horas, suscrita por el Médico Raúl Morales Díaz, adscrito al Hospital General Dr. Rubén Leñero de la SEDESADF, que señala:

[...] es referida de Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, solicitó apoyo vía telefónica para recibir atención en UTI por estado de choque hipovolémico severo y prolongado secundario a hemorragia mayor después de cesárea iterativa que amerito (sic) histerectomía, se refiere que se traslada en ambulancia de alta tecnología. A su ingreso al Hospital y por falta de cupo en Urgencias se recibe directo en UTI. A su recepción observamos palidez mucocutánea marcada, desaturación, sin pulso ni tensión arterial; a la exploración física observamos pupilas dilatadas, sin respuesta a la luz (en plato, sin reflejo). Se ausculta área precordial sin ruidos cardiacos. EKG asistolia. Se avisó a centro regulador y autoridades correspondientes. Se decide su traslado a Unidad Médica de Referencia. Se informa a familiar del estado de defunción a las 00:50 horas del día 15 05 2015.

Diagnóstico Principal

Paro cardiaco secundario a choque hipovolémico; PO cesárea iterativa e Histerectomía.

Diagnóstico o Problemas clínicos:
Defunción por estado de Choque Hipovolémico severo.

[...]

30. Certificado de defunción de 15 de mayo de 2015, suscrito por el Médico Rodolfo Esparza Pérez, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...] donde se observa lo siguiente:

[...]

Causas de la defunción: a) Choque hipovolémico
b) Hemorragia Obstétrica

[...]

31. Hoja de interpretación de Estudio de Anatomía Patológica de 29 de mayo de 2015, suscrito por el Médico Ernesto Cabrera Juárez, adscrito al Hospital General Xoco de la SEDESADF, del cual se desprende:

[...] Diagnostico (sic): Miomatosis uterina de pequeños elementos
Infiltrado Hemático (sic)
Miometro
Endometrio decidual con hemorragia

32. Resumen clínico de 5 de junio de 2015, suscrito por el Médico Raúl Morales Díaz, Asistente Guardia B, adscrito al Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la SEDESADF, que indica:

[...] El día 14 de mayo 2015 a las 22:00 se recibe llamada telefónica del Dr. Gustavo Carbajal director del Hospital solicitando ingreso al servicio de Terapia Intensiva de la Sra. [Persona Agraviada A] referida del HMIMC con diagnóstico de estado de Choque hipovolémico severo y prolongado secundario a hemorragia mayor después de cesárea iterativa que amerito (sic) histerectomía, se aceptó a la paciente para su apoyo en UTI.

La paciente llegó (sic) en ambulancia de alta tecnología al Hospital Dr. Rubén Leñero el día 15 mayo 2015 00:50 h, a su recepción observamos palidez mucocutánea marcada, desaturada, sin pulso ni tensión arterial; a la exploración física sin respuesta neurológica al explorador, pupilas dilatadas, sin respuesta a la luz (en plato sin reflejo alguno), auscultación de área precordial sin ruidos cardíacos.

El trato que se le dio a la paciente estuvo relacionado con establecer y corroborar el diagnóstico de paro cardíaco y muerte clínica, se explora, toma de signos de vitalidad, los cuales eran negativos y se toma electrocardiograma con presencia de asistolia.

El diagnóstico de ingreso al Hospital General Dr. Rubén Leñero: Muerte clínica, Paro cardíaco por estado de Choque Hipovolémico severo y prolongado.

33. Oficio D/L/0658/2015 de 2 de julio de 2015, suscrito por el Médico Gerardo de Jesús Ojeda Valdés, Subdirector Médico de la SEDESADF, por medio del cual se informó lo siguiente:

[...] se realizaron las gestiones necesarias para solicitar al personal de Seguridad Pública del Distrito Federal que se encuentra en esta Unidad Hospitalaria, la libreta de registro de entrada y salida de Ambulancias a este Nosocomio [...]

[...] Informe Original, mismo que consta de una hoja útil, elaborado por el DR. RAUL (sic) MORALES DIAZ (sic), Médico Adscrito y Asistente de Guarda (sic) "B", respecto al término "Ambulancia de Alta Tecnología", que utilizó en el Resumen Clínico [...]

34. Oficio 128/D/MC/17 de 6 de marzo de 2017, suscrito por el Médico Edgardo Bustillos Alamilla, Director del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] Por tratarse de una paciente programada para cesárea por cesárea previa, riesgo de rotura uterina y cérvix no favorable para inducto – conducción

El periodo intergenésico de cualquier tiempo no es garantía de no presentar rotura uterina [...]

[...] las cifras tensionales (sic) de la paciente antes de iniciar la investigación quirúrgica se consideran normales.

Cifras tensionales (sic) preoperatorias:

15:50hrs. 106/65

16:05HRS. 110/70 y la cirugía inicia a las 16:18 hrs [...]

[...] Durante la intervención quirúrgica el médico cirujano y el médico anestesiólogo se mantienen en comunicación constante por lo que estuvieron enterados en todo momento de las condiciones de la paciente [...]

[...] La histerorrafia se realiza con útero involucionado y tono uterino normal. [...]

[...] Al momento del cierre, el útero estaba bien involucionado [...]

[...] Permanece en sala de quirófano en vigilancia hemodinámica por problema alérgico de etiología a determinar.

Sin complicaciones quirúrgicas

Sangrado calculado de 400 ml [...]

[...] no hubo una interconsulta ya que soy el médico tratante [...]

[...] A las 17:57 se revisa a la paciente estando aun en quirófano por presentar expulsión de coágulos por vagina.

Se encuentra hemodinámicamente estable, con los siguientes signos vitales TA 110/62, FC 54, saturación O2 100%.

Con Dx presuntivo de Hipotonía uterina. [...]

[...] Puerperio patológico.

Hipotonía uterina, refractaria a tratamiento farmacológico. [...]

[...] La aparente alergia al látex fue un Dx. de sospecha ante una reacción anafiláctica que puede tratarse a otro alérgeno. La anafilaxia se trató con buena respuesta dado que los datos de anafilaxia remitieron con el tratamiento.

La segunda cirugía se realiza de emergencia y ante la gravedad de la hemorragia, se decide utilizar el mismo material de la primera cirugía, dado que no había antecedentes previos de alergia al látex ya que desde su ingreso se había utilizado material de látex sin problema.

Se solicitó el material sin látex y no nos fue proporcionado [...]

[...] ya que la paciente a su ingreso a quirófano tiene monitoreo continuo con EKG con ritmo sinusal y monitoreo con oximetría de pulso.

Los signos vitales registrados son TA 120/70, FC 88 X min., FR 18xmin. y Temp. 36.5°C. [...]

[...] La paciente cuenta con valoración pre anestésica, destacando que tiene un riesgo Qx ASA 2, GOLDMAN 1 y RAQ E2B.

Sin datos de vía aérea difícil, negando alergias previas.

Sin factores de riesgo [...]

[...] Aproximadamente 10 minutos después del nacimiento (16:31 hrs) en el momento en el que se estaba realizando el cierre de la histerorrafia y verificando la hemostasia [...]

[...] La paciente presentó (sic) rash, hipotensión (78/51) taquicardia de 114xmin y de saturación (78%) por lo que clínicamente es compatible con el diagnóstico de anafilaxia [...]

[...] En relación a la alergia al látex fue una sospecha diagnóstica, ya que la paciente en el quirófano presenta una reacción anafiláctica se presumió que fue el látex, aunque bien pudo deberse a otro alérgeno. (medicamento, antiséptico u otros) [...]

[...] Fluidoterapia, antihistamínicos (sic), esteroides IV, disparos inhalatorios de broncodilatadores, además epinefrina.

Y ante la sospecha se solicitó retirar el material que contenga látex [...]

[...]

INGRESOS DE LIQUIDOS (sic)	9700ml	
SUSTANCIAS ADMINISTRADAS	HARTMAN 6000ml ALMIDON (sic) 2000ml SANGRE 1250ml PLASMA 450ml Total: 9700ml	
EGRESOS	SANGRADO; 5000ml URESIS 1060ml PERDIDA INSENSIBLE 880ml AYUNO 800ml PERDIDA DE LIQ POR	

	TRAUMA QX. 1350ml CIRCUITO ANESTÉSICO 420ml TOTAL: 9510ml	
BALANCE	POSITIVO 190ml	

[...]

[...] Se entrega en QX. paciente a CRUM TA 108/54 mmHg

FC 130XMIN. SAT O2 100%

Uresis de 160 ml en 2 hrs. 1.1mlKg/hora.

Recibe CRUM

100/69 FC147, FR 12 TEMP 36, SAT100% [...]

[...] No debido a que la paciente a su ingreso a quirófano tenía TA de 106/65 mmHg por lo que no presentaba hipotensión [...]

[...] Los signos vitales se obtienen mediante un monitor de toma de signos vitales (saturación arterial de oxígeno, presión arterial no invasiva, EKG con frecuencia cardiaca continuos) y estos solo son transcritos a la hoja de enfermería y a la hoja de registro anestésico [...]

[...]

35. Oficio 214/D/MC/17 de 21 de abril de 2017, suscrito por los Médicos Edgardo Bustillos Alamilla, Director del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF y Ernesto Cruz Martínez, Jefe de Ginecoobstetricia del referido nosocomio, del cual se desprende la siguiente información:

[...] Informe

En el expediente clínico 07 54 07 de la paciente [...] existe un reporte de estudio Histopatológico el cual fue realizado en el servicio de patología del Hospital General de (sic) Xoco, el cual informa lo siguiente:

[...]

Material remitido: Útero sin anexos

[...]

DIAGNÓSTICO

1.- MIOMATOSIS UTERINA DE PEQUEÑOS ELEMENTOS

2.-INFILTRADO HEMATICO (sic) Y EDEMA INTENSO EN MIOMETRIO

3.- ENDOMETRIO DESIDUAL CON HEMORRAGIA

[...]

Conclusión

La paciente del caso presentó una complicación con choque hipovolémico secundaria a una hemorragia obstétrica, los hallazgos histopatológicos concuerdan con el diagnóstico clínico ya que el útero de Cuvaliere y la miomatosis uterina, son patologías asociadas a hemorragia obstétrica, como se señala en la bibliografía descrita. [...]

36. Opinión médica de 28 de abril de 2017, emitida por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Posteriormente ingresa a quirófano, no se tiene documentado a qué hora es en la que ingresa propiamente a esta área; por la información de las hojas de enfermería se tiene que inician el bloqueo subaracnoideo a las 16:02 horas e inician la intervención quirúrgica como tal a las 16:18 horas [...]

Tanto en notas de enfermería, como en las notas de anestesiología señalan que la paciente empieza a presentar datos de hipotensión; enfermería refiere que esto sucede a las 16:50 horas, anestesiología que a los 10 minutos posteriores al nacimiento (aproximadamente 16:31 horas) y por parte de Ginecología en su nota solo (sic) mencionan que terminan procedimiento sin complicaciones quirúrgicas [...]

Posterior a terminar el evento quirúrgico, aparentemente la señora permanece ahí para mantenerla en observación, dando manejo con disparos de beclometasona; desde el inicio de la segunda carga de almidón (17:15) mantiene una TA arriba de lo normal, manteniéndose la taquicardia, aproximadamente a las 17:43 presenta una baja en la TA de 97/52 y posteriormente aumenta. Señalan que a las 17:57 es revisada por el médico tratante, debido a que presenta expulsión de coágulos, de esta valoración consideran que presenta hipotonía uterina, solicitando gasometría e indican manejo con medicamentos. De acuerdo a las anotaciones, inician manejo de solución con oxitocina, la cual empieza a pasar a las 17:55 horas (de acuerdo a nota de enfermería); siendo que este horario de inicio ya no concuerda con la hora de valoración que señalan, en la que fue vista nuevamente por Ginecología, corroborando dicho hecho con la respuesta que dan a los planteamientos, donde menciona que el valora nuevamente a la paciente a las 17:57 horas. Esta incongruencia, aunque sea de 2 minutos, no tiene congruencia cronológica, ya que el personal de enfermería administra los medicamentos de acuerdo a las indicaciones realizadas por los médicos tratantes y la hora que tienen las órdenes médicas indicando la administración de oxitocina nuevamente es a las 18:03 horas; y enfermería pone que inicia el paso de la misma a las 17:55 horas.

[...] paciente sale de quirófano; el médico tratante señala que sin ninguna complicación quirúrgica y que los datos que presenta son por una reacción anafiláctica. Desde el lapso que termina el procedimiento quirúrgico hasta que realiza la intervención quirúrgica, no hay ninguna nota de valoración o de evolución de la paciente; se desconoce la hora en que le fue informado del estado de la paciente, la cantidad de sangrado que presentó antes de que fuera valorada y no está documentado las condiciones en las que la encontró, como se encontraba la involución uterina a la exploración y la nota prequirúrgica.

[...] se encontraba hemodinámicamente estable, con signos vitales TA 110/60. FC de 54 y saturación del 100%; pero se debe considerar que la paciente tenía tratamiento para la hipotensión desde el primer transoperatorio, que ya se le habían administrado en 2 ocasiones expansores de volumen, situación por las que obviamente hemodinámicamente se estaba manteniendo estable.

Se toma la gasometría que se había solicitado por parte de Ginecología y se observan datos de acidosis metabólica, pero un dato relevante es que el reporte de Hemoglobina es de 5 y hematocrito de 15%. Dan indicaciones de iniciar manejo con medicamentos para la hipotonía uterina, administrando ergonovina y misoprostol; no hay documentación de cómo se encuentra la paciente posterior a la administración de tratamiento médico, solo se tiene la nota de intervención quirúrgica nuevamente y las notas de enfermería, en donde documentan que se realiza reintervención a las 18:35 horas y a la apertura de la cavidad abdominal encuentran sangrado de la comisura izquierda de histerorraña, que requirió un punto de sutura, pero a pesar de ello continuaba con el sangrado por vía vaginal, sin que se pudiera realizar ligadura de arterias uterinas, señalando que por dificultad de la técnica, sin que se especifique en que consiste la misma, decidiendo la realización de histerectomía.

Se documenta que en evento quirúrgico hay una pérdida (sic) sanguínea total de 5000 ml, pero no hay documentación de la pérdida (sic) aproximada antes de la intervención, para considerar que fuera un coagulo (sic) y en el lapso que se realizó la valoración al momento del inicio de la intervención, tampoco se tiene la cuantificación del sangrado.

En base a las notas de Trabajo Social, a las 21:10 horas se continua (sic) con la solicitud de apoyo para que la paciente fuera referida; no hay constancia de que en el lapso que se realizó la intervención quirúrgica, se estuviera gestionado dicho traslado, es hasta que se termina el procedimiento, que se empiezan las gestiones como tal [...] La nota inicial de Urgencias del Hospital General *Dr. Rubén Leñero* señala que, a su llegada pasa directo a UCI, observando que presentaba palidez marcada, desaturación, sin pulso ni tensión arterial, con EKG en asistolia, por lo que a las 00:50 horas del día 15 de mayo del 2015 dan el diagnóstico de defunción, considerando la (sic) como diagnóstico paro cardíaco secundario a choque hipovolémico, regresando a la paciente al Hospital de origen.

[...] De acuerdo al recuadro de signos vitales, ya empieza a haber un descenso en la tensión arterial a las 16:30 horas, siendo esta de 94/43, con frecuencia cardíaca de 126 y saturación de 96%; pero ya a las 16:35 horas se documenta un descenso mayor, siendo la TA de 73/34, frecuencia cardíaca de 133 y saturación de 92%. En este momento es cuando los signos vitales de la paciente, se encuentra muy por fuera de los valores normales, y empiezan manejo.

Consideran que esta situación de la alteración en sus signos vitales se debe a un proceso anafiláctico, pues hay señalamiento en las notas que presenta un rash cutáneo, motivo por el que les lleva a considerar este diagnóstico. Al cuestionarles a los médicos sobre la cuestión del choque anafiláctico, ellos responden que consideran este diagnóstico debido a que presentó rash, hipotensión (78/51), taquicardia de 114 latidos por minuto y desaturación del 78%, siendo compatible con el diagnóstico de anafilaxia. También responden que la alergia al látex era una sospecha diagnóstica, pues en quirófano presentó una reacción anafiláctica y se presumió que fue al látex, aunque bien pudo deberse a otro alérgeno (medicamentos, antiséptico u otro).

[...]

[...] en la anafilaxia inducida por el látex, las reacciones se producen por contacto directo y por contaminación parenteral o transmisión de aerosoles, la absorción de alérgenos por vías distintas de la endovenosa es más lenta y retarda la aparición del cuadro

clínico. En estos casos se debe retirar todo vestigio de látex del campo operatorio, cambiar guantes de todo el equipo quirúrgico e interrumpir el contacto del paciente con todos los insumos que contengan látex.

[...] Se considera que existe hipotensión cuando el valor de la presión arterial sistólica desciende de su nivel normal. En general valores inferiores a 90 mmHg son considerados como indicativos de estado de choque o como choque inminente. El estado de choque está representado además por palidez cutánea, con frialdad y sudoración, taquicardia, confusión, obnubilación mental y aprensión [...]

[...] la paciente pudo haber presentado un cuadro anafiláctico, que, de acuerdo a lo antes mencionado, pudo ocasionarse por diversos alérgenos a los cuales estuvo expuesta durante su estancia hospitalaria. De los documentales (sic), se obtiene que la primera manifestación que observan en la paciente es la hipotensión, no se especifica claramente la hora o el momento en que presenta el rash cutáneo que señalan, ni en que parte del cuerpo lo presentaba, tampoco hay mención de algún otro síntoma que nos indique que efectivamente se trataba de una reacción anafiláctica.

Pero, considerando que efectivamente la presentara, no se podía determinar el origen de la misma y desde el inicio por parte del personal médico se señaló que esta era una reacción alérgica al látex (de acuerdo a las notas médicas contenidas en el expediente); pero en cuestionamientos posteriores, los médicos aseveran que este solo fue un diagnóstico de sospecha, pues bien pudo derivarse de algún otro alérgeno como los medicamentos o el antiséptico. Por lo tanto, no se puede aseverar que la paciente haya presentado una reacción anafiláctica al látex, hecho que pudiera corroborarse, pues se realiza una segunda intervención quirúrgica utilizando este tipo de material.

Como se menciona en la literatura médica, este es una alteración que, de no darse el tratamiento adecuado, puede ser grave y producir la muerte del paciente; si la paciente hubiera estado en contacto con el alérgeno nuevamente, sería una situación desfavorable y que, a pesar de tratamiento, hubiera sido complicado revertir.

Ahora, considerando el hecho inicial de que presenta una reacción anafiláctica, considerada por la hipotensión, se inicia manejo para el mismo, el cual se expone en el cuadro; estando aun en la primera intervención, sin que se terminara el procedimiento quirúrgico, se administra de inicio almidón (16:37 horas); el almidón es un coloide artificial (Hidroxietilalmidón) con propiedades expansoras similares a las de la solución de albúmina y que están indicadas principalmente en casos de hipovolemia debida a hemorragia aguda, durante un máximo de 24 horas y vigilando la función renal. Entonces (sic) de acuerdo a dicho cuadro esto es lo primero que se le administra a la paciente, aun cuando este tipo de soluciones es para manejo de una hipovolemia, ellos lo utilizan para el manejo del aparente cuadro de anafilaxia. Otra situación con el almidón, es que hay una contradicción en las cantidades administradas, en las hojas de enfermería se anota 1000 ml de este en 2 ocasiones y en las hojas de anestesiología, además de información enviada a esta Comisión, se mencionan que fueron 2000 ml administrados. Independientemente de cuándo y porque se lo administran, en todas las hojas de manejo de medicamentos, se debe de encontrar las mismas cantidades tanto la indicada como la administrada y en estas hay contradicción.

[...] inicialmente es la administración de epinefrina y la adrenalina, posteriormente se debe de administrar manejo con soluciones cristaloides, solo si no hay respuesta

adecuada se utilizan soluciones coloides, además de la administración de agonistas beta y (sic) e ipratropio (sic).

[...] no obstante que el manejo inicial debe ser administrar epinefrina, esta se administra hasta las 17:10 horas (35 minutos después de que se presentó la hipotensión) y además a las 17:10 se vuelve a administrar otra carga de almidón; la solución cristaloides se inicia a las 16:50 horas y la beclometasona a las 17:22 y 17:25 horas.

[...] se puede observar que el manejo que se le brindó (sic) propiamente para la anafilaxia, no fue propiamente el indicado, pues se empezó a dar manejo como si presentara un choque hipovolémico, cuando ellos consideraban la presencia de una anafilaxia. Si bien los medicamentos que se le administraron son los (sic) que se deben de utilizar para este tipo de cuadros, no se administró en tiempo, pues fue hasta 35 minutos después de iniciada la hipotensión que se le administró la epinefrina, cuando este es el medicamento básico y de elección para contrarrestar el efecto [...]

[...] en este caso propiamente en cuanto a esta valoración, es que como su nombre lo indica, es una valoración preanestésica, misma que debe de realizarse antes de la intervención quirúrgica, a fin de obtener la información de los antecedentes y, sobre todo, como se comenta en el párrafo anterior, de alguna reacción adversa. Dentro del expediente clínico certificado, se encuentra la valoración preanestésica con fecha del día 14 de mayo del 2015, con hora de realización de las 17:57 horas y propiamente este horario corresponde casi al momento en que se efectúa la segunda intervención quirúrgica [...] no efectuó en el lapso en que corresponde su práctica y con ello, se podría derivar que no consideraron antecedentes de importancia para la atención de la paciente.

[...] de acuerdo a las notas de enfermería especifican que presenta una expulsión de coágulos, pero no señalan la hora en que se observa este hecho ni la hora en que es revisada por médico; solo que se toma una gasometría a las 17:57 horas y que presentaba un cuadro de hipotonía uterina.

[...] se estuvo monitorizando a la paciente posterior a la intervención (puerperio) en cuanto a su presión arterial, frecuencia cardíaca, la toma de temperatura solo se efectúa en 2 ocasiones durante ese tiempo, siendo de 35.8 a las 17:59 horas

[...]

En ninguna nota, ni en las de obstetricia, enfermería o anestesiología se hace la mención de cómo se encontraba el tono y la altura uterina, así como tampoco las características del sangrado transvaginal (cantidad del mismo); pasa aparentemente una hora, sin que hayan sido valoradas estas situaciones. Por lo que observamos que hay una falta de vigilancia en cuanto al hecho de la involución uterina y que propiamente no presentaba alteraciones a nivel de signos vitales (independientemente de los que ya presentaba), debido al manejo que le estaban brindando por la anafilaxia.

Lo que ya observan posteriormente (reiterando, no se especifica la hora) es la salida de coágulos, pero aun en este momento, no señalan en ninguna documentación como está la involución uterina. Consideran que presenta un cuadro de hipotonía uterina, por lo que inicia manejo medicamentoso, administrando oxitocina, ergonovina y misoprostol, sin

que presente una adecuada evolución. No se cuenta con nota preoperatorio (sic) para la segunda intervención quirúrgica, pero la paciente es ingresada nuevamente a quirófano.

[...] la paciente presentó un cuadro de hemorragia obstétrica posparto, en las notas iniciales consideran que es por presencia de hipotonía uterina. A pesar del manejo médico no cedió y requirió intervención quirúrgica; se inicia nuevo procedimiento quirúrgico a las 18:35 horas y es cuando cambian de método anestésico, ocupando anestesia general y realizando intubación orotraqueal. Al abrir cavidad encuentran sangrado a nivel de la comisura izquierda de histerorrafia, la cual resolvieron con un punto de sutura, persistiendo el sangrado uterino, de acuerdo a notas pensaban realizar ligadura de arterias uterinas, el cual no se pudo por dificultad técnica, por lo que realizan histerectomía. Durante el procedimiento quirúrgico se menciona que presenta un sangrado de 5000 ml.

No se tiene documentado, cuanto fue la pérdida (sic) sanguínea en el posparto antes de la segunda intervención quirúrgica, pero aunada esta cantidad con los 5000 ml que señalan presentó en el transoperatorio, la cantidad de sangre es importante. Durante el transoperatorio, se dio manejo con gelfoam, infusión de epinefrina y aun estando en la intervención quirúrgica se empezó a pasar concentrados eritrocitarios. El estado metabólico de la paciente era crítico, tan es así que, desde antes de ingresar nuevamente a intervención, se señala en las notas de Trabajo Social que se solicitaría el apoyo para el traslado de la paciente a Unidad de Cuidados Intensivos.

[...] En el caso que nos ocupa, posterior a realizar la intervención quirúrgica, se le realizó método de planificación definitivo (OTB), por lo que el cierre de pared no fue inmediato; en ese lapso de tiempo se tendría que haber observado por parte del médico tratante (obstetra) que el útero no se encontraba en condiciones adecuadas o había falla en la involución del mismo (sic) [...]

[...] se observa una contradicción por parte del personal médico en cuanto a la involución uterina o en cuanto al mecanismo que pudo producir la hipotonía uterina; no se puede precisar si efectivamente se realizó una buena valoración de cómo se encontraba la involución uterina antes del cierre de pared abdominal, o si las causas de la hipotonía uterina fueron las que se comentan en el informe complementario. Lo que sí es un hecho, es que esta situación que derivó (sic) en la presencia de una hemorragia obstétrica posparto y por consiguiente a un choque hipovolémico.

[...] La cuestión en este caso es que en el evento inicial ya había presentado una pérdida (sic) (de acuerdo a las notas) de 400 ml; pero en el posoperatorio (puerperio inmediato), no se señala la cantidad de sangrado que se presentaba, así como tampoco se señala tamaño de coágulo (sic) para hacer un estimado. Por lo que se desconoce la clasificación del choque por el sangrado; pero tampoco se puede realizar en base a la presión arterial y frecuencia cardíaca, pues se le estaba brindando manejo para el aparente choque anafiláctico que presentó. No se cuenta con la frecuencia respiratoria, pues desde que presentó la hipotensión, solo se hizo la anotación de la saturación de oxígeno (%) que estaba presentando.

[...] se verifica que estando en la segunda intervención quirúrgica, empieza a presentar disminución de la presión arterial, a pesar de que se le estaban dando manejo; por lo esto (sic) hace pensar que la paciente se encontraba en una clasificación de III o IV

grado, mismo que se posterior al término de la intervención se corrobora, pues mencionan que hay una pérdida de 5000 ml (100% del volumen propiamente).

[...] toma gasometría arterial, la cual fue procesada a las 18:14 horas y que muestra la presencia de una acidosis metabólica, lo cual es derivado a el (sic) déficit de oxígeno en la célula, entrando procesos anaerobios y cuyo metabolito final es el ácido láctico. Pero otro aspecto que se reporta en esta gasometría, es la hemoglobina, siendo de 5.0 g/dl y hematocrito de 15%.

[...] Entonces el día de la intervención quirúrgica, ingresa aparentemente con unos valores normales; pero de acuerdo a la gasometría, al parecer en un lapso de menos de una hora, considerando el tiempo en que terminó (sic) la primera intervención quirúrgica y en que se tomó la muestra, la hemoglobina y el hematocrito bajan a los niveles antes señalados.

[...] la paciente estaba presentando alguna alteración de pérdida (sic) sanguínea desde antes de lo que se señala por parte del personal médico en las notas que contiene el expediente. No hay una justificación para que presente estos niveles, considerando que las alteraciones de estos dos valores son más tardíos. Además, que de acuerdo a como se menciona en párrafos anteriores, la hemoglobina y el hematocrito no se modifican en una reacción anafiláctica.

Puede determinarse con estos valores obtenidos por la gasometría que no hubo una adecuada valoración de la paciente y que por el aparente cuadro que señalan de anafilaxia, se pierde la cuestión hipovolémica, sin que se percataran el inicio (sic) del mismo, a fin de poder brindarle manejo y que no llegara a ser un cuadro irreversible.

Entonces, debido a que el cuadro de choque hipovolémico que presentaba era grave, presentaba importantes alteraciones metabólicas que requerían manejo en Unidad de Cuidados Intensivos [...] se hizo mención por parte de Trabajo Social que se empezó la gestión a las 18:30 a Hospital de Red, pero que en ese momento no la podía recibir y que llamara más tarde. Durante el transoperatorio de la segunda intervención quirúrgica, no hay ninguna nota por parte de Trabajo Social de que se haya realizado alguna gestión para efectuar el traslado.

Es hasta las 21:10 horas (casi 30 minutos después del término de la intervención quirúrgica) que se encuentra nota de Trabajo Social [...]

Por las notas de Trabajo Social, se verifica que hubo un retraso en la realización de la referencia de la paciente, pues, desde su ingreso a la segunda intervención quirúrgica se había hecho la anotación que se encontraba grave y que requería de cuidados intensivos; se hizo una primera gestión a las 18:30 horas, pero de ahí no se tiene documentado que se haya continuado con la misma en los diferentes Hospitales de la Red. Lo ideal es que una vez terminada la intervención quirúrgica, ya se hubiera contado con el Hospital a donde se iba a referir y la ambulancia para realizar el traslado. Pero pasan casi 1:30 horas para que se pudiera tener la referencia posterior al término de la intervención; eso sin contar el tiempo en que se solicitó la ambulancia al Centro Regulador y que esta llegara, que de acuerdo a Trabajo Social arribó a ese Hospital a las 23:11 y salió de ahí con la paciente a las 00:15 horas del 15 de mayo.

[...] la paciente estuvo 3:30 horas posteriores al término de la intervención sin recibir manejo de cuidados intensivos. Posterior al término de la intervención, de acuerdo a las hojas de enfermería, se le administraron 3 paquetes más de concentrados eritrocitarios y 3 de plasma fresco, al igual que soluciones por ambas vías, siendo todo el manejo administrado.

[...] se observa un retraso en el traslado de la paciente, propiamente no se documenta porque ya no se continuo (sic) con las gestiones para referirla mientras se realizaba la intervención; pero ese tiempo era vital para el manejo de la paciente, sobre todo considerando que, al ingresar a la segunda intervención, ya se tenía un cuadro grave [...]

[...] la paciente fue entubada y se le inició apoyo ventilatorio mecánico; por parte de la [Víctima indirecta A1] se aportan fotografías del momento en que su familiar va a ser llevada de traslado al Hospital General Dr. Rubén Leñero. Como se puede verificar en las imágenes, no se observa que la paciente esté conectada a ningún ventilador, ni tampoco que se encuentre alguno cerca de ella; se puede observar la cánula endotraqueal que está libre sin que en ese tiempo se le esté proporcionando asistencia ventilatoria a la paciente, ni siquiera con ambú (sic).

[...] si la paciente va a ser trasladada, se requería el uso de un ventilatorio portátil [...]

En la información que se proporcionó a esta Comisión, se señala que la ambulancia que se envió para el traslado es de "Alta Tecnología". Entonces, de acuerdo a la norma, esta debe de venir equipada con ventilador de traslado, mismo que debió de utilizarse para sacar a la paciente del Hospital, hasta que llegara a Hospital de referencia. Como se observa en las imágenes, no se utilizó dicho ventilador, teniendo desconocimiento de cuánto tiempo estuvo la paciente sin que recibiera el apoyo ventilatorio necesario para su condición.

Ya una vez efectuándose el traslado, por parte del personal de la Ambulancia, se llena por parte de este, la hoja de registro clínico de atención pre hospitalaria; en la cual registran como (sic) empezó a presentar un deterioro en los signos vitales, con baja tanto en presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, pero no se tiene la hora de la toma, por lo que no se tiene el parámetro de tiempo entre una y otra valoración y se desconoce cada cuanto tiempo iban realizando el monitoreo. Otra situación que se verifica en dicha hoja, es que hay un recuadro específico para señalar si recibió RCP, el tiempo en que se inicia y terminación del mismo.

Si ellos están documentando que la presión arterial bajo (sic) hasta 56/40 y de acuerdo a la nota de ingreso del Hospital General Dr. Rubén Leñero, donde aclaran que la paciente llegó sin pulso ni tensión arterial, pupilas dilatadas y sin reflejo a la luz y a la toma de EKG hay asistolia, declarándola fallecida. No hay mención en esta nota que la paciente estuviera recibiendo RCP, ni tampoco hay documentación por parte del personal de la ambulancia que le hayan brindado el mismo; motivo por el cual, se podría considerar que no se le brindó ninguna maniobra, al no estar documentado ni respaldado por anotación en la hoja respectiva. Señalan médicos del Hospital General Dr. Rubén Leñero, que la defunción fue derivada de un Choque Hipovolémico severo, que como ya se ha comentado en párrafos anteriores, estaba presentando la paciente desde su estancia en el HMIMC.

[...]

Conclusiones

La atención médica que recibió la [persona agraviada A] no fue adecuada, como se comenta en la discusión [...]

- Hay un incumplimiento en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico en sus numerales 5.14, 6 y 8.7.
- Incumplimiento en la NOM-006-SSA3-2013, para la práctica de Anestesiología, en su numeral 9.4, pues la valoración preanestésica no se realizó en tiempo como debe ser realizada.
- Incumplimiento en la NOM-034-SSA3-2013, regulación de los servicios de Salud, Atención prehospitalaria; en su punto C.1.8, pues no se verifica que llevara ventilador de traslado.
- No se realiza un adecuado manejo al aparente cuadro anafiláctico, de acuerdo a lo mencionado en la literatura médica.
- No hay una adecuada vigilancia del sangrado y la involución uterina; que conllevo (sic) a la presencia de cuadro hemorrágico y por ende a un Choque hipovolémico, con sus respectivas complicaciones ya señalas (ver discusión).
- Hay un retraso en las gestiones para la referencia de la paciente a Unidad de Cuidados Intensivos.
- No hay documentación de que se le haya brindado a la paciente maniobras de reanimación durante el traslado; en donde aparentemente presenta el paro cardiorrespiratorio [...]

37. Acta circunstanciada de 25 de julio de 2017, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión en donde consta la descripción de la fotografía 1 que fue aportada por la [Víctima indirecta A1] el 23 de junio de 2015, de donde se desprende:

[...]

En relación al acta circunstanciada elaborada por el suscrito el 23 de junio de 2015 faltó agregar que en la fotografía identificada con el número 1 y que fue aportada por la [Víctima indirecta A1] no se observa que la [persona agraviada A] esté conectada a algún ventilador, ni tampoco que se encuentre alguno cerca de ella [...]

38. Hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica, sin fecha, suscrita por el Médico Pérez Amaro, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] donde se observa lo siguiente:

Operación efectuada: cesárea + OTB + Histerectomía obstétrica subtotal por hipotonía uterina (hemorragia obstétrica)

[...]

[...] sonda vesical y se colocan campos estériles; se realiza incisión media infraumbilical disecando por planos hasta cavidad peritoneal, se coloca valva suprapubica, se extrae producto femenino de 2650 g, Apgar 8-9 a las 16:21 hrs, líq (sic) amniótico claro (37

SDG por Capurro), se extrae placenta manualmente, se limpia cavidad uterina y se realiza histerorrafia en 2 planos [...] se peritoniza [...]

Se realiza salpingoclasia bilateral tipo Pomeroy modificada [...], se limpian correderas parietocolicas, se verifica hemostasia y con cuenta completa de gasas y compresas se cierra pared abdominal por planos [...]

Se termina el procedimiento sin complicaciones aparentes, pero durante el transoperatorio presento reacción alérgica probablemente al látex, por lo que no salió de quirófano al terminar el procedimiento quirúrgico. Se me llamó para valorar los loquios, encontrando hemorragia obstétrica. Se administró oxitocina 20 U en infusión IV [...] ergonovina 2 mg IM, gluconato de calcio, misoprostol rectal [...] Se decidió reintervención planeándose ligadura de arterias hipogástricas + histerectomía obstétrica; al encontrar sangrado de la comisura izquierda de histerorrafia que se resolvió con un punto cruzado de catgut, se revaloró nuevamente el sangrado uterino vía vaginal que continuaba; se decide realizar ligadura de arterias uterinas, siendo abortado este intento por dificultad técnica, decidiendo iniciar de inmediato la histerectomía. Se pinzan, ligan y cortan sucesivamente ligamentos redondos der e izq (sic), ligamento ancho der e izq, arterias uterinas der e izq (sic) y se extrae cuerpo uterino, al incidir el mismo nivel de la histerotomía, se peritoniza, para todos los muñones se utiliza c. crómico. Se obtuvo hemostasis (sic) completa, con cuenta completa de gasas y compresas, se cierra pared abdominal por planos [...] Sangrado total 5000 ml. Paciente no sale de quirófano hasta conseguir traslado a UCI.

[...]





V. Anexo 2

Expediente CDHDF/III/122/AO/15/D5021

Personas agraviadas: [Persona Adolescente Agraviada B]

1. Nota inicial de urgencias de 7 de mayo de 2015, suscrita por la Médico María Elizabeth Acevedo Escobedo, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante SEDESADF), sin número de expediente, en la que se señala:

[...] 00:13 horas [...]

Signos vitales

Talla (cm): ___/Peso (kg): ___T°: ___/FC(lat/min): ___/FR(resp/min): ___/Sat. O2(%): ___/

[...]

Resumen de interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental

P. Femenina de 16 años con gesta 1, de 38.5 semanas por FUM del 8 de agosto de 20145 (sic)

Pa (sic) refiere dolor en abdomen y cefalea, adecuada motilidad fetal.

EF cardiopulmonar sin compromiso aparente, TA 100-60 y 100-50, abdomen globoso con PUVI FCF 144 x min, al tacto vaginal cérvix muy posterior largo de 2 cms (sic) permeable a un dedo en todo su trayecto, membranas íntegras MS sin edema [...]

Diagnóstico principal:

G.1 de 38.5 SDG pródromos de TDP

[...]

Plan de manejo:

Cita abierta,

Indicaciones (sic) de alarma obstétrica.

Paracetamol 500, una cada 12 horas si hay dolor [...]

2. Formato de referencia y contrarreferencia de 9 de mayo de 2015, suscrito por el Médico cirujano Osca Hernández Rivera, adscrito al Centro de Salud T III Cuajimalpa de la SEDESADF, que refiere:

[...]

A la que se refiere (18): Hospital General Dr. Enrique Cabrera,

[...] Especialidad a la que se envía (20): Ginecología

[...]

Consulta Ext.(23)	Urgencias (24)
-------------------	----------------

[...]

Actualmente refiere actividad uterina irregular y cefalea, acúfenos [...] abdomen globoso PUVI, AFU: 29 cm, PP.SL DI, FCF 138x, movimientos fetales presentes, cérvix cerrado, flujo blanquecino, fétido, abundante, extremidades íntegras.



Evolución (28):
Se indica vagitrol V óvulos 1 C/24 hrs. 7 días.

[...]

Impresión diagnóstica (30): Emb 39 SDG/STDP/Cervicovaginitis.

[...]

3. Nota inicial de urgencias de 9 de mayo de 2015, suscrita por el Médico Especialista en Gineco-obstetricia Mario Roberto Silva Cancino, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende:

[...] 22:40 horas [...]

[...] Resumen de interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental
Fem de 16a, g-1, refiere dolor tipo obstétrico de fuerte intensidad y salida de líquido por vagina en forma abundante desde hace 2 horas, ef.-buen edo. gral, (sic) cardiopulmonar sin compromiso [...] no se detecta frecuencia cardíaca fetal con inar ni con rastreo usg, [...]
70% de borramiento, se aprecia meconio +++, resto sdg.
Usg reporta embarazo de 37 sdg pélvico (sic)

Diagnóstico o problemas clínicos:
Embarazo de 37 sdg ctp/óbito/pélvico.

[...]

4. Nota de ingreso a Unidad Tocoquirúrgica de 9 de mayo de 2015, suscrita por la Médico Especialista en Gineco-obstetricia Acevedo, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], cuyo contenido indica lo siguiente:

[...] 23:00 horas [...]

PA: Acude el día de hoy por presentarse dolor de tipo obstétrico acompañado de salida de líquido transvaginal a las 21:10 horas, niega percepción de movimientos (sic) fetales desde las 20:00 horas, no datos vasoespasmos [...]

EF: [...] abdomen con fondo uterino de 30 cm, con presencia de PUVI pélvico, no se detecta frecuencia cardíaca fetal, al tacto vaginal se encuentra cavidadeutérica (sic), cérvix con 3 cm de dilatación, borramiento 80%, consistencia blanda [...] pelvis tipo ginecoide [...]

Análisis: primigesta con diagnóstico de trabajo de parto en fase activa, cuenta con calificación de Bishop de 7, se solicitan estudios de laboratorio y posteriormente se prepara para cesárea. [...]

5. Nota prequirúrgica de 10 de mayo de 2015, suscrita por la Médico de base Silva, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...] 00:00 horas [...]

Diagnóstico Prequirúrgico: Embarazo de 39 SDG FUM + trabajo de parto fase activa + producto óbito en presentación pélvica

Cirugía programada: Cesárea Kerr.

Justificación: paciente primigesta con diagnóstico comentado, presenta 5 cm de dilatación, con líquido amniótico con meconio +++, ligeramente fétido, se decide interrupción del embarazo por vía abdominal por presentación pélvica, además de que la paciente refiere sntecedente (sic) de cardiopatía no especificada [...]

6. Nota de solicitud y registro de intervención quirúrgica de 10 de mayo de 2015, suscrita por la Médico María Elizabeth Acevedo Escobedo, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende lo siguiente:

[...]

1. [...] se extrae producto único fétido, rígido, pélvico, se realiza maniobra de Bratch, extracción de hombro, con maniobra de Rojas y extracción de la cabeza con maniobra dorso vientre, ausencia de líquido amniótico, se pinza y corta cordón umbilical, se procede a alumbramiento dirigido [...] se realiza histerorrafia. [...]

2. Mujer 2 490, Gr 51 cm, Hora de nacimiento: 00:36, líquido amniótico mínimo con meconio +++, cavidad uterina eutérmica, placenta sin calcificaciones, producto rígido.

[...]

4. Durante el transoperatorio la paciente presenta hipotensión.

[...]

Pasa a recuperación con analgésico, se mantendrá en vigilancia, se solicitará RX de tórax, Electrocardiograma y valoración por Medicina Interna, se agrega doble esquema antibiótico por fetidez de producto. [...]

7. Nota postquirúrgica de 10 de mayo de 2015, suscrita por la Médico de base Silva, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] que señala:

[...] 01:50 horas [...]

Diagnóstico Postquirurgico (sic): puerperio inmediato postcesárea.

[...]



Complicaciones: ninguna.

[...]

Sangrado: 500 cc. [...]

8. Nota de evolución de 10 de mayo de 2015, elaborada por el Médico de base Campos, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se observa:

[...] 8:00 horas [...]

O: Consciente, alerta, con adecuada hidratación y coloración de la piel y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, herida quirúrgica limpia, con bordes bien afrontados, útero involucionado a nivel de cicatriz umbilical, tacto vaginal con loquios hemáticos escasos no fétidos, extremidades íntegras sin alteraciones.

A: Paciente hemodinámicamente estable [...] con Hb 15, Hct 46, Leu 7, Pla 203, se solicitó hoy por la madrugada tele de tórax y electrocardiograma y solicitar interconsulta a Medicina Interna con resultados para valoración, sugerido por el servicio de Anestesia ya que durante el procedimiento quirúrgico cursó con trastornos de la conducción, no se contó con papel para realizar el electrocardiograma ni servicio de Rayos X, por lo que se solicitará nuevamente [...]

9. Certificado de muerte fetal de 10 de mayo de 2015, realizado por el Médico Edgar Hugo Campos Sánchez, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], que indica lo siguiente:

[...] causa de muerte fetal Interrupción de la circulación materno fetal [...]

10. Nota de evolución de 11 de mayo de 2015, suscrita por el Médico Especialista en Gineco-obstetricia Gaspar Flores Víctor, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...]

P.- [...]

*Puerperio quirúrgico mediano

*Cardiopatía no especificada.

O.- [...] con útero bien contraído bien involucionado, con zona de herida quirúrgica de bordes bien afrontados, sin datos de sangrado activo [...] con loquios hemáticos no fétidos.

A.- [...] Se encuentra en protocolo de estudio por probable cardiopatía, refieren madre y paciente consumo de medicamento el cual se suspendió previo al embarazo, desconoce algún otro padecimiento. Se solicita electrocardiograma el día de hoy y posterior evaluación por cardiología. [...]

11. Nota de alta de Ginecología y Obstetricia, de 12 de mayo de 2015, suscrita por el Médico Especialista en Gineco-obstetricia Argueta, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende:

[...]

Dx de ingreso: Emb de 39.1 sdg por FUM + TDPFL + Presentación pélvica + óbito.
Dx de egreso: puerperio quirúrgico mediato.

[...]

Actualmente hemodinámicamente estable, niega datos de vasoespasmio, dolor en sitio de herida quirúrgica, tolera vía oral y deambulación, canaliza gases [...]

A la EF se observó consciente, orientada [...] con cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas simétricas sin compromiso, abdomen con herida quirúrgica afrontada, sin datos de infección, útero involucionado y contraído. Tacto vaginal con loquios hemáticos escasos no fétidos, cavidad eutérmica [...]

Paciente que cursa su segundo día pos cesárea evolucionando adecuadamente, signos vitales normales [...] con mejoría clínica por lo que se decide su egreso.

[...]

Indicaciones médicas:

- 1.- Dieta normal
- 2.- Cuidados de herida quirúrgica
- 3.- Datos de alarma [...]
- 4.- Cita abierta a urgencias si presenta datos de alarma
- 5.- Retiro de puntos en 7 días en su centro de salud.
- 6.- Medicamentos en receta. [...]

12. Nota médica de 12 de mayo de 2015, elaborada por la Psicóloga Magdalena Hernández Espinoza, adscrita al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de la cual se desprende lo siguiente:

[...] 14:30 horas [...]

Mujer de 16 años de edad la cual refiere como motivo de consulta sic.pac "Me mandaron aquí porque perdí a mi [hija]..." La paciente se refiere con tristeza, así también indica dispersión frente al padre de quién fuese su hija, tras haber sido receptora de abandono por parte del mismo [...] al efecto se muestra distante, interrumpiendo de manera abrupta el llanto que inicia [...]

Agregó a la información dada, haber sido receptora de a.s. en más de una ocasión durante la infancia [...] Por todo lo anterior, es probable que la presencia de características de tipo TLP se encuentre antecediendo a un cuadro probable de depresión y de situarse en relaciones de tipo violencia (sic) [...]

Plan de manejo

Atención psicológica subsecuente. Realización de Valoración de Indicadores de violencia evidenciados en entrevista [...]

Diagnóstico

Episodio depresivo, no especificado [...]

13. Acta circunstanciada de 28 de agosto de 2015, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta la comparecencia de la [Persona Adolescente Agraviada B], en la que se señaló lo siguiente:

La [Persona Adolescente Agraviada B] señaló que acudió al Centro de Salud T-II Cuajimalpa aproximadamente a las 09:00 horas del día 9 de mayo de 2015, en donde le informaron que su [hija] se encontraba bien. Siendo aproximadamente las 21:00 horas del mismo día, es cuando siente que se le rompe la fuente y se traslada al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", llegando al mismo siendo aproximadamente las 21:40 horas. Al llegar a dicho nosocomio no se encontraba ni personal administrativo ni médico en el área de urgencias. Aproximadamente a las 10:20 [p.m.] es que un médico la pasa a un consultorio en donde le hace exploración física, le hace "el tacto", checa cinturones, le toma la presión, le realiza un ultrasonido y le confirma a ella y a su mamá que no se escuchaba el corazón de [su hija], y después permanece en una camilla por aproximadamente dos horas, después la pasan a quirófano. Una vez que termina la operación alcanza a escuchar que alguien menciona "gracias a Dios que todo salió bien". Sale de quirófano aproximadamente a la 01:00 horas del 10 de mayo de 2015, y posteriormente le muestran a su [hija] y observó que apenas se estaba poniendo morada [...]

14. Resumen clínico de 5 de noviembre de 2015, suscrito por la Médico María Elizabeth Acevedo Escobedo, adscrita al Hospital "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESADF, que señala:

[...] En atención a su solicitud de resumen clínico de la paciente [Persona Adolescente Agraviada B].

La recibí por primera vez el día 7 de mayo del presente año a las 1:30 horas se le da la consulta de urgencias por presentar a referir de ella dolores, cefalea y además (sic) adecuados movimientos del producto.

[...] y en la revisión vaginal con mínimas modificaciones cervicales aun con el cérvix muy posterior [...] ya que su diagnóstico fue emb (sic) de 38.5 semanas de gestación con pródomos de TDP, sin compromiso ginecoobstétrico y sin indicación de internamiento en ese momento se da de alta con indicaciones precisas de alarma obstétrica [...]

15. Opinión médica de 20 de febrero de 2017, emitida por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Se trata de [Persona Adolescente Agraviada B] de 16 años de edad [...]

[...] de la revisión del expediente de queja se extrajo que la [Persona Adolescente Agraviada B] acudió el 7 de mayo de 2015, a las 00:13 horas, no se refieren los signos vitales a excepción de la presión arterial, se menciona femenina de 16 años con gesta 1, de 38.5 semanas por fecha de última menstruación del 8 de agosto de 2014, refiere dolor en abdomen y en cabeza, adecuada motilidad fetal. A la exploración física cardiopulmonar, sin compromiso aparente, tensión arterial 100/60 y 100/50, abdomen globoso con producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 144 x minuto, al tacto vaginal con cérvix muy posterior largo de 2 cms, permeable a un dedo en todo su trayecto, membranas íntegras, sin edema. Diagnóstico principal: embarazo de 38.5 semanas pródromos de trabajo de parto. Plan: cita abierta, indicaciones de alarma obstétrica.

En ese caso se observa que no se hace constar la presentación fetal ni la postura ni la actitud ni posición, al respecto, la literatura médica refiere que determinar la posición fetal con respecto al canal del parto en el momento de iniciación del trabajo de parto es un factor determinante crítico de la vía de parto. La misma nota médica refiere que la [Persona Adolescente Agraviada B] presentaba pródromos de trabajo de parto, que se definen como signos y síntomas tempranos antes de que aparezcan los síntomas específicos de trabajo de parto. Al respecto, el lineamiento Técnico de Cesárea Segura define cesárea como la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Una de las indicaciones de cesárea son las alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal. Asimismo, que la presentación pélvica es una contraindicación de parto vaginal. La cesárea debe programarse entre la semana 38 y 39. El mismo documento define una cesárea urgente cuando se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, y en el caso de presentación pélvica y pródromos de trabajo de parto lo incluye en categoría 3 lo que indica que debía realizarse antes de 75 minutos.

Por todo lo anterior, en este caso se establece que la atención médica proporcionada a la [Persona Adolescente Agraviada B] para la atención de parto por el Hospital General Enrique Cabrera no fue adecuada ni oportuna.

[...] considerando la respuesta al planteamiento anterior y que se ignoran los motivos por los que no fue hospitalizada la paciente el 7 de mayo de 2015, ya que por la presentación fetal, la edad gestacional (38.5 semanas) y al estar en pródromos de trabajo de parto debió interrumpirse el embarazo por vía abdominal de manera urgente. Casi tres días después la [Persona Adolescente Agraviada B] presentó ruptura prematura de membranas y acudió nuevamente al citado Hospital, sin embargo, al ser valorada no se auscultó frecuencia cardíaca fetal. Tomando en cuenta también dentro de los hallazgos de la cirugía practicada se refiere líquido amniótico mínimo y el certificado de muerte fetal que refiere como causa de muerte fetal Interrupción de la circulación materno fetal. Al respecto la literatura médica refiere que una de las complicaciones de la ruptura prematura de membranas es la asfisia perinatal secundaria a compresión del cordón umbilical por disminución del líquido amniótico. Asimismo, que la asfisia perinatal es responsable de aproximadamente el 23% de las cuatro millones de muertes neonatales ocurridas en el planeta. Dentro de las causas de hipoxia fetal se refiere patologías placentarias, patologías del cordón umbilical, enfermedades maternas, en el caso que nos ocupa no se hace constar alguna de éstas, que pudiera tener relación con la muerte del feto.

Por todo lo anterior, es posible que la muerte fetal pudo haberse evitado de haberse interrumpido del (sic) embarazo por vía abdominal el 7 de mayo de 2015, fecha en que acudió la [Persona Adolescente Agraviada B] al Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

En lo que se refiere a determinar si la atención médica proporcionada durante y después de la cesárea fue adecuada y oportuna, si bien, la literatura médica refiere que estaba indicada la resolución del embarazo por parto vaginal, en el expediente clínico se menciona probable cardiopatía materna por lo que fue adecuada la práctica de la cesárea. Se hace constar también que durante el periodo de anestesia la [Persona Adolescente Agraviada B] presentó disminución de la tensión arterial por lo que el médico especialista solicitó que a la paciente se le realizara electrocardiograma y radiografía de tórax, y fuera valorada por el servicio de Medicina Interna. Se refiere en el mismo expediente que el 10 de mayo de 2015, no se contó con papel para realizar el electrocardiograma ni servicio de RX. Si bien, se hace constar que le fue practicado el electrocardiograma no se menciona si le fue practicada la radiografía de tórax ni que fuera valorada por Medicina Interna o Cardiología. Fue dada de alta el 12 de mayo del mismo año, entre otras indicaciones se refirieron cuidados de herida quirúrgica, cita abierta a Urgencias y retiro de puntos en su Centro de Salud. Se menciona que los medicamentos se indican en la receta y no se hace constar en el expediente cuáles. Tampoco se cita a la consulta externa de Cardiología ni Medicina Interna.

En conclusión, la atención médica proporcionada a la [Persona Adolescente Agraviada B] posterior a la cesárea que le fue practicada no fue adecuada.

La atención médica proporcionada a la [Persona Adolescente Agraviada B] en el Centro de Salud T III Cuajimalpa, el 7 de mayo de 2015, no fue adecuada ya que se refirió a la paciente al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, consulta externa no urgente, con los diagnósticos de embarazo de 39 semanas, STDP, Cervicovaginitis. Se documenta en la misma nota que el feto se encontraba en presentación pélvica. Al respecto, la literatura médica refiere que las consecuencias de la cérvico vaginitis en el embarazo son el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas. Por lo anterior, debió informarse a la paciente que estaba indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal por tratarse de un embarazo de 39 semanas, en presentación pélvica y con cervicovaginitis, por lo que debió referirse de manera urgente al Hospital General Enrique Cabrera.

[...]

V. CONCLUSIONES

1. La atención médica y medicamentosa proporcionada por el Hospital General Enrique Cabrera a la [Persona Adolescente Agraviada B] el 7 de mayo de 2015 no fue adecuada ya que presentaba embarazo de término en presentación pélvica y con pródromos de trabajo de parto lo que constituía una indicación para interrumpirse el embarazo por vía abdominal de manera urgente.
2. Es posible que de haberse interrumpido el embarazo cuando la paciente acudió a dicho Hospital General el 7 de mayo, se pudo haber evitado la muerte fetal.
3. La atención médica proporcionada posterior a la cesárea que le fue practicada a la [Persona Adolescente Agraviada B] no fue adecuada ya que requería le fueran

practicados electrocardiograma y radiografía de tórax el 10 de mayo de 2015 y que fuera valorada por Medicina Interna o Cardiología, sin embargo, no se hace constar que fuera valorada por dicho especialista. Asimismo, se refiere que ese día no se contó con papel para el electrocardiograma ni con servicio de Rx.

4. La atención médica proporcionada a la [Persona Adolescente Agraviada B] en el Centro de Salud T III Cuajimalpa, no fue adecuada ya que debió informarse a la paciente que estaba indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal por tratarse de un embarazo de 39 semanas, en presentación pélvica y con cervicovaginitis, y referirla de manera urgente Hospital General Enrique Cabrera [...]

16. Valoración de impactos psicosociales de 8 de mayo de 2017, emitida por especialistas de la Dirección de Atención Psicosocial de la Dirección General de Quejas y Orientación de esta Comisión, que señala lo siguiente:

[...]

Sistematización de los Hechos [...]

TIPO DE VIOLENCIA	PERSONA QUE EJERCIÓ LA VIOLENCIA	FRASES SIGNIFICATIVAS (VI=VÍCTIMA (SIC) INDIRECTA, VD= VÍCTIMA DIRECTA)
EL PERSONAL DE SALUD HACÍA COMENTARIOS IRÓNICOS, DESCALIFICADORES O EN TONO DE CHISTE ACERCA DE SU COMPORTAMIENTO	PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA	"A mi mamá le dijeron que llevaba horas, yo le dije que no a mi mamá, porque cuando yo me metí a bañar yo todavía la sentí, le habían dicho a mi mamá que había sido culpa mía, yo le dije que no, porque yo todavía la sentí" "¡Ay puedes tener más!" "En el momento nadie estaba al lado de mí, grité del dolor, me dijeron ya cállate, enderézate, porque así te estas (sic) lastimando tu sola" "Me dijeron: ¡ya señora ya cállase!" [...]
SE LE IMPIDIÓ ESTAR ACOMPAÑADA POR ALGUIEN DE SU CONFIANZA	PERSONAL MÉDICO	"Mi mamá se paró porque iba a entrar conmigo y la doctora agarra y le cerró la puerta en la cara a mi mamá, me saqué un poco de onda."

DILACIÓN EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA	"Llegamos a urgencias y no había nadie de trabajo social, regresa y me dice mi mamá: ¿todavía no te han hablado? me dice, es que ya era para que te hubieran hablado." "Estuvimos preguntando a los oficiales que estaban. Nos decían, es que no hay nadie, no había a quien le avisara." "Las otras chavas no tenían ni síntomas, estaban tranquilas, yo era la única que tenía dolor. Las pasan a ellas y después me pasan a mí, pero en ese momento, sale la doctora enojada y molesta: "¿no que dijeron que ya estaba lista la paciente?" "La enfermera nunca se apareció, ya hasta las 4:30 cuando era la hora de las visitas. las chavas me decían, es que ya le hablé, pero ni siquiera hay nadie en el pasillo."
[...]	[...]	[...]
FUE OBJETO DE COMENTARIOS SOBRE SU PERSONA O ESTADO DE SALUD POR PARTE DEL PERSONAL SIN SER TOMADA EN CONSIDERACIÓN	PERSONAL DE ENFERMERÍA	[...] "Le habla la doctora e igual, así como si nada, le dice: -sí ya se murió la niña-." "Al salir me preguntaban ¿Y su [hija]?" "Me preguntaban "¿qué pasó?"
[...]	[...]	[...]
TACTOS VAGINALES REITERADOS Y REALIZADOS POR DIFERENTES PERSONAS.	PERSONAL MÉDICO	"Lo que fueron en los tactos, siempre me lastimaron, les decía que me dolía, me dijeron que era algo normal, que porque no estaba acostumbrada según

		esto.”
FUE OBLIGADA A QUEDARSE EN CAMA IMPIDIÉNDOLE CAMINAR O BUSCAR POSICIONES SEGÚN SUS NECESIDADES	PERSONAL MÉDICO	“Me dijeron que tenía que estar acostada todo el tiempo, hasta el momento de que me quitaron la sonda.”

[...]

Conclusiones

[...] en la presente Valoración Psicosocial se presentó un análisis de las afectaciones que presenta la [Persona Adolescente Agraviada B], en relación con los eventos que experimentó a partir de la inadecuada práctica médica que recibió en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. A partir de este análisis podemos concluir lo siguiente:

1. [...] La [Persona Adolescente Agraviada B] [...] respecto a la atención que recibió durante el proceso de parto, se puede identificar que estuvo expuesta a experiencias que pueden considerarse formas de violencia obstétrica, la cual se ha definido toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia, la cual es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres [...]

Derivado del relato de los hechos y de lo señalado por la [Persona Adolescente Agraviada B] en la escala de violencia obstétrica, se identificaron los siguientes actos realizados por personal hospitalario, médico, enfermería, trabajo social, pasantes: recibir comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste sobre su conducta, en particular después de la intervención quirúrgica y la confirmación del fallecimiento [de la hija de la Persona Adolescente Agraviada B] fue criticada por llorar o gritar, cuando presentaba dolor y no se le atendió; le fue difícil preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes debido a que no le respondían o lo hacían de mala manera, señalando que no se le informó adecuadamente a cerca (sic) de sus condiciones de salud y de las de su [hija]; aunado a que se le impidió estar acompañada de alguien de su confianza siendo menor de edad, en particular refiriéndose a la ausencia de su madre; dilación en intervenciones o procedimientos médicos, al momento de retrasarse la atención y valoración de su hija y posteriormente la realización de la cesárea; [...]; fue objeto de comentarios sobre su persona o estado de salud por parte del personal sin ser tomada en consideración, aspecto relevante pues se dio particularmente al momento de informarle que [su hija] probablemente había fallecido, lo cual incrementaría la percepción de pérdida de control e impotencia que en ese momento sintió; y se le impidió el contacto inmediato con su hija/o sin dar tiempo a que realizara actos de despedida ante la pérdida.

2. Los actos de violencia obstétrica que experimentó la [Persona Adolescente Agraviada B], y la muerte de su [hija], fue una experiencia que le impactó de manera significativa en su proyecto de vida y en su estado psicoemocional. A dos años de la muerte de su [hija], la [Persona Adolescente Agraviada B] se ha enfrentado a un proceso de duelo que se ha complicado, presenta sentimientos de vacío y llanto, así como añorar a su [hija], sentimientos devaluatorios sobre su persona desde la pérdida, así como sentimientos de

soledad y culpa.[...], al respecto, en el caso de la [Persona Adolescente Agraviada B] diferentes factores han contribuido en que su proceso de duelo no se haya elaborado hasta la actualidad, entre estos se encuentra: el contexto previo a la atención del parto, en particular la ausencia de vínculos afectivos de apoyo efectivo, violencia física y verbal por parte de su figura materna, el vivir su maternidad sin apoyo del padre de su [hija], su edad al momento de la gestación y sus recursos educativos y económicos; durante la atención del parto y la atención quirúrgica la [Persona Adolescente Agraviada B] vivió la experiencia con una intensa sensación de pérdida de control, y la presencia de dolor intenso, así como la percepción de no haber sido tomada en cuenta en el proceso y la toma de decisiones, así como el peligro de riesgo para su vida y la muerte de su [hija]; factores todos que se han vinculado con factores que hacen que el proceso de atención del nacimiento sea potencialmente traumatizante[...]; finalmente, el manejo del duelo por parte del personal de salud y las expectativas que la [Persona Adolescente Agraviada B] tenía sobre su maternidad son otros factores que contribuyen a la configuración del perfil de impactos psicosociales derivados de los hechos, en particular a) no pudo despedirse de su [hija], b) no estuvo en los ritos funerarios pues aún se encontraba hospitalizada, c) experimenta sentimientos de culpa, a partir de señalamientos por parte del personal médico y su madre, quienes la responsabilizaron de la muerte de su [hija]; d) falta de apoyo por parte de una red social principalmente del padre de su [hija], viviendo la pérdida de manera aislada.

[...] Al respecto en el caso de la [Persona Adolescente Agraviada B] se constató la presencia de sintomatología relacionada con depresión severa y síntomas ansiosos, así mismo se identificaron impactos en sus esferas familiar, laboral, escolar, y en particular respecto a su sistema de creencias básicas de seguridad y confianza en sí misma y en las demás personas, en particular en su relación la (sic) atención a su salud en servicios de salud públicos. Lo anterior derivó en el agravamiento de conflictos que ya existían en su familia, particularmente son (sic) su mamá quien la culpabiliza por la muerte de su [hija], lo que generó que la [Persona Adolescente Agraviada B] abandonará (sic) el hogar, situación que actualmente afecta su calidad de vida, al no poder acceder a un empleo, no cuenta con recursos para cubrir sus necesidades y dar seguimiento a su salud.

Un aspecto relevante a resaltar es que dentro de los impactos psicosociales documentados se encontró afectación a su expectativa respecto a su maternidad futura y el cuestionamiento y evitación a conductas de cuidado de otros niños, el cual fue más evidente durante los primeros meses posteriores a la pérdida que sufrió.

Dentro de los mecanismos de resiliencia que la [Persona Adolescente Agraviada B] realizó después de los hechos, se identificó el cambio de domicilio, el terminar sus estudios en el sistema del INEA y como mecanismo de afrontamiento activo, a búsqueda de atención psicológica.

3. Derivado de la valoración psicosocial se observó que los impactos psicosociales detectados están estrechamente relacionados con los eventos de violencia obstétrica de los que fue víctima la [Persona Adolescente Agraviada B]. Asimismo, las afectaciones descritas, se interrelacionan con los antecedentes socioeconómicos y culturales contextuales, tales como la dinámica familiar, social, educativa, laboral y la construcción de género y la forma de vivir la maternidad, la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y el desconocimiento de los procesos de atención médica.

V. Anexo 3

Expediente CDHDF/III/121/TLAH/16/D0577**Personas agraviadas:** [Persona Agraviada C]

1. Hoja de "TRIAGE" obstétrico de 19 de enero de 2016, elaborada por las pasantes de Enfermería Miroslava Zarate y Cecilia Bautista, adscritas al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, (en adelante SEDESADF), la cual obra en el expediente clínico [...], en la que señala:

[....] 13:47 horas [...]

8. ACTIVIDAD UTERINA (trabajo de parto)	AUSENTE	PRESENTE
9. Movimientos fetales	PRESENTE	AUSENTE

[...]

F.U.R.: 10.mayo.2015

F.P.P. : 14.02.16

S.D.G. 36 .2 semanas de gestación

2. Hoja de tratamiento de 19 de enero de 2016, prescrita por el Médico Fernando Mateos Plata, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, que obra en el expediente clínico [...], de la cual se desprende lo siguiente:

[...] 14:40 horas [...]

Tipo de vehículo: ketorolaco trometamo *30 mg/ml; vía parenteral. Solución inyectable

[...]

Sección: Urgencias Obstétricas

Servicio: Urgencias [...]

3. Hoja frontal para diagnósticos e intervenciones quirúrgicas de 19 de enero de 2016, suscrita por los Médicos Fernando Mateos Plata y Mayra Azucena Hernández Luna, adscritos al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que señala:

[...] 15:15 horas [...]

Diagnósticos e intervenciones quirúrgicas [...]

Secundigesta con embarazo de 36.2 SDG + Taquicardia fetal/IUV

[...]

4. Hoja de partograma y/o evolución del trabajo de parto de 19 de enero de 2016, suscrita por el Médico Fernando Mateos Plata, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende:

[...] FCF [...]



Fecha 19.01.1

Hora

18:00	19:00	20:00		
159x	159x			
160x	160x			

[...]

5. Nota de evolución médica de 19 de enero de 2016, suscrita por la Médico especialista en Gineco-obstetricia Mayra Azucena Hernández Luna, adscrita al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se observa:

[...] 18:50 horas [...]

FCF 158 x', al tacto vaginal cérvix posterior, cerrado, reblandecido, membranas íntegras [...].

A. Secundigesta con embarazo del tercer trimestre, en espera de registro cardiotocográfico continúa con vigilancia estrecha del binomio [...] entra de primer ayudante el Dr. Sánchez Islas César, por lo que queda descubierta UTQ.

[...]

Se solicita registro cardiotocográfico [...]

6. Nota médica agregada de 19 de enero de 2016, suscrita por la Médico especialista en Gineco-obstetricia Mayra Azucena Hernández Luna, adscrita al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], en el que se indica:

[...] 20:15 horas [...]

[...] sin trabajo de parto

S. Refiere movimientos fetales, niega actividad uterina, datos de vasoespasmo y pérdidas vaginales.

[...] FCF 135x' [...]

A. Paciente con Diagnostico (sic) ya comentado, con presencia de Frecuencia (sic) cardiaca fetal con tendencia a la taquicardia, se comenta y entrega paciente a (sic) Dr. Campos Médico Adscrito (sic) al Turno (sic) nocturno. Entrego binomio con signos vitales estables. [...]

7. Hoja de indicaciones de 19 de enero de 2016, suscrita por el Médico especialista en Gineco-Obstetricia Moisés Judá Ramos Abarca, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende:

[...] 21:00 horas [...]

Indicaciones

[...]

6.- Indometacina supositorio 100 mgs (sic) rectal 1 cada 8 hrs 3 dosis

[...]

8. Nota médica de la Unidad de Tocoquirúrgica de 19 de enero de 2016, suscrita por el Médico Moreno García A., adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], en la que se hizo constar:

[...] 20:35 horas [...]

[...]

Exploración física con [...] FUM FCF 157-169x min rítmico (sic) [...]

[...] TVCérvix posterior largo, cerrado y formado al retiro de guante con leucorrea blanquesina (sic), discretamente fétida. [...]

[...] Fe, menino (sic) de L8 (sic) años la cual curasa (sic) con embarazo de 35.6 semanas complicadco (sic) con APP e IVU, cervicovaginitis y febrícula.

Agregamos antipirético y antibiótico local tipo metronidazol. Revaloraremkos (sic) y en caso de presentar mejoría enviaremos a piso. Delicada.

[...]

Plan:

- 1.- Vigilancia estrecha
- 2.- Antibioticoterapia
- 3.- USG el día de mañana
- 4.- Reportar eventualidades
- 5.- Vigilar FCF y act (sic) uterina y
- 6.- Envío a hospital de tercer nivel [...]

9. Nota de evolución hospitalización de 20 de enero de 2016, elaborada por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Moisés Judá Ramos Abarca, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], y en la que se refiere:

[...] 07:20 hrs

[...]

P. femenino de 18 años de edad Gesta (sic) 02, Para (sic) 01, con diagnóstico de embarazo de 36.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación [...] + producto óbito.

S. refiere que no percibe movimientos fetales desde las 06:00hrs (sic) del día de hoy, niega contracciones o datos de vasoespasmio, niega sangrado o salida de líquido (sic) por la vagina.

[...]

A. Paciente la cual ingresa a nuestra Unidad por el servicio de urgencias (15:15hrs) (sic) en turno vespertino con diagnóstico de secundigesta con embarazo de 36.2 semanas de gestación con fecha de última menstruación + taquicardia fetal (FCF 160 latidos por minuto), infección de vías urinarias. Durante el turno vespertino se comenta en nota médica que no presenta trabajo de parto, únicamente (sic) con hallazgo de taquicardia Frecuencia cardiaca

159-166 latidos por minuto, solicitando tomar registro cardiotocográfico en base a resultado normal interrupción vía abdominal del embarazo. Pasando al siguiente turno Nocturno donde en la nota médica de las 20:30 hrs se informa que la paciente que ha presentado registro cardiotocográfico [...] se ausculta frecuencia cardiaca fetal de 157 a 169 latidos por minuto, se comenta que se enviara(sic) a piso en caso de mejorar, paciente "delicada". En hoja de indicación a las 21:00hrs (sic), se indica indometacina (sic) 100 mg vía rectal en 3 dosis, aplicando a las 22 y 06 horas (no indicada posterior a las 32 semanas por ocasionar cierre del conducto arterioso), en hoja de enfermería a las 23:15hrs (sic) pasa a hospitalización. Encuentro Registro (sic) 3 registros cardiotocográficos en expediente clínico sin rotular nombre, solo (sic) el aparato registra fecha y hora 19 (sic) enero de 2016, 15:50 hrs con frecuencia cardiaca fetal basal de 160 latidos por minuto, Trazo (sic) silente de 21 minutos, segundo trazo con frecuencia cardiaca fetal de 165 latidos basal y posteriormente 170 latidos basal trazo con duración mayor de 60 minutos, categoría III ACOG, variabilidad disminuida, sin ascensos y último trazo del 20 de enero de 2016, a las 00:48 horas, sin cumplir con criterios establecidos, siendo categoría III, frecuencia cardiaca fetal basal de 150, no cumple con criterios de bienestar fetal, variabilidad disminuida, sin ascensos, sin descensos, categoría III ACOG. No se documenta revisión médica durante la madrugada ni a las 6 horas, hora en que la paciente refirió ausencia de movimientos fetales. Solicito toma de Ultrasonido urgente. Pronóstico reservado.

[...]

10. Nota de evolución de 20 de enero de 2016, suscrita por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Moisés Judá Ramos Abarca, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], en donde se señala lo siguiente:

[...] 08:00 horas [...]

[...] Se reporta ultrasonido con producto único, óbito, sin actividad somática, sin actividad cardiaca, peso de 2867 gramos, placenta inserción corporal al anterior, peso de 2867 gramos [...] ILA de 19 cc, 38.2 semanas por fetometría, miembros inferiores acortados, a nivel abdominal abundante gas intestinal y cabalgamiento de huesos del cráneo, lo que sugiere pérdida de vitalidad de varias horas de evolución.

[...]

Se ingresa a área de tococirugía para normar conducta, explicando a la paciente y familiar responsable el estado de salud actual de la madre así como la evolución que presentó el feto desde su ingreso hasta hora actual, Pronóstico (sic) Reservado (sic).

[...]

11. Nota de atención del parto de 21 de enero de 2016, suscrita por los Médicos Azucena Mayra Hernández Luna, Óscar César Sánchez Islas y Fernando Sánchez, adscritos al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], que refiere lo siguiente:

[...] 17:58 horas [...]

Paciente que se encuentra [...] con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento, producto en tercer plano de Hodge pasa a sala de expulsión se coloca de posición de litotomía, se realiza asepsia y antisepsia de región vulvo perineal, se colocan campos estériles, se realiza episiotomía medio lateral derecha, en acme de la contracción mediante maniobra de Ritgen modificada se obtiene polo cefálico, se libera hombro anterior, posterior y se extrae resto del producto, se pinza y corta cordón umbilical y se entrega producto sin actividad cardiosomática a personal de enfermería en turno. Se procede a atención (sic) de alumbramiento, obteniendo placenta incompleta, se realiza revisión de cavidad encontrando cotiledón adherido a cara anterior y fondo uterino, con presencia de escaso sangrado activo por lo que se realiza pinzamiento de arterias uterinas técnica de Zea, canal vaginal sin evidencia de desgarros o hematomas, se procede a episiorrafia con catgut crómico del 0, en tres planos cuatro tiempos, se verifica hemostasia y se da por terminado acto obstétrico.

[...]

Plan Manejo:

Antibiótico

Analgésico

Vigilar pérdidas vaginales.

Se solicita traslado a otra Unidad Hospitalaria ya que requiere manejo por tercer nivel.

Diagnóstico:

Puerperio patológico inmediato, acretismo placentario parcial, pinzamiento de arterias uterinas técnica Zea [...]

12. Certificado de muerte fetal de 21 de enero de 2016, realizado por la Médico Mayra Azucena Hernández Luna, adscrita al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], del que se desprende lo siguiente:

[...]

6.- Este embarazo fue:

[...]

Complicado X

[...]

15.- Causas de la muerte fetal [...]

Parte I

Condición fetal o materna que causó directamente la muerte

a) Interrupción de la circulación feto-placentaria

[...]

13. Nota de referencia de 21 de enero de 2016, a las 18:16 horas, suscrita por el Médico César Sánchez Islas, Asistente de Dirección en Turno, adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...], en la que consta:

Padecimiento Actual

Paciente que se encuentra en puerperio inmediato patológico (sic), con producto obito (sic) pasa a sala de expulsión [...] placenta incompleta, se realiza revisión de cavidad encontrando cotiledon (sic) adherido a cara anterior y fondo uterino, con presencia de escaso sangrado activo por lo que se realiza pinzamiento de arterias uterinas técnica de Zea (sic),

Evolución:

Actualmente se encuentra [...] sin presencia de Sangrado (sic) activo en este momento, sin embargo amerita tratamiento por Tercer (sic) nivel ya que presenta riesgo de Hemorragia Obstétrica (sic) y en esta Unidad Hospitalaria no contamos con Banco de Sangre ni UCI [...]

14. Nota inicial de urgencias de 21 de enero de 2016, sin nombre de quien suscribe, la cual obra en el expediente clínico [...] del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de la SEDESADF, de cuyo contenido se advierte lo siguiente:

[...] 20:42 horas [...]

[...] paciente que acude de traslado del H. Materno Infantil Tláhuac con los dx, de G2 P2 + Óbito + puerperio inmediato + pinzamiento de arterias uterinas técnica Zea + sec (sic) a hemorragia obstétrica sec (sic) a acretismo placentario (sic) TA: 90/60 mmhg, FC: 82 x min, FR: 20 x min, TC° 36 °C.

[...] con útero involucionado de buen tono, con genitales de acuerdo a edad y sexo, cérvix dehisciente (sic) con pinzamiento de arterias uterinas. [...] sin presencia en este momento de sangrado activo [...]

15. Resultado de estudio de ultrasonido de 22 de enero de 2016, elaborado por el Médico especialista en radiología Juan Carlos Hernández Chavolla, adscrito al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de la SEDESADF, el cual obra en el expediente clínico [...], del que se desprende lo siguiente:

[...] 11:30 horas [...]

5.- Impresión diagnóstica:

[...] útero puerperio subinvolucionado, con escaso líquido en cavidad endometrial. Sin evidencia sonográfica de acretismo placentario.

[...]

16. Nota de egreso de 23 de enero de 2016, a las 11:00 horas, suscrita por personal médico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, "Dr. Belisario Domínguez" de la SEDESADF, la cual obra en el expediente clínico [...] y que señala:

[...]

Diagnósticos Finales de Egreso: Puerperio mediato post parto eutócico complicado con hemorragia obstétrica + PO de pinzamiento de arterias uterinas + retención de restos y acretismo descartada.

[...]

Motivo de egreso: Mejoría

Problemas clínicos pendientes y recomendaciones para el manejo ambulatorio:

[...]

Plan de Manejo y Tratamiento:

Paracetamol [...]

Cefalexina [...]

[...]

17. Protocolo de necropsia de 23 de enero de 2016, suscrito por los Médicos Braulio Quezada Benítez y Humberto G. Hernández Escorcía, adscritos al Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (en adelante TSJCDMX), el cual obra en la carpeta de investigación [...], iniciada por el delito de homicidio culposo, que señala lo siguiente:

[...] 19:00 horas [...]

EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: Se tiene a la vista un producto del sexo masculino con los siguientes signos de madurez: talla de 45 centímetros, peso de 2,460 gramos, perímetro cefálico de 31 centímetros, perímetro torácico de 32 centímetros, perímetro abdominal de 31 centímetros, longitud de fémur de 7 cm, longitud plantar de 6.5 cm con presencia de cordón umbilical de 5.3 centímetros de longitud, acortado y con ligadura distal de cordón situado de 4.5 cm por arriba de la sínfisis del pubis, con una longitud de cabello de 1.5 centímetros, ojos sin obliteración, pabellones de la oreja retráctiles, con nódulo mamario de 10 milímetros de diámetro, con presencia de lanugo y vermix caseoso.

EL CADÁVER PRESENTA: Flacidez muscular generalizada, opacidad corneal, livideces posteriores que no desaparecen a la dítotopresión.

OTROS HALLAZGOS: Las conjuntivas congestionadas, lechos ungueales cianosados, cianosis facial del cuello y del tercio superior de tórax, con desprendimientos dérmicos post mortem del miembro torácico derecho, de abdomen y de los miembros pélvicos, con enfisema abdominal y escrotal.

SIN HUELLAS DE LESIONES AL EXTERIOR.

ABIERTAS LAS GRANDES CAVIDADES ENCONTRAMOS EN LA CRANEANA: Tejidos pericartilaginosos sin alteraciones. El encéfalo con peso de 140 gramos, de consistencia

friable, congestionado en superficie y a los cortes. Estructuras cartilaginosas que integran la bóveda craneal sin alteraciones.

EN EL CUELLO: Esófago y tráquea con sus mucosas congestionadas y libres en su luz. Estructuras cartilaginosas que integran la bóveda craneal sin alteraciones.

EN LA TORÁCICA: Los pulmones con peso de 35 gramos el derecho y de 30 gramos el izquierdo, con presencia de Petequias subpleurales congestionados en su superficie y a los cortes. Docimasias ópticas e hidrostaticas negativas en sus cuatro tiempos. El corazón con un peso de 40 gramos con presencia de Petequias subpericárdicas, con sangre líquida en sus cavidades.

EN LA ABDOMINAL: El hígado, bazo, páncreas y riñones congestionado en su superficie y a los cortes. El estómago y vejiga vacíos.

ESTUDIOS: se envían fragmentos de pulmones para docimasias histológicas cuyos resultados se comunicarán en su oportunidad.

[...]

CONCLUSIONES:

1. Producto del sexo masculino de 36 semanas de gestación.
2. Sí era viable.
3. Sin lesiones aparentes al exterior.
4. No vivió ni respiró fuera del útero.
5. Causa de la muerte: asfixia no natorum.

[...]

18. Opinión médica de 20 de febrero de 2017, emitida por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Conducta en presencia del sufrimiento fetal.

Quando el sufrimiento fetal está presente existe siempre indicación de interrumpir el trabajo de parto y extraer tan rápidamente al feto como lo permitan las condiciones médico-obstétricas del caso. Hemos indicado ya que la expulsión de meconio por sí sola y la taquicardia fetal por sí sola sólo obligan a una mayor vigilancia del producto durante el parto pero no indican la extracción acelerada del mismo. La bradicardia, la arritmia y las alteraciones de intensidad de los tonos cardíacos (sic) sí indican siempre la extracción rápida del feto.

Debe corregirse siempre la causa de la anoxia cuando esto sea posible por ejemplo en la anoxia por anemia a causa de hemorragias profundas, en ciertos casos de anoxia circulatoria, etc. Tan pronto como se descubra el sufrimiento fetal y mientras se prepara la intervención obstétrica o quirúrgica que va a liberar al producto debe hacerse inhalar oxígeno a la madre en forma permanente. Con mucha frecuencia esta medida es capaz de hacer desaparecer los signos de anoxia y permite procedimientos menos precipitados para que el parto se efectúe.

Nunca se insistirá suficiente en la gran utilidad que tiene esta medida que, desgraciadamente, hemos visto muy poco utilizarla (sic) en nuestro medio. Puede administrarse vitamina K a la madre por vía hipodérmica, por más que la utilidad de esta medida sea discutible.

[...]

ANÁLISIS DEL CASO

[...] en el expediente clínico se hace constar que desde su ingreso se determinó que presentaba aumento de la frecuencia cardíaca fetal, sin embargo, se refiere que se realizará registro cardiotocográfico para normar conducta y valorar interrupción del embarazo. No se hace constar que se hubiera interpretado y establecido un diagnóstico etiológico y en consecuencia determinar el tratamiento a seguir. Al respecto, la literatura médica refiere que la taquicardia se define como la frecuencia cardíaca basal superior a 160 latidos por minuto. Dentro de los factores que pueden aumentar la frecuencia cardíaca fetal se encuentran la fiebre por infección materna, daños o arritmias cardíacas fetales, algunos medicamentos y también puede ser un índice de sufrimiento fetal agudo. Los registros cardiotocográficos que se encontraron en el expediente refieren aumento de la frecuencia cardíaca fetal y variabilidad moderada predominantemente a las 2:50 y 4:30 horas, no se observaron registros después de las 5 horas del 20 de enero de 2016 por lo que no se identificó en (sic) momento en que presentó disminución de la frecuencia cardíaca fetal y la muerte. De acuerdo a la literatura médica dicho patrón es anormal o sospechoso, lo que era indicativo de falta de bienestar fetal que se debía confirmar por estudios complementarios como perfil biofísico fetal, el pH en cuero cabelludo (estándar de oro, sensibilidad de 40% y especificidad de 90%), estimulación vibro-acústica, oximetría de pulso (sensibilidad 30-40% y especificidad 92-94%) y el electrocardiograma fetal (sensibilidad 5-38% y especificidad de 63-99%). Asimismo, se observaron proteínas en orina, sin embargo, la paciente no fue estudiada para descartar enfermedad hipertensiva del embarazo.

Por lo anterior, en este caso se establece que no se realizó un diagnóstico certero ni oportuno a la [Persona Agraviada C].

[...] se hace constar en el expediente que desde el ingreso de la paciente le fue indicado ketorolaco e indometacina el 19 de enero de 2016, a las 15:15 y a las 20:35 horas, respectivamente. Dichos medicamentos son utilizados para inhibir el trabajo de parto, en el caso que nos ocupa la paciente tenía 36.2 semanas de gestación de acuerdo a la fecha de su última menstruación. Estos analgésicos no debieron indicarse debido a que: no se documentó que realmente la paciente estuviera en trabajo de parto (no tuvo dilatación ni borramiento cervical), después de la semana 32 están contraindicados porque pueden ocasionar el cierre del (sic) ductos arterioso y por el tiempo de gestación la después (sic) de las 32 SDG las tasas de sobrevida (sic) para cada semana de gestación son 99-100% por lo que no había indicación para prolongar, en su caso, el embarazo.

[...] con base en los registros cardiotocográficos (frecuencia cardíaca fetal mayor a 160 latidos por minuto y variabilidad mínima) lo que se constituye un patrón anormal e indicativo de alteración en la fisiología fetal que condiciona la morbilidad o mortalidad fetal a corto plazo. Esta entidad clínica también llamada sufrimiento fetal agudo suele ser una indicación de cesárea.

[...] es posible que exista un nexo causal al considerar que la [Persona Agraviada C] ingresó al Hospital Materno Infantil Tláhuac el 19 de enero de 2016 a las 13 horas, se observó un registro electrocardiotocográfico anormal que no cambió a pesar de medidas preventivas y que indicaban la interrupción del embarazo por vía abdominal, y que no existió seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal por varias horas por lo que no se

diagnosticó su disminución y ausencia. Asimismo, el Certificado de Defunción que refiere como causa de fallecimiento interrupción de la circulación feto-placentaria, y el Protocolo de Necropsia que menciona como causa de muerte asfixia no natorum y que el feto sí era viable.

En lo que se refiere a determinar si la atención médica proporcionada durante y después del parto fue adecuada, en el expediente clínico se hace constar que durante la extracción de la placenta se observó acretismo placentario parcial, si bien, supuestamente se observó que estaba incompleta y la presencia de restos en fondo uterino, los ultrasonidos realizados a la [Persona Agraviada C] antes y después del parto no reportan acretismo placentario. El diagnóstico definitivo es por histopatología al comprobar la invasión de vellosidades coriales en el endometrio. Aunado a lo anterior, se hace constar que la paciente presentó un sangrado de 300 cc, lo cual es considerado como normal. Por lo anterior, no fue adecuado el pinzamiento de arterias uterinas y la referencia al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México.

[...]

V. CONCLUSIONES

a) No se realizó un diagnóstico certero y oportuno de la taquicardia y la pérdida de bienestar fetal, ni la proteinuria que la paciente presentaba.

b) Los medicamentos proporcionados (ketorolaco e indometacina) estaban contraindicados ya que la paciente no presentaba trabajo de parto y por las semanas de gestación ya que se asocian a persistencia de ductos arterioso.

c) La pérdida de bienestar fetal (sufrimiento fetal agudo) es una indicación de operación cesárea de acuerdo al lineamiento técnico para una cesárea segura.

d) Es posible que exista un nexo causal entre la atención médica proporcionada y el fallecimiento fetal in útero al no diagnosticar la pérdida de bienestar fetal y no interrumpir el embarazo por vía abdominal.

e) El diagnóstico de placenta acreta realizado en este hospital materno infantil no fue adecuado ya que la paciente no tenía factores de riesgo, ni hemorragia ni diagnóstico por ultrasonido antes ni después del parto. Tampoco fueron adecuados el pinzamiento de arterias uterinas y ni la referencia al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México.

f) El diagnóstico y tratamiento proporcionados a la [Persona Agraviada C] en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México fueron adecuados.

[...]

19. Valoración de impactos psicosociales de 28 de abril de 2017, emitida por especialistas de la Dirección de Atención Psicosocial de la Dirección General de Quejas y Orientación de esta Comisión, que señala lo siguiente:

[]

Sistematización de los hechos

TIPO DE VIOLENCIA	PERSONA QUE EJERCIO (SIC) LA VIOLENCIA	FRASES SIGNIFICATIVAS (VI=VICTIMA (SIC) INDIRECTA, VD=VICTIMA (SIC) DIRECTA)
EL PERSONAL DE SALUD HACIA (SIC) COMENTARIOS IRÓNICOS, DESCALIFICADORES O EN TONO DE CHISTE ACERCA DE SU COMPORTAMIENTO	PERSONAL MÉDICO	"Le dijo a una enfermera: ¡ay! yo no sé para que se embarazan, si no van a llevar su control." "Dijo que si [su hijo] venía mal, que no iba a ser responsabilidad de él."
LE TRATARON CON SOBRENOMBRES (GORDA) O DIMINUTIVOS (GORDITA-MAMITA-HIJA)	PERSONAL DE ENFERMERÍA	"Unas enfermeras sí, me hablaba de 'hija' y así."
FUE DIFÍCIL O IMPOSIBLE PREGUNTAR O MANIFESTAR SUS MIEDOS O INQUIETUDES PORQUE NO LE RESPONDÍAN O LO HACÍAN DE MALA MANERA	PERSONAL DE ENFERMERÍA	"Si me fue difícil porque luego me contestaban de mala manera"
LE REALIZARON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SIN PEDIRTE CONSENTIMIENTO O SIN EXPLICARLE POR QUÉ ERAN NECESARIOS	PERSONAL MÉDICO	"Siempre estaban ahí las enfermeras, iban y me ponían, yo sólo escuchaba que decían, que le pusieran tanto de no sé qué, me pusieron mucho medicamento y no sé cuál era."
[...]	[...]	[...]
TACTOS VAGINALES REITERADOS Y REALIZADOS POR DIFERENTES PERSONAS	PERSONAL MÉDICO	"Sí, fueron repetitivos"
[...]	[...]	[...]
FUE OBLIGADA A QUEDARSE EN CAMA IMPIDIÉNDOLE CAMINAR O BUSCAR POSICIONES SEGÚN SUS NECESIDADES	PERSONAL MÉDICO	"Desde que salí del hospital del materno infantil, hasta el día siguiente estuve con las piernas abiertas."
SE LE IMPIDO (SIC) ESTAR ACOMPAÑADA POR ALGUIEN DE SU CONFIANZA	PERSONAL MÉDICO	"Sí, no podía estar ahí nadie más"
SE LE IMPIDIÓ EL CONTACTO INMEDIATO CON SU HIJA/O RECIÉN NACIDO ANTES DE QUE SE LO LLEVARA EL NEONATÓLOGO PARA CONTROL	PERSONAL MÉDICO	"Yo sólo vi, que mi mamá agarró a mi [hijo] y lo vi todo moradito, y ya no supe nada"
FIRMAR DOCUMENTOS EN CONDICIONES QUE LIMITABAN SU CAPACIDAD DE COMPRENDER EL ALCANCE DE LOS MISMOS	PERSONAL MÉDICO/ HOSPITALARIO	"Yo acababa de despertar y me hicieron firmar unos papeles, pero no sé qué hojas."
DILACIÓN EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	PERSONAL MÉDICO	"Sí, el doctor o la doctora me hubieran hecho la cesárea o me hubieran brindado la atención"

		<i>adecuada, pues mi [hijo] ahorita estuviera bien."</i>
SER SOMETIDA A PROCESOS DE ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO	PERSONAL DE ENFERMERÍA	<i>"Había enfermeras que me lastimaban, con el catéter, no me explicaban nada, llegaban y cuando sentía solo era dolor."</i>

[...]

Conclusiones

[...] es importante señalar que la presente Valoración Psicosocial es un análisis de las afectaciones que presenta [Persona Agraviada C], en relación con los eventos que experimentó a partir de la inadecuada práctica médica que recibió en el Hospital Pediátrico Infantil Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Por lo tanto, se concluye lo siguiente:

1. De la narración de hechos realizada por la [Persona Agraviada C], respecto a la atención que recibió durante el proceso de parto, se puede identificar que estuvo expuesta a situaciones de violencia obstétrica, definida como toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia, es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres [...] Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud -públicos y privados-, y es un producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género".

Se identificaron testimonios relacionados con diferentes formas de violencia vividas por la agraviada, en las que se visibilizan acciones realizadas por el personal médico y de enfermería, consistentes en violencia física y psicológica, sistematizándose las siguientes: comentarios irónicos, descalificadores, uso de sobrenombres o diminutivos para referirse a ella [...] se le realizaron tactos vaginales reiterados, indicaron que permaneciera acostada todo el tiempo, [...] se le impidió caminar o cambiar posiciones de acuerdo a sus necesidades, le fue difícil preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes debido a que no le respondían o lo hacía de mala manera, se le impidió estar acompañada de alguien de su confianza, ser sometida a procesos de encarnizamiento terapéutico, dilación en intervenciones o procedimientos médicos, firmar documentos en condiciones que limitaban su capacidad de comprender el alcance de los mismos, se le impidió el contacto inmediato con su [hijo].

2. Los actos de violencia obstétrica que experimentó y la muerte [fetal in útero] supuso una experiencia traumática que impactó de manera negativa, a la [Persona Agraviada C], y a su entorno familiar y social. Esta experiencia generó impactos psicosociales en las diversas esferas que componen su vida, mismas que fueron identificadas durante la entrevista, y se constataron mediante los instrumentos de evaluación psicológica aplicados. Detectando principalmente impactos en su estado psicoemocional, a un año y dos meses del fallecimiento de su [hijo], la [Persona Agraviada C] ha enfrentado un proceso de duelo que se ha complicado, debido a que aún presenta sentimientos de vacío, lamentarse por la pérdida (sic), extrañar a su [hijo] además de la presencia de llanto; sentimiento de culpa, sentirse asustada, sentir que decepcionó a la gente por la

perdida (sic), siente que necesita ayuda profesional para superar la pérdida (sic) y preocupación por el futuro. Lo anterior indica la presencia de componentes que complican el proceso normal de duelo como son sentimientos de culpa y duelo activo, así como sintomatología relacionada con depresión severa y síntomas ansiosos como son: miedo a que pase lo peor, inseguridad y sentirse asustada; reportando como síntoma somático predominante la debilidad. Asimismo se identificaron otro tipo de afectaciones en las que se resaltan: problemas en su relación de pareja, en esta (sic), se presentó de manera significativa la disminución del deseo sexual y el distanciamiento. Afectaciones respecto al vínculo con el hijo producto de una gestación posterior a los hechos alegados, pues lo vivió como una forma de llenar el vacío existente tras la muerte de su anterior hijo, y vivió su nuevo embarazo de manera insegura, con el temor de que los hechos que vivió se repitieran; actualmente presenta dificultad para relacionarse con su nuevo hijo. Además, se identificaron alteraciones en su sistema de creencias básicas de seguridad y confianza en sí misma y en las demás personas, en particular en su relación con servidores de los servicios de salud.

Por otra parte, se identificaron mecanismos positivos de afrontamiento, desarrollados tras el proceso de denuncia y búsqueda de justicia, como el acudir a instancias que han coadyuvado en la activación de mecanismos personales necesarios en la defensa de sus derechos humanos.

3. Derivado de la valoración psicosocial se observó que los impactos psicosociales detectados están estrechamente relacionados con los eventos de violencia obstétrica de los que fue víctima. Así mismo, las afectaciones descritas, se interrelacionan con los antecedentes socioeconómicos y culturales contextuales, tales como la dinámica familiar, social, educativa, laboral y la construcción de género y la forma de vivir la maternidad, la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y el desconocimiento de los procesos de atención médica por parte de la [Persona Agraviada C] [...]

A handwritten signature in blue ink is located on the right side of the page, next to the third list item.

V. Anexo 4

Expediente CDHDF/III/122/AO/16/N1640**Personas agraviadas:** [Persona Agraviada D] y [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1]

1. Hoja inicial de urgencias de 8 de febrero de 2016, elaborada por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Eduardo Nolasco Carrillo, adscrito al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESACDMX), la cual obra en el expediente clínico [...] la cual indica lo siguiente:

[...] 19:14 horas [...]

Femenina de 19 años, G 1 FUM 27.04.15 16 embarazo de 40.40 SDG x FUM

Se refiere con actividad uterina, niega perdidas (sic) tv y datos de vasoespasmo, motilidad fetal presente.

TA 110/90 FC 78X' FR 24X' T 36.5C

[...] Consciente, oientada (sic), con buena coloración de tegumentos, bien hidrtada (sic), CSPS sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU de 30 cm, PC DI SL FCF de 142xa'; pelvis ginecoide, tv con cérvix reblandecido central con 5 cm de dilatación y 80% de borramiento, amnios íntegro, extremidades inferiores sin datos patológicos.

Diagnóstico principal:

Gesta 1 + embarazo de 40.4 SDG x FUM [...]

2. Hoja de ingreso a la Unidad de Tocoquirúrgica de 8 de febrero de 2016, firmada por el Médico Cruz, residente de primer año, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende lo siguiente:

[...] 21:30 horas [...]

Signos Vitales TA 100/60 FC 80 FR 18 Temp 36.1

Femenino de 19 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal; escolaridad; secundaria; ocupación ama de casa, estado civil; soltera.

AHF: Abuela materna diabetes.

APNP: Habita en casa de materiales perdurables cuenta con todos los servicios de urbanidad; niega condiciones de hacinamiento toxicomanías negadas.

APP: niega alérgicos, niega quirúrgicos, niega crónico degenerativos (sic) niega traumáticos.

AG: menarca 11 años, ritmo 30 x 5 días, ivsa 15 [...] fum 27 de abril (sic) 2015. Acude a control prenatal en 4 ocasiones, refiere ingesta de hemotípicos desde el primer trimestre, amenazas de parto negadas, se realiza 2 usg con reportes normales. Niega hospitalizaciones.

Padecimiento actual:

Menciona actividad uterina irregular desde hace 5 horas, al momento niega datos de bajo gasto, niega datos de vasoespasmo, movimientos fetakes (sic) presenes (sic).

Exploración física:



TA 110/60 FC 80 FR 18 Temp 36.1

Alerta orientada bien hidratada buena coloración de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, abdomen globoso a expensas de útero grávido fondo uterino de 30 cms producto único vivo, presentación cefálica situación longitudinal, frecuencia cardíaca fetal 145 latidos por minuto. Genitales normales.

al (sic) tacto vaginal cérvix posterior con 4 centímetros de dilatación, 70% de borramiento, amnios íntegro (sic), tarpiér y valsálva negativos. Extremidades íntegras (sic), pulsos presentes llenado capilar inmediato, reflejos osteotendinosos normales.

Análisis:

Primigesta de la segunda década de la vida, con embarazo de 40.4 semanas de gestación con trabajo de parto en fase activa, se valora score bishop en 9 puntos, pelvis útil para trabajo de parto por pelvimetría clínica, en todos sus diámetros, al momento con actividad uterina irregular de 2 a 3 contracciones en 10 minutos. Se valorará conducción de trabajo de parto previo registro cardiotocográfico fetal. En caso de pérdida de bienestar fetal se valorará la interrupción del embarazo vía abdominal.

IDX: embarazo de 40.4 semanas de gestación, trabajo de parto en fase activa.

Plan Conducción (sic) de trabajo de parto/ (previo registro cardiotocográfico fetal)/solicitar analgesia obstétrica.

[...]

3. Nota médica de 8 de febrero de 2016, elaborada por los Médicos Acevedo y Cruz, residentes de primer año, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende:

[...] 00:30 horas [...]

3- Solución mixta [...]

Solución glucosa 5% 1000cc + 5 unidades de oxitocina a 8 gotas por minuto [...]

4. Nota de evolución nocturna de 8 de febrero de 2016, suscrita por la Médico Yolanda Ríos Chiney, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", la cual obra en el expediente clínico [...] en la que se señala:

[...] 01:30 horas [...]

S.- Refiere actividad uterina irregular, buena motilidad fetal, salida de tapón mucoso sin datos de vasoespasmo.

O.- Consciente, orientada, adecuada hidratación de tegumentos, sin compromiso cardiorrespiratorio, mamas sin cambios propios de la gestación, abdomen globoso, producto único vivo, cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda, altura de fondo uterino de 30 cm, frecuencia cardíaca fetal de 145 lat/min. Al tacto vaginal, cavidad vaginal elástica, eutérmica, cérvix con 6 cm de dilatación, 80% de borramiento, membranas rotas, líquido amniótico con tinte meconial, pelvis ginecoide, extremidades sin edema, reflejos osteotendinosos normales.

[...] Paciente de la segunda década de la vida que cursa con los diagnósticos ya contados, estable hemodinámicamente con trabajo de parto en fase activa.

Plan: conducción de trabajo de parto, monitoreo intraparto.

5. Nota médica de 8 de febrero de 2016, suscrita por los Médicos Yolanda Ríos Chiney y Castillo, R2, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...] que refiere:

[...] 02:30 horas [...]

Monitoreo intraparto con duración de 27 minutos, integridad del 98%, FCF basal de 145 lpm, adecuada variabilidad, ascenso 2, no descensos, con presencia de ondas lambda, movimientos fetales ue (sic) no registra aparato, actividad uterina 2 en 10 minutos, se concluye monitoreo intraparto categoría I, sugestivo de buena reserva fetoplacentaria por lo ue (sic) continua conducción de trabajo de parto y se solicita analgesia Obstétrica (sic).

6. Nota prequirúrgica de 9 de febrero de 2016, suscrita por el Médico Ocampo, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...] de donde se advierte lo siguiente:

[...] 07:34 horas [...]

DX prequirúrgico: gesta I, embarazo de 38.5 sdg x fum/ Periodo Expulsivo Prolongado/ Desproporción Cefalopélvica/ sufrimiento fetal Agudo (sic).

Justificación: Se trata de paciente femenino de la segunda década de la vida que cuenta con los diagnósticos ya comentados.

Se recibe en periodo expulsivo prolongado, por lo que se decide pasa (sic) a sala de expulsión para colocación de Forceps Simpson ya que cuenta con analgesia obstétrica, sin embargo extracción fallida por moldeamiento cefálico fetal, por lo que se decide realizar Cesárea de Urgencia conociendo los posibles riesgos como son:

Desgarro de comisura (sic) de hisretorrafia (sic), hemorragia Obstétrica (sic), asfixia perinatal, Infección (sic) de herida quirúrgica, Dehiscencia (sic) de herida quirúrgica, e incluso asfixia perinatal, muerte neonatal y/o materna.

[...]

7. Nota postquirúrgica de 9 de febrero de 2016, suscrita por el Médico Ocampo, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...] que refiere:

[...] 10:50 horas [...]

DX Prequirúrgico: Gesta I, embarazo de 38.5 sdg x fum/ Periodo Expulsivo Prolongado/Desproporción Cefalopélvica/Sufrimiento fetal agudo.

DX Postquirúrgico (sic): Puerperio Inmediato Postcesárea.

Cirugía programada (sic): Cesárea tipo Kerr.

Cirugía realizada: Cesárea tipo Kerr.

[...]

Tipo de anestesia: bloqueo mixto.

[...]



Sangrado: 600cc.
Complicaciones: Ninguna.

[...]

8. Nota de egreso y resumen clínico de la [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] de 19 de febrero de 2016 elaborada por el Médico Especialista en Neonatología Oyuki Del Rosario Moreno Gorian, del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...] misma que señala:

[...] 09:18 horas [...]

Diagnóstico de ingreso definitivo:

Recién nacido de término 38 SDG/ Peso adecuado a edad gestacional, asfisia perinatal, lesiones asociadas a vía de nacimiento.

Resumen de evolución clínica, manejo durante la estancia hospitalaria y estado actual

Recién nacido masculino, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Madre de 19 años, escolaridad secundaria, estado civil soltera, dedicada al hogar, aparentemente sana, sin toxicomanías, grupo sanguíneo "B" positivo. Gesta 1, FUM: 27/04/15, control prenatal regular iniciando al 4to mes, con 5 Consultas en centro de salud, ingesta de ácido fólico y hierro, aplicación de 2 dosis de td. Niega patologías durante la gestación.

Acude a esta unidad con trabajo de parto, es obtenido por cesárea por falta de progresión de trabajo de parto, con periodo expulsivo prolongado y líquido amniótico meconial, se notifica a neonatología, acude neonatólogo a la unidad tocoquirúrgica para atención del recién nacido, nace el día 09/02/16 a las 8:39 hrs, se recibe producto único masculino, flácido, pálido, sin frecuencia cardíaca, se brindan maniobras avanzadas de reanimación neonatal oportunamente, se realiza laringoscopia siendo positiva; líquido meconial espeso, posteriormente se intuba con cánula endotraqueal de 4 french, se inicia presión positiva con lo que recupera FC mayor de 60x', pero menor de 100x', por lo que se da otro ciclo de presión positiva, recuperándose la FC mayor a 100X', se le califica con un APGAR 3/6/8, peso 2915grs, talla 47cm. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se coloca bajo ventilación mecánica fase III, ayuno y soluciones intravenosas calculadas a requerimientos, así como tratamiento para limitación de daño neuronal. Hemodinámico: se inicia aporte de líquidos a requerimientos, se detecta bradicardia de 80X', por lo que se inicia tratamiento aminérgico para mejoría de contractilidad cardíaca y mantener gasto cardíaco adecuado, se mantiene con dicho tratamiento por 48 hrs, en la actualidad con frecuencias cardíacas normales para el sueño fisiológico y la vigilia, las tensiones arteriales normales, se mantiene con adecuado gasto cardíaco, buen estado de hidratación, adecuados volúmenes urinarios, función renal conservada. Se solicita valoración por cardiología pediátrica ante sospecha de miocardiopatía hipoxicoisquémica (18/02/16), se reporta con engrosamiento del septum y pared posterior del ventrículo izquierdo en relación a miocardiopatía hipoxicoisquémica, transitorio y reversible, sin ameritar manejo anticoagente, revaloración por cardiopediatría en 2 meses. Neurológico: se inicia tratamiento para limitación de daño neuronal desde su ingreso, a las 12 horas de vida

inicia con datos de irritabilidad, catalogándose como Encefalopatía hipóxico-isquémica grado I de Sarnat. Se solicita ultrasonido transfontanelar reportándose sin alteraciones, ultrasonido transfontanelar de control sin alteraciones. Actualmente se encuentra activo, reactivo, sin movimientos o posturas anormales, no irritable, con reflejo de succión adecuado, reflejo de moro competente. Ventilatorio: Se mantiene ventilador mecánico por 2 horas, desde su ingreso, posteriormente se coloca casco cefálico con O₂ 60%, disminución gradual del mismo, actualmente ya con oxígeno ambiente, manteniéndose con saturaciones por oximetría de pulso entre 92-98%, buen patrón respiratorio, tórax simétrico y campos pulmonares con murmullo vesicular presente [...]

Se envía a centro de rehabilitación Gaby Brimmer para estimulación temprana ante posibles secuelas neurológicas a mediano y largo plazo secundarias asfisia perinatal.

[...]

9. Acta circunstanciada de 15 de marzo de 2016, suscrita por una visitadora adjunta adscrita a esta Comisión, en la cual consta la comparecencia de la [Persona Agraviada D] y de su madre, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

[...] manifestando la [Persona Agraviada D] [...] lo siguiente:

[...]

Le practicaron varias veces el tacto, hasta que una de las residentes dijo que había sangrado y que dilató lo suficiente (ya era de madrugada 01:00 horas). Aclaró que cuando se le rompió la fuente, una de las practicantes dijo que su [hijo] se había hecho popo.

La [Persona Agraviada D] solicitó se le practicara cirugía de cesárea porque tenía mucho dolor, pero una de las residentes le dijo que sería parto natural, por lo que la llevaron al área en donde atendían partos naturales y ahí le colocaron una inyección, ignora si fue en la raquea, y le dijeron que pujara (varias practicantes), ella gritaba fuerte y una de las practicantes de medicina le decía "cállate, cállate, no grites". Después de varias horas, una de ellas (ignora si era doctora y/o enfermera) dijo que ya se sentía la cabecita de [su hijo], por lo que comenzaron a jalarla y a apretarle el abdomen, pero [su hijo] no salía. Al lugar llegó un doctor (no recuerda el nombre), él que pidió unos fórceps (cómo pinzas) e intentó jalar la cabeza de [su hijo] con las misma, pero no logró sacarlo.

Aproximadamente a las 05:00 horas una doctora y/o enfermera le dijo ya no puje (sic) se le practicará una cirugía de cesárea, por lo que le colocaron mallas elásticas en las piernas y otra inyección (en la columna). Sin embargo, [Persona Agraviada D] sintió dolor en cuanto el cirujano comenzó a abrirla del abdomen (de forma vertical), por lo que gritó y nuevamente le colocaron otra inyección. El doctor comenzó a apretarle el vientre para que su [hijo] subiera y una de las enfermeras y/o practicantes metió la mano en su vagina y comenzó a empujar la cabeza de [su hijo] para que éste subiera.

El doctor comenzó a desesperarse, pues decía "ya valió madres, ya valió madres", la doctora que le aplicó la anestesia la tomó de la mano (a la agraviada) y le dijo presiona mi mano si te duele.

Finalmente, el doctor sacó a [su hijo] con las manos. Aclaró que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] no lloró.

La [Persona Agraviada D] se quedó dormida y cuando despertó se encontraba en el área de Toco Cirugía, ella preguntó por [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], pero una de las enfermeras le dijo está en incubadora.

Cuando la subieron a piso, ella preguntó a diverso personal médico por [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], pero nadie le respondía, sólo le indicaban que debía de esperar a que el doctor le informara de él.

La madre de la [Persona Agraviada D] [...] tomó la palabra e informó siguiente (sic):

Por la mañana de ese día (a las 10:00 horas) una doctora (desconoce su nombre) le informó que [Persona Agraviada D] se vio grave en la cirugía, pues el (sic) sufrió mucho porque "el [su hijo] no quería nacer", además [Persona Agraviada D] tuvo una fuerte hemorragia. La [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] está grave, pues lo tuvieron que revivir y tenía la cabeza deforme -un chichón-.

Derivado de esa información, platicó con el Director de ese nosocomio, y le permitieron ver a [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], el que estaba en el área de Terapia Intensiva, en una incubadora y tenía su cara (la frente) morada y una bola de lado derecho de la cabeza de colores negro y morado, también tenía lastimada las uñitas de sus pies (de color negras). Se le indicó que estaba grave y que las probabilidades de supervivencia eran bajas, pues tuvo asfixia, lo que pudo haber lesionado al corazón. También le estaban dando a [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] fototerapia.

Posteriormente [Persona Agraviada D] señaló que:

Hasta el horario de visita (17:00 horas) pudo ver a su madre, quien le comunicó el estado de salud de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1].

A [Persona Agraviada D] se le dio de alta el 12 de febrero de 2016, pues no presentó ninguna urgencia médica; sin embargo, [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] no fue dado de alta, porque una pediatra (no recuerda el nombre) le indicó que se le debían de practicar varios estudios para saber cómo se encontraba de su cabeza y corazón. A [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] de (sic) le practicaron un estudio de ultrasonido y una placa en el cerebro, mencionándole la pediatra que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] se encontraba sin ninguna complicación médica.

Derivado a que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] presentó bajo el ritmo cardíaco, fue trasladado en ambulancia al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, en donde le practicaron estudios en su corazón (electrocardiograma), y cómo resultado se le indicó que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] tenía crecido el corazón del lado izquierdo, por lo que se le dio cita en dos meses para la práctica de otros estudios.

Aclaró que unos tres días antes de que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] fuera dado de alta ella lo amamantó, pues no se le (sic) dieron antes pues le decían que estaba delicado, por lo que le daban fórmula de leche con una jeringa, fue hasta que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] pasó a Terapia Intermedia cuando logró cargarlo y amamantarlo.

La [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] fue dado de alta del Hospital Enrique Cabrera el 19 de febrero de 2016. Aclaró que el Director del mismo se comprometió a brindar seguimiento a la salud de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] y que a ella la apoyarían con atención psicológica.

Sin embargo, a [Persona Agraviada D] sólo se le brindó apoyo un solo día con la plática de una psicóloga y a [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] no se le dio seguimiento en ninguna área médica de ese nosocomio.

La persona peticionaria y [Persona Agraviada D] aclararon que sufrieron mucho maltrato por el personal médico (enfermeras, practicantes y doctores de ese hospital, pues primeramente se tardaron en brindar atención médica a su embarazo; no se le practicó cesárea, aún y cuando los médicos sabían que hubo meconio; las residentes o enfermeras le gritaban que se callara cuando ella se encontraba sufriendo por los dolores del parto, le colocaron varias inyecciones de anestesia pues ella sintió cuando le cortaron el vientre, además de que la tuvieron horas sin poder informarle sobre la salud en que se encontraba [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1].

No desean perjudicar con esta queja a los doctores (as), enfermeras y practicantes de medicina de ese nosocomio lo que quieren es que los pacientes que acuden a ese lugar en búsqueda de apoyo médico lo reciban de forma respetuosa y sin demora, además de que deben informar en todo momento el estado de salud en el cual se encuentra cierto paciente.

Su mayor preocupación es que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] tenga secuelas en su salud por la dilación y el método de la atención médica que le practicaron (parto natural, utilización de fórceps y cesárea), en particular, que no se encuentre dañado su corazón y cerebro.

[...]

10. Opinión médica de 20 de febrero de 2017, emitida por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

IV. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO

[...]

Al ingreso al Hospital General Dr. Enrique Cabrera a [Persona Agraviada D] se le diagnosticó embarazo de 40.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación, en dicha nota médica de ingreso no se observó que se haya descrito algún tipo de alteración médica que fuera meritoria de establecer otro diagnóstico al ya mencionado.

[...]

Para efectos del presente dictamen la atención médica que recibió [Persona Agraviada D] se puede dividir en 3 momentos, la atención médica para el parto vía vaginal, parto instrumentado y cesárea, analizándose los 3 momentos de la atención durante la respuesta a los posteriores planteamientos de problema.

[...]

Respecto al plan de manejo a su ingreso se valoró un score de Bishop de 9, la cual es una escala para establecer el grado de maduración cervical, principal factor determinante del desenlace de la inducción. [...] Por lo que al otorgarle a [Persona Agraviada D] una calificación de 9 se estableció un plan de manejo de conducción de trabajo de parto y analgesia obstétrica.

[...] En la nota de ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica de las 21:00 horas se notificó que se valoraría la conducción del parto, sin embargo en la hoja de indicaciones del mismo

día a las 20:30 horas se indicaron 5 unidades de oxitocina (medicamento usado para la conducción del parto), no observando la valoración y la indicación médica para la aplicación de la oxitocina (por ejemplo: actividad uterina irregular), asimismo en la nota prequirúrgica se instauró el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, por lo que al haber establecido dicho diagnóstico estaría contraindicada la oxitocina.

En el plan médico también se solicitó analgesia obstétrica, el empleo de la analgesia obstétrica no debe llevarse a cabo de manera rutinaria, recomendando satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto; si bien es cierto que en las notas médicas no se realiza una justificación médica para la aplicación de la anestesia, también es cierto que se le concedió y firmó [Persona Agraviada D] un consentimiento informado acerca de la analgesia obstétrica en el cual se detallan los riesgos y beneficios y el tipo de anestesia que se aplicó, por lo que aunque no haya existido una justificación descrita en las notas médicas, se entiende que [Persona Agraviada D] tuvo conocimiento de los riesgos y beneficios de la analgesia obstétrica.

[...]

[...] el partograma se comenzó a realizar a las 20:30 horas, notificándose un total de 13 valoraciones, siendo el mayor intervalo de tiempo entre dos valoraciones de dos horas, el resto reportándose en un intervalo de tiempo de 1 hora y la última en 15 minutos, siendo los tiempos apegados a lo notificado en la literatura, sin embargo en el expediente no obra evidencia acerca de los registros de la contractilidad uterina cada 30 o 45 minutos.

Dicho lo anterior se puede señalar que la atención médica que recibió [Persona Agraviada D] respecto a la atención para un parto por vía vaginal no fue oportuna ya que se prescribió oxitocina de una forma rutinaria y también en el expediente proporcionado no obra evidencia de los registros de la contractilidad uterina.

[...]

Según lo referido en la nota prequirúrgica a [Persona Agraviada D] se le establecieron los diagnósticos de periodo expulsivo prolongado, desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, todos ellos conforme a lo referido en la literatura son indicaciones de cesárea. Aunque [Persona Agraviada D] no presentó en un inicio datos de sufrimiento fetal y el periodo expulsivo prolongado solo se puede presentar en la segunda etapa de parto (expulsivo) y ella ingresó en la primera etapa de parto, llama la atención que se diagnosticó desproporción cefalopélvica, el cual se pudo haber sospechado y/o diagnosticado durante la primera etapa de parto, ya que el diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración médica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología.

Dicho lo anterior se puede decir que por el diagnóstico (sic) de desproporción cefalopélvica que otorgaron en la nota prequirúrgica, si existió dilación para determinar si requería parto o cesárea.

[...]

El estudio practicado en [Persona Agraviada D] y que determinó que se procedería a un parto vía vaginal, fue el score de Bishop, otorgándole una calificación de 9. Si bien un score de 9 indica que se puede proceder a un parto vía vaginal, esto contrasta con el diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica que se estableció en la nota prequirúrgica (sic) y ya que este es uno de los diagnósticos de indicación de cesárea se infiere que no se realizaron los estudios suficientes para determinar el procedimiento de parto vía vaginal y/o cesárea.

[...]

Como se ha comentado anteriormente, al momento del ingreso de [Persona Agraviada D] al Hospital General Enrique Cabrera no presentó sintomatología que orientara a alguna alteración médica que fuera meritoria de ser intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, haciendo énfasis en que por el diagnóstico de desproporción cefalopélvica sí requería que se le realizara la cesárea, si bien no de manera inmediata, sí antes del período de expulsión.

[...]

Retomando lo ya descrito en el segundo planteamiento de problema si bien es cierto que en las notas médicas no se realiza una justificación médica para la aplicación para la (sic) anestesia, también es cierto que se le concedió y firmó [Persona Agraviada D] un consentimiento informado acerca de la analgesia obstétrica en el cual se detallan los riesgos y beneficios y el tipo de anestesia que se aplicó, por lo que aunque no haya existido una justificación descrita en las notas médicas y no se pueda decir si fue adecuado o no ya que es a criterio del médico tratante, se entiende que la [Persona Agraviada D] tuvo conocimiento de los riesgos y beneficios de la analgesia obstétrica.

[...]

Al haber establecido en la nota prequirúrgica el diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica se infiere que por lo referido en la literatura médica especializada, el uso del fórceps estaba contraindicado, por lo que no era necesaria dicha maniobra.

Entre las complicaciones fetales por el uso de Fórceps se citan las siguientes:

- Mortalidad
- Contusiones (marcas)
- Parálisis facial
- Hemorragia intracraneal.
- Lesiones Neurológicas
- Fracturas

A pesar de todo ello, podemos considerar que el Fórceps, si está indicado, si reúne las condiciones necesarias y si se realiza adecuadamente, es un procedimiento seguro tanto para la madre como para el feto.

[...]

Las complicación (sic) que presentó el recién nacido asociada al período expulsivo prolongado es la notificada en el resumen clínico como asfixia perinatal. Como se ha comentado con anterioridad en el presente dictamen, [Persona Agraviada D] ingresó y asimismo (sic) durante su trabajo de parto en fase activa no se notificaron datos de



sufrimiento fetal, por lo que se infiere que si se hubiera diagnosticado la desproporción cefalopélvica oportunamente y por consecuente se realizara la cesárea antes del período expulsivo las probabilidades de presentar complicaciones médicas hubieran sido menores.

[...]

En la nota de egreso del recién nacido de manera textual se notificó lo siguiente: "se envía a centro de rehabilitación Gaby Brimmer, para estimulación temprana ante posibles secuelas neurológicas a mediano y largo plazo secundarias a asfixia perinatal".

En el expediente proporcionado no obra evidencia de notas de rehabilitación en las cuales se mencionen cuáles fueron las posibles secuelas neurológicas a mediano y largo plazo, por lo que se sugiere se obtengan dichas notas o en su caso sea valorado por un médico especialista para que se le realice una valoración médica orientada a las posibles secuelas neurológicas y así poder establecer un diagnóstico certero.

Por lo que, con lo observado en el expediente proporcionado no es posible establecer las secuelas médicas que pudiera padecer el recién nacido

[...]

V. Conclusiones:

[...]

2.- La atención médica que recibió [Persona Agraviada D] respecto a la atención para un parto por vía vaginal no fue oportuna ya que se prescribió oxitocina de una forma rutinaria y también en el expediente proporcionado no obra evidencia de los registros de la contractilidad uterina.

3.- Por el diagnóstico de desproporción cefalopélvica que otorgaron en la nota prequirúrgica se puede decir que sí existió dilación para determinar si requería parto o cesárea.

4.- No se realizaron los estudios suficientes para determinar el procedimiento de parto vía vaginal y/o cesárea.

[...]

6.- Al momento del ingreso de la [Persona Agraviada D] al Hospital General Enrique Cabrera no presentó sintomatología que orientara a alguna alteración médica que fuera meritoria de ser intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, haciendo énfasis en que por el diagnóstico de desproporción cefalopélvica sí requería que se le realizara la cesárea, si bien no de manera inmediata, si antes del período de expulsión.

[...]

8.- Por el diagnóstico de desproporción cefalopélvica el uso del fórceps estaba contraindicado, por lo que no era necesaria dicha maniobra.

9.- Las probabilidades de presentar complicaciones médicas fetales hubieran sido menores de haberse realizado la cesárea antes del período expulsivo.

10.- La [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] fue atendido de forma adecuada y suficiente en relación a las complicaciones que presentó (paro cardíaco y caput succedaneum).

[...]

11. Valoración de impactos psicosociales de 4 de mayo de 2017, emitida por especialistas de la Dirección de Atención Psicosocial de la Dirección General de Quejas y Orientación de esta Comisión, que señala lo siguiente:

[...]

Sistematización de los hechos

TIPO DE VIOLENCIA	PERSONA QUE EJERCE LA VIOLENCIA	FRASES SIGNIFICATIVAS (VI=VÍCTIMA INDIRECTA, VD= VÍCTIMA DIRECTA)
EL PERSONAL DE SALUD HACÍA COMENTARIOS IRÓNICOS, DESCALIFICADORES O EN TONO DE CHISTE ACERCA DE SU COMPORTAMIENTO	ENFERMERA PASANTE	"No grite, no grite" "Ya sabía a lo que venía" "Para que se embarazan tan jóvenes"
FUE DIFÍCIL O IMPOSIBLE PREGUNTAR O MANIFESTAR SUS MIEDOS O INQUIETUDES PORQUE NO LE RESPONDÍAN O LO HACÍAN DE MALA MANERA	GINECÓLOGO	Al sugerir la cesárea la mamá de la agraviada el doctor señaló que él lo haría como pensaba que iba a ser conveniente, y si no se necesitaba cesárea lo harían por parto natural.
TACTOS VAGINALES REITERADOS Y REALIZADOS POR DIFERENTES PERSONAS	PASANTES	"Me realizaron el tacto muchas veces" "No te quejes, no te quejes, esto se te tiene que hacer"
SE LE IMPIDIÓ EL CONTACTO INMEDIATO CON SU HIJA/O RECIÉN NACIDO ANTES DE QUE SE LO LLEVARA EL NEONATÓLOGO PARA CONTROL	MÉDICO	"Estaba la anestesióloga y le pregunté por la [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] y no me dijo nada, ya después cuando volví a despertar le pregunté a un enfermero que estaba en la parte de abajo (sic) le dije qué mi [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] y me dijo que no me podía dar informes"

		que hasta que me subieran a piso y cuando me subieron a otra enfermera le volví a preguntar y me dijo que no podían dar informes hasta que entrara mi familiar".
DILACIÓN EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	MÉDICO	"Ya después de ahí me pasaron a una camilla pero nos tenían como a varias en el pasillo y pues no nos atendían, hasta que yo me empecé a quejar más, estaba gritando". "no me querían atender hasta que mi mamá tuvo que ir hablar (sic) con el director y este ya me pasó el doctor y este pero fue como que se molestó"

[...]

Conclusiones

[...] se presentan las afectaciones psicosociales que presenta [Persona Agraviada D] en relación con los eventos que experimentó a partir de los hechos ocurridos en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México:

1. A partir de la entrevista realizada a [Persona Agraviada D], respecto a los hechos vividos durante la atención médica del parto y el nacimiento de su hijo, es importante señalar que, existían factores psicosociales que afectaron el estado emocional de [Persona Agraviada D] como son calidad en la relación con su mamá y con el papá de su hijo, respecto a la preparación para el parto, ella tenía una expectativa positiva respecto a la atención que recibiría en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, refirió que recibió seguimiento médico en su centro de salud y al ser referida consideró que *"ahí era muy bueno, que tenía buen servicio"*. Esta expectativa, sin embargo, contrastó con la atención recibida, la cual se caracterizó por procedimientos en los cuales no se tomó en cuenta a [Persona Agraviada D] en diferentes momentos del proceso, documentándose las siguientes acciones: ser objeto de comentarios irónicos o descalificadores a cerca (sic) de su comportamiento durante el proceso de parto, fue criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto. Le fue difícil preguntar o manifestar miedos e inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera, se le impidió estar acompañada por alguien de su confianza, administración de medicamentos con el objetivo de "apurar" el parto, realización de tactos vaginales repetidos por diferentes personas, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, se le impidió el contacto con su hijo una vez nacido.

En particular es relevante señalar dos aspectos: que la actitud de los médicos derivó en la dificultad para exponer sus dudas y necesidades, al punto que tuvo que intervenir su madre con el director del hospital para ser atendida, y la falta de una persona de confianza a su lado, estos aspectos son relevantes dado el potencial riesgo de

complicaciones que la atención del parto conllevaba al transcurrir el tiempo de atención, el uso de fórceps y la programación de cesárea de urgencia, todo lo cual solo hizo incrementar el estrés que esta situación produjo en [Persona Agraviada D], de tal manera que todo ello lo vivió como una experiencia traumática que representó un fuerte nivel de estrés, en el cual fue particularmente relevante la falta de información oportuna respecto a su situación de salud y la de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], lo cual generó sentimientos de incertidumbre y de encontrarse tanto ella como aquel en una situación de peligro inminente. Por ello podemos concluir que [Persona Agraviada D] estuvo expuesta a situaciones que comprenden violencia obstétrica, la cual se define como *"toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia"*, forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres [...] y que es un producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

2. La experiencia de atención del parto y nacimiento de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], dadas las características señaladas anteriormente, ha derivado en una serie de impactos psicosociales relevantes para la vida de [Persona Agraviada D]. En primer lugar se documentaron impactos en su estado psicoemocional, dado que al momento de la evaluación presentaba síntomas de depresión y ansiedad, incluso se pudo documentar un nivel "moderado" de depresión, el cual se caracteriza por la presencia de tristeza, llanto, enojo, irritabilidad, sentimientos de inseguridad, dificultad de concentración, autocrítica, inseguridad y nerviosismo. Así mismo, desarrolló síntomas de estrés postraumático los cuales aún presenta de forma atenuada en la actualidad, en particular sueños o pesadillas angustiantes, encontrarse en alerta constante, dificultad para dormir, recuerdos que generar ansiedad y no poder recordar partes importantes del suceso. A esto se debe agregar la presencia de afectaciones psicofísicas, en particular síntomas dolorosos en espalda y cabeza, los cuales sin embargo no se han atendido, pero afectan su calidad de vida. Estos síntomas, y esta forma de vivir la experiencia a su vez derivaron en una afectación en el estilo de relación materno-filial de características ansiosas, en el que ella se percibe en alerta constante dado que le preocupa que su hijo pudiera enfermar de manera sorpresiva y que ella no pueda estar al pendiente de él, lo cual le ha generado inseguridad y ha impedido que retome su vida cotidiana, dedicando todo el tiempo al cuidado de su hijo y a realizar algunas actividades de limpieza en su hogar. Esta situación incluso se extendió al resto del grupo familiar, lo cual generó (sic) conflictos dado que [Persona Agraviada D] consideró que la preocupación de sus padres por la salud de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] limitaba su ejercicio de la maternidad, decidiendo incluso abandonar el hogar de su familia nuclear durante 3 meses. Así mismo, derivado de ello y debido a la dificultad para reintegrarse a la actividad laboral se documentaron afectaciones en las esferas económica y laboral que tienen impacto en la calidad de vida familiar.
3. Derivado de la valoración de impactos psicosociales realizada, podemos señalar que los impactos referidos con anterioridad en [Persona Agraviada D], están estrechamente relacionados con los eventos de violencia obstétrica de los que fue víctima y a las consecuencias físicas y psicoemocionales que se derivaron de la misma, tanto en ella como en su menor hijo, pues las acciones de violencia que se documentaron respecto a la atención recibida, han sido documentadas por literatura especializada en el tema, como características de una experiencia traumática que puede generar un síndrome de estrés postraumático. En la actualidad el hecho de que [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1] haya sobrevivido y su salud se haya mantenido estable, así como la



calidad de apoyo que ha percibido de su familia y la oportunidad de mejorar la relación con su mamá, así como el compartir la noticia con el papá de [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], son aspectos psicosociales que le han brindado soporte emocional, sin embargo todavía es motivo de incertidumbre el saber si los procedimientos médicos pudieron generar alguna secuela en [Persona Agraviada entonces Recién Nacida D1], lo cual es a la fecha la principal fuente de incertidumbre para [Persona Agraviada D].

V. Anexo 5

Expediente CDHDF/III/122/MC/16/D4754

Personas agraviadas: [Persona Agraviada E]

1. Nota inicial de urgencias de 11 de junio de 2016, elaborada por la Médico Lilia Vargas Hernández, adscrita al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESACDMX), la cual obra en el expediente clínico [...] de la que se desprende lo siguiente:

[...] 06:44 horas [...]

Resumen de Interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental

[...] embarazo de 32.3 SDG + cefalea, [...] cefalea temporoparietal 10/10 desde las 02:00 am, niega acúfenos y fosfenos, [...] ROTS +++, edema tercio inferior, BD 110/80 mmHg, BI 130/80 mmHg, [...] 89,900 kgs, 1.68 cm [...] acude sin familiar

[...]

Plan de Manejo

[...]

4.- PSS

[...]

8.-curva de ta (sic) con horario, anotando en hoja especial. [...]

2. Nota de ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica de 11 de junio de 2016, suscrita por el Médico Especialista en Gineco-obstetricia Pascual Narciso Merlín Marín, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], en la que señala lo siguiente:

[...] 07:50 horas [...]

APER: [...] control prenatal en 4 ocasiones, a partir del 3º mes de la gestación en centro de salud, [...] Refiere haber cursado con IVU y cervicovaginitis desde el tercer mes [...] Refiere haber cursado con amenaza de aborto la semana pasada (desconoce tratamiento) [...]

[...]

ANÁLISIS: [...] es ingresada por cifras tensionales altas y datos de vasoespasmo; refiere antecedentes de preeclampsia. Por lo que se sospecha de enfermedad hipertensiva. Motivo por el cual se espera resultados de Laboratorio de ingreso y se inicia esquema de madurez pulmonar.

IDX: secundigesta/nulipara (cesárea previa no reciente) + Embarazo de 32.3 SDG x FUM tipo I + Sin trabajo de parto + a descartar enfermedad hipertensiva. [...]

3. Nota de evolución en la Unidad Tocoquirúrgica de 11 de junio de 2016, suscrita por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Pascual Narciso Merlín Marín, adscrito al Hospital Materno Infantil



Magdalena Contreras de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], que indica lo siguiente:

[...] 09:30 horas [...]

P. Se trata de la [Persona Agraviada E] de 26 años [...] con embarazo de 33.4 SDG [...]

[...] sin trabajo de parto más enfermedad hipertensiva a clasificar, se inicia esquema de antihipertensivos, madurez pulmonar y en espera de resultados de lab., [...] se solicita traslado a tercer nivel de atención.

[...] EGO: aspecto turbio, pH 6.5, leucos 500, cel epiteliales 10-12x camp, cristales de ácido úrico moderado, Bacterias (sic) moderadas, Proteínas Negativas.

[...]

Pronóstico: malo para el producto/reservado para la madre. [...]

4. Indicaciones médicas de 11 de junio de 2016, suscritas por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Pascual Narciso Merlín Marín, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESACDMX, las cuales obran en el expediente clínico [...], de las cuales se advierte:

[...] 09:30 horas [...]

6.- Nifedipina 10 mg SL en caso de TA diastólica igual o mayor a 110 mmHg.
AMD 500 mg VO c/8 horas.
Hidralazina 10 mg IV c/6 horas.
DFH 250 mg IV (dosis inicial) continúa 8 mg IV c/8 horas. [...]
Dexametasona 16 mg IV (dosis inicial) continúa 8 mg IV c/8 horas.

[...]

Cefotaxima 1 gr IV c/8 horas

[...]

Solicitar traslado a tercer nivel [...]

5. Nota de evolución/egreso de la Unidad Tocoquirúrgica a hospitalización de 11 de junio de 2016, suscrita por el Médico especialista en Gineco-obstetricia Edgar Arellano, adscrito al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], de cuyo contenido se desprende lo siguiente:

[...] 19:00 horas [...]

[...] diagnóstico de hipertensión gestacional, se ha descartado preeclampsia. [...] con infección de vías urinarias [...] Ha estado en manejo con antihipertensivos intravenosos y vía oral, ha alcanzado cifras tensionales normales. [...] Se observa bienestar fetal al realizar registro cardiotocográfico el cual resulta categoría 1.



[...] A pesar de que se ha buscado el traslado a tercer nivel de atención no se ha conseguido [...]

6. Nota postquirúrgica de 13 de junio de 2016, suscrita por el Médico Mauro Martínez Ramos, adscrito al área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Hospital Emiliano Zapata de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], en la que señala lo siguiente:

[...] 13:50 horas [...]

[...] Qx programada: Cesárea tipo Kerr + Oclusión Tubaria Bilateral. Qx realizada: Cesárea tipo Kerr + Oclusión Tubaria Bilateral. [...]

7. Nota médica de valoración del recién nacido e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de 13 de junio de 2016, suscrita por la Médico Especialista en Neonatología Daniela Alejandra Nava Salgado, adscrita a la Clínica Hospital Emiliano Zapata de la SEDESACDMX que obra en el expediente clínico [...] del hijo de la [Persona Agraviada E], de cuyo contenido se desprende lo siguiente:

[...] 14:00 horas [...]

[...] Paciente que se acepta de traslado (sic) de Magdalena Contreras por servicio de GO, (se reporta que no hay surfactante en el Hospital), ya que presenta preeclampsia severa [...]

IDX: Recién nacido masculino de 31 SDG con peso adecuado/ Síndrome de dificultad respiratoria moderado a leve/ Descartar déficit de surfactante/ Riesgo de sepsis por cervicovaginitis materna activa/ Vigilancia metabólica.

Paciente que se ingresa por presentar prematurez de 31 SDG, así como dificultad respiratoria a descartar déficit de surfactante [...] a valorarse fase II o III de ventilación y aplicación de surfactante (en este momento no hay en el hospital), inicio antibiótico a dosis ponderales por CVV materna activa [...] impregnamos con metilxantina [...]

8. Formato de sistema de referencia y contrarreferencia de 13 de junio de 2016, suscrito por el médico Ramón Antonio Esquivel Herrera, adscrito al área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Hospital Emiliano Zapata de la SEDESACDMX, el cual obra en el expediente clínico [...], que señala lo siguiente:

[...]

Unidad que refiere: Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.
Unidad a la que se refiere: Hospital General Emiliano Zapata.

[...]

[...] la cual cursa con infección de vías urinarias, cuenta con inducción de maduración pulmonar con Betametasona ya completado y la cual se estuvo manejando con 250 mg de alfametildopa cada 6 horas y hidralazina 30 mg VO cada 8 horas, la cual presenta TA 160/110 mmHg, sin datos de vasoespasmo por lo que se inicia manejo con captopril 25



mg VO (...) Cuenta con laboratorios [...] leucos en EGO de 14-16 x campo, proteínas negativo (...) se solicita su referencia a unidad que cuente con UCIN.

[...]

Impresión diagnóstica: Secundigesta + Nulipara + embarazo de 32.5 SDG a descartar restricción del crecimiento intrauterino + sin trabajo de parto + Obesidad. [...]

9. Formato de consentimiento informado de la usuarias de anticoncepción post evento obstétrico y planificación familiar de 13 de junio de 2016, suscrito por la [Persona Agraviada E] del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESACDMX, el cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende:

[...]

Hago constar que la o (el) -----Dra. Lilian [...] Mtz. Álvarez (sic)

[...]

Me proporcionó la información y la orientación (Consejería) según la NOM- 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar en el numeral , relacionada con los métodos anticonceptivos temporales, de larga duración (LARC), de Barrera y los definitivos así como me informaron de las ventajas, beneficios y los riesgos [...]

Por lo anterior hago constar que es mi decisión libre, voluntaria, consciente e informada el aceptar el uso del método anticonceptivo elegido por mí y que nadie me forzó a tomar la decisión.

2 tiras preservativos [...]

10. Formato de consentimiento informado de anticoncepción post evento obstétrico y planificación familiar de 13 de junio de 2016, suscrito por la [Persona Agraviada E], el esposo de la [Persona Agraviada E], el médico y/o enfermera que proporcionó el método anticonceptivo [nombre ilegible] y por el médico Erick Rivera Tierrablanca, adscrito a la Clínica Hospital Emiliano Zapata de la SEDESACDMX, el cual obra en el expediente clínico [...] e indica lo siguiente:

[...]

Me proporcionó la información y orientación de acuerdo a la NOM-005-SSAS-1993 [...] relacionado con los métodos anticonceptivos temporales y definitivos; además me explicaron los efectos adversos y los riesgos que pueden presentarse secundario a la colocación:

[...]

4.- Métodos definitivos; la Oclusión Tubaria Bilateral [...]

[...]

Por lo anterior, hago constar que es mi decisión libre, voluntaria, consciente e informada [...] y que por lo tanto decido utilizar: Oclusión tubaria bilateral.

11. Solicitud y registro de intervención quirúrgica de 13 de junio de 2016, suscrita por el Médico Mauro Martínez Ramos, adscrito al área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Hospital Emiliano Zapata de la SEDESACDMX, la cual obra en el expediente clínico [...], de donde se desprende lo siguiente:

[...] Se obtiene producto único, vivo que llora y respira al nacer a las 12:55 horas, (...) peso 1300 grs, Apgar 7/9, Capurro 31 SDG, sin malformaciones aparentes o traumatismo, placenta pequeña [...]

12. Nota de alta voluntaria de 14 de junio de 2016, suscrita por el esposo de la [Persona Agraviada E] y dos testigos, la cual obra en el expediente clínico [...] de la Clínica Hospital "Emiliano Zapata", de la cual se advierte lo siguiente:

[...] hago constar que relevo de toda responsabilidad al Cuerpo Médico, Enfermeras y en general a todo el personal de este Hospital, así como a la institución.

[...]

13. Acta circunstanciada de 8 de septiembre de 2016, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, mediante la cual se hizo constar la comparecencia de la [Persona Agraviada E], en las instalaciones de esta Comisión, de la que se desprende que:

[...]

Se encuentra casada con [...] con quien tiene un hijo [...] de 7 años de edad.

Su esposo se desempeña como albañil y rentan un cuartito en la casa de sus abuelos. Cuenta con el Seguro de Gratuidad y el Seguro Popular.

En relación con su primer embarazo, en este llegó a pesar 110 kilogramos y llegó hasta semana 41. Aclaró que cuando se le realizó cesárea tuvo preclamsia. Posterior a ese embarazo no padeció de hipertensión arterial.

El método anticonceptivo que se colocó posterior a este embarazo fue un dispositivo (DIU); sin embargo, aún y cuando se estuvo monitoreando el mismo, resultó embarazada este año 2016.

Este último embarazo recibió control médico en el Centro de Salud Nayaritas, donde la atendía la doctora ginecóloga [...]. Durante su embarazo no se le encontró ninguna enfermedad (no presión alta, diabetes, entre otras), pero presentó varias infecciones vaginales fuertes, las que fueron combatidas con diversos medicamentos. Subió aproximadamente 6 kilogramos, por lo que pesaba 82 kilogramos.

El 4 de mayo de 2016, acudió a la Clínica particular [...] en donde se le practicó un ultrasonido y se le indicó que el [producto] se encontraba en perfectas condiciones. Ese diagnóstico lo revisó la doctora de dicho Centro de Salud, y le dijo que su embarazo se encontraba sano.

Sin embargo, el 10 de junio por la madrugada, comenzó con fuertes dolores de cabeza, por lo que, el 11 de junio de 2016, sola, acudió al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, donde se le tomó la presión arterial y al ver que se encontraba alta, fue llevada de forma inmediata al área de Urgencias, donde se le colocó un suero y medicamento. Aclaró que contaba con 32 semanas de embarazo.

Hasta las 20:00 horas fue revisada nuevamente por una doctora, quien le indicó que tenía la presión arterial muy alta, por lo que le fueron suministrados varios medicamentos (ignora cuales), pero su presión continuó alta. Además, midieron (con un aparato) los latidos cardiacos del [producto] y le indicaron que éstos se encontraban normales.

En cuanto se estabilizó su presión arterial, fue llevada a piso (12 de junio), donde le dejaron de forma permanente un aparato que medía su presión. Un médico le indicó que al día siguiente sería dada de alta.

Sin embargo, por la mañana (aproximadamente las 07:00 horas) del 13 de junio de 2016, un doctor, del cual ignora su nombre, le indicó que nuevamente su presión arterial se encontraba alta, y "de forma fuerte le preguntó que si sabía porqué se encontraba así, ella respondió que no, y él le dijo por tu obesidad".

De forma inmediata se le practicó un ultrasonido y sin explicación médica se le indicó que sería trasladada a otro hospital, ella preguntó al médico por la salud de su [hijo], pero no le respondió cómo se encontraba este.

Unos minutos más tarde, fue subida en una ambulancia, en la cual ya se encontraba su esposo, este le comunicó que en ese nosocomio no había los aparatos médicos necesarios para brindarle atención a ella y a su [hijo], por lo que fue trasladada a la Clínica Hospital Emiliano Zapata.

Aproximadamente a las 11:00 horas llegó a esa Clínica, en donde un médico (ignora su nombre) le preguntó que si sabía porque había sido trasladada a ese lugar, ella dijo por qué en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras no tenían aparatos para atenderla a ella y a su [hijo], y el doctor, de forma burlona dijo "A (sic) chinga pero si ese es un hospital para atender urgencias en materia de maternidad" y le dijo estás aquí porque tú (sic) [hijo] tiene poco líquido amniótico por lo que se encuentra en riesgo, por lo que te practicaré cesárea de forma inmediata. Fue pasada a quirófano, donde un médico anesthesiologo le colocó la inyección en la raquea, por lo que únicamente fue sedada de la cintura de su cuerpo y hacia abajo.

Escuchó (12:30 horas) el llanto de su [hijo] [...] el médico cirujano dijo "no te aferres a tú (sic) mamá quédate aquí con vida", se lo acercó para que lo besara, y escuchó que el médico dijo que lo entubarían y lo colocarían en una incubadora. Estuvo en recuperación aproximadamente 3 horas. Le colocaron nuevamente medicamentos para la presión arterial alta pero esta no disminuía.

Su esposo la visitó y le dijo "gordita voy a ir a ver [nuestro hijo]", pero una enfermera de forma preocupada le dijo no, usted quédese aquí con su esposa. Sin embargo, ningún médico le explicaba cómo se encontraba su hijo y mucho menos se le permitió verlo. Por ello, y con la finalidad de poder ver a su [hijo], decidió darse de alta de forma voluntaria,

pero cuando salió de ese nosocomio, su esposo le dijo "tienes que ser fuerte, sólo Dios sabe porque pasan así las cosas, [su hijo] sufrió dos infartos y murió".

Ingresó de forma inmediata a ese nosocomio y se le permitió ver a su [hijo], el que estaba con mangueritas de oxígeno y tenía unos chupones colocados a su pecho. Una enfermera le dijo si rezaban, a lo que ella contestó no. Solicitó la dejaran a solas con su [hijo] y se lo permitieron.

Posteriormente, una trabajadora social le dijo "señora es mejor que se quede internada, para que le controlen la presión arterial", pero ella decidió no quedarse. Hasta que se logró contactar a una funeraria, el cuerpo de su [hijo] le fue entregado, lo velaron y posteriormente fue incinerado.

Hasta la fecha las cenizas de su [hijo] continúan en su vivienda.

En relación a su entorno personal, psicológico, familiar, laboral, social y económico consideraba que existían diversas afectaciones, estas posteriores a la muerte de su [hijo] [...] primeramente porque se sentía muy triste y deprimida, lloraba a ratos cuando recordaba lo vivido, tenía temor de volverse a embarazar, y que nuevamente ocurriera algo malo.

Su hijo [datos personales] no deja de llorar la muerte de su hermano, pregunta constantemente por él.

En relación a su esposo, considera que lo sucedido los unió más como pareja.

A nivel laboral se encuentra distraída y sin ganas de trabajar, además de que ha tenido que emanar gastos de diversos estudios médicos que le han practicado y le faltan por practicarse, pues tiene que revisarle (sic) los niveles de su presión arterial.

No sabe cuándo pasará esa tristeza, y no piensa sacar las cenizas de su hijo de su vivienda.

[Señaló que] desde que llegó al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras [...] no le explicaron su situación médica ni la de su hijo [...]

14. Opinión médica de 28 de febrero de 2017, emitida por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

La [Persona Agraviada E] acude el día 11 de junio de 2016 al HMIMC [Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras] por presentar alteraciones en la tensión arterial, presentando las siguientes tensiones arteriales: BD 110/80 mmHg y BI 130/80 mmHg. Presentando antecedentes de preeclampsia así como un índice de masa corporal de 31, lo cual la clasificaba en obesidad [...]

Cuando el feto es menor de 34 semanas y si las condiciones materno-fetales lo permiten, se opta por el manejo con corticoides y se valorará un manejo conservador. Dicho manejo se debe realizar en un hospital de Tercer Nivel ya que se requiere una vigilancia intensiva del binomio materno-fetal. En el presente caso, el HMIMC intentó

derivar a un hospital de tercer nivel, desde el ingreso de la [Persona Agraviada E] (Ver notas de Trabajo Social del Expediente clínico del HMIMC).

Lo que se observa es que diversas instituciones hospitalarias no pudieron aceptar a [Persona Agraviada E] debido a diversas circunstancias, lo anterior influyó en el acceso a una atención médica de calidad durante las complicaciones del embarazo y posterior parto, lo cual no cumple con lo estipulado en el numeral 4.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico [...]

El HMIMC menciona que es una unidad para atención de Embarazo de Bajo riesgo, ya que no contamos con cunero de transición patológico ni Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [...] El Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 96, fracción I menciona que un Hospital Gineco Obstétrico es: Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de las enfermedades del aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio.

[...] consultando la página de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en el apartado de la descripción del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, no se observa alguna mención respecto a que solo atiende embarazos de bajo riesgo. Y, al ingreso de [Persona Agraviada E] a dicho nosocomio, no se observan constancias de que se le haya informado de la capacidad resolutive de dicho nosocomio. Lo que sí se observa es que en el HMIMC se menciona que tiene capacidad de atención para urgencias obstétricas. Definiendo, una urgencia obstétrica es la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención y entendiendo el periodo perinatal como la etapa que dura (sic) inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

Por lo tanto se desprende que por parte del HMIMC, como institución, no le brinda a [Persona Agraviada E], la información completa sobre la capacidad resolutive de dicho nosocomio. Se acepta la urgencia obstétrica y no es posible darle continuidad ya que no cuenta con los insumos para la atención a las complicaciones del periodo perinatal. Lo cual se contrapone con lo mencionado en la página del HMIMC, en donde se menciona que tiene la capacidad para la atención de urgencias obstétricas. Se observa pues, una falta de recursos a nivel institucional lo cual condiciona una atención médica insuficiente del binomio materno fetal.

[...] No obstante lo anterior, el HMIMC brindó la atención médica adecuada al padecimiento que presentó [Persona Agraviada E].

El [...] 3 de junio [de 2016] es trasladada del HMIMC a la Clínica Hospital Emiliano Zapata (en adelante CHEZ). Ese día en la CHEZ, se realiza el diagnóstico de oligohidramnios. El oligohidramnios se considera como uno de los criterios de severidad y agravamiento de la preeclampsia y con ello se encontraba indicado la interrupción vía operación cesárea del embarazo. Se señala que, la preeclampsia en sí, no es una indicación absoluta de cesárea, más bien es una indicación relativa y queda supeditada a la evolución clínica de la paciente.

La Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, menciona en su numeral 5.7.4 Lineamientos generales para la prescripción de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) al ser un método de carácter permanente, se menciona, en el numeral 5.7.4 de la susodicha norma que se requiere de los siguientes requisitos:

- Un proceso amplio de consejería previa a su realización.
- Firma o huella digital de la usuaria o el usuario o de su representante legal, en el formato "Autorización Quirúrgica Voluntaria y consentimiento informado".
- Valoración del riesgo quirúrgico y, cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento se efectuará en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no existe embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia, en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo intergenésico.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan las indicaciones para seleccionar el método, la edad y paridad de la mujer, no serán factores para restringir el acceso al método.

De lo anterior, se observa que si bien es cierto, existe el formato firmado sobre el Consentimiento Informado de anticoncepción de post evento Obstétrico y Planificación Familiar, se hace la observación que la fecha de realización del documento antes mencionado es del día 13 de junio de 2016; esto es el mismo día de la referencia/traslado del HMIMC a la CHEZ, del establecimiento de la urgencia obstétrica y los criterios de severidad con el oligohidramnios, así como la decisión de realizar una operación cesárea de urgencia por el riesgo al bienestar del binomio materno fetal.[...] se infiere que ese momento, no era el adecuado para brindar una consejería amplia e informada a la [Persona Agraviada E].

Respecto [al hijo de Persona Agraviada E] se observa que es un recién nacido de peso 1300 grs, Apgar 7/9, Capurro 31 semanas de gestación. El servicio de Pediatría evalúa su evolución y menciona que entre los diagnósticos diferenciales, se encuentra una probable deficiencia de surfactante. También refiere que no cuentan con el surfactante en el Hospital [al hijo de Persona Agraviada E] es manejado con metilxantina y es un tratamiento utilizado para el manejo de niños prematuros que presentan apnea.

A pesar de en ese momento no requerir el surfactante, el hecho de no contar con el mismo, predispuso un riesgo a la salud de al hijo de la [Persona Agraviada E], ya que en caso de requerirlo en ese momento, no se le podría haber aplicado de manera oportuna por la falta del insumo en la CHEZ. Posteriormente, el día 14 de junio de 2016, se le aplica la dosis de surfactante debido a las condiciones clínicas; sin embargo, al momento de la intubación presenta bradicardia la cual en estos casos, es producida por el reflejo vagal secundario a la hipoxia o a la estimulación mecánica de la faringe y laringe o por fármacos como los mórficos, el propofol o el suxametonio utilizados durante la inducción. Presentó una buena respuesta al manejo médico.

[...]

En este caso, es de importancia señalar que el hijo de la [Persona Agraviada E] fue prematuro de 31 semanas de gestación, lo cual establece un recién nacido muy prematuro, lo que en sí incrementa la morbi mortalidad del mismo [...]

VI. CONCLUSIONES

[...]

4.- De acuerdo a lo discutido en el presente informe, el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras es un nosocomio que presenta en su ficha descriptiva (consultada en la página de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México), es un hospital con capacidad de resolver urgencias obstétricas. Definiendo, una urgencia obstétrica es la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención, lo cual en este caso no se pudo brindar debido a que en el Hospital Materno Infantil no contaban con insumos para la atención perinatal del hijo de [Persona Agraviada E].

[...] el Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica que fue publicado en diciembre de 2016, Dirección General De Calidad y Educación En Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud, se menciona como un criterio mayor y necesario para la acreditación de la calidad de un Hospital Materno Infantil la presencia de Personal médico de Pediatría (Terapia intensiva pediátrica).

Cabe mencionar que dicho proceso de acreditación fue establecido meses después de los hechos discutidos en el presente informe.

5.- La oclusión tubaria bilateral (OTB) es reversible y su tasa de éxito dependerá de la técnica utilizada, observando los siguientes porcentajes de éxito: Las tasas de embarazo varían dependiendo del método de esterilización, observándose de 86% con clips de Hulka, 78-87% con el uso de anillo de Fallope, 59-83% para electrocoagulación, 56-81.8% para la técnica de Pomeroy, y las tasas más bajas en fimbriectomía con 14%

6.- El traslado a la Clínica Hospital Emiliano Zapata no fue oportuno ya que se requirió desde el momento del ingreso de la [Persona Agraviada E], sin embargo, dicho traslado no fue aceptado por diversos hospitales.

[...]

8.- [...] Se observa que el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras no ofrece en su página de internet ni en el consentimiento informado de ingreso, que sea un Hospital destinado a la atención de embarazos de bajo riesgo, por lo que al ingreso de la [Persona Agraviada E] a Hospitalización en dicho nosocomio, no contó con toda la información pertinente para la toma de una decisión, lo cual no se encuentra de acorde a lo señalado en el apartado de Salud y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud.

[...]

10.- Respecto al tema de la OTB, se observó en el expediente clínico que la decisión fue tomada justo el día del traslado e ingreso de la [Persona Agraviada E] de Magdalena Contreras a la Clínica Hospital Emiliano Zapata. Así como en el momento en el que se le informa que será una cesárea de urgencia ya que se encuentra en riesgo el binomio materno fetal. La Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, menciona en su numeral 5.7.4, menciona (sic) que para ofrecer la OTB, se debe brindar previamente, un proceso amplio de consejería. Cuestión que por las circunstancias mencionadas, se observa difícil que haya existido el entendimiento pleno de la [Persona Agraviada E] respecto de dicho procedimiento. Se sugiere la valoración psicológica de la [Persona Agraviada E] para poder establecer si comprendió el resultado de su decisión y si se encontraba consciente de su decisión en el contexto antes mencionado.

15. Valoración de impactos psicosociales de 28 de abril de 2017, de la [Persona Agraviada E], emitida por especialistas de la Dirección de Atención Psicosocial de la Dirección General de Quejas y Orientación de esta Comisión, que señala lo siguiente:

[...]

Sistematización de los hechos

TIPO DE VIOLENCIA	PERSONA QUE EJERCIO LA VIOLENCIA	FRASES SIGNIFICATIVAS (VI=VICTIMA INDIRECTA, VD= VICTIMA DIRECTA)
EL PERSONAL DE SALUD HACIA (SIC) COMENTARIOS IRÓNICOS, DESCALIFICADORES O EN TONO DE CHISTE ACERCA DE SU COMPORTAMIENTO	PERSONAL DE ENFERMERÍA	"Ay! señora parece farmacia, por todos los medicamentos que le metieron" "El doctor me preguntó si sabía porque me encontraba así, le respondió que no, y él me dijo por tú (sic) obesidad"
FUE DIFÍCIL O IMPOSIBLE PREGUNTAR O MANIFESTAR SUS MIEDOS O INQUIETUDES PORQUE NO LE RESPONDÍAN O LO HACÍAN DE MALA MANERA	PERSONAL MÉDICO	"Se me dificultaba preguntar, porque el doctor se veía como enojado y cuando preguntaba por mí [hijo], no me contestaban, me ignoraban" "Nunca hubo una respuesta concreta, nunca me dijeron que mi hijo estaba mal, siempre me dijeron que todo está bien, que ya me iba a ir." Después que nació mi [hijo], al realizarme los puntos, empecé a sentir dolor cuando me estaban cociendo, le dije al doctor que me dolía,



Recomendación: 7/2017

		<i>respondiéndome que me aguantara un poco, pues ya casi terminaba"</i>
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SIN AUTORIZACIÓN	PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PERSONAL MÉDICO	<i>Le realizaron rasurado de genitales.</i>
SE LE IMPIDO (SIC) ESTAR ACOMPAÑADA POR ALGUIEN DE SU CONFIANZA	PERSONAL MÉDICO	<i>"Los doctores dejaron entrar a mi esposo después del parto"</i>
PRESENCIAR EL MALTRATO A OTRAS MUJERES EMBARAZADAS O EN TRABAJO DE PARTO	PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA	<i>"Pues en el primero en el Magdalena Contreras, les gritaban feo no, pero sí, no las pelaban, pero ya cuando tenían bastante de dilatación es cuando las pelaban el doctor iba para ver y las llevaban a quirófano"</i>
DILACIÓN EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA	<i>"No me tomaron la presión hasta que le dije a la enfermera que me sentía muy mal que sentía que los ojos se me salían los ojos (sic) de la cara, me tomó la presión y fue a buscar al doctor, lo levantó, estaba dormido, hasta al final del cuarto se levantaba se iba peinando le dije que me dolía mucho que sentía que los ojos se le (sic) salían me dolía mucho, me dijo le voy a tomar la presión y le dice a la enfermera póngale este y este (refiriéndose a los medicamentos), después en la noche, cuando ingrese (sic) en la mañana y no hicieron más"</i>

		"De las 8 de la mañana a las 7 de la noche"
[...]	[...]	[...]

[...]

Conclusiones

[...] se presentan las afectaciones psicosociales que presenta [Persona Agraviada E] en relación con los eventos que experimentó a partir de los hechos ocurridos en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (sic). Clínica Hospital Emiliano Zapata:

1. A partir de la entrevista realizada a la [Persona Agraviada E], respecto a los hechos vividos durante la atención médica del parto, se logró documentar que estuvo expuesta a situaciones que comprenden violencia obstétrica, la cual se define como *"toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia"*, tratándose de una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, [...] se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud -públicos y privados-, y es un producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género". Entre las acciones documentadas, mediante la entrevista y la aplicación del Test de Violencia Obstétrica, se encontraron las siguientes: recibir comentarios irónicos y descalificadores en torno a su persona, en particular sobre su imagen corporal, lo cual tiene repercusiones específicas que señalaremos más adelante; se le realizaron procedimientos médicos sin su consentimiento, como el rasurado de genitales y el no administrarle la suficiente anestesia durante la sutura de cierre de la herida quirúrgica; le fue difícil preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes debido a que no le respondían o lo hacía de mala manera, así como ser testigo del maltrato a otras mujeres que también se encontraban en labor de parto, lo cual incremento (sic) su sensación de miedo e incertidumbre respecto (sic) a su situación de salud y la de su [hijo]; se le impidió estar acompañada de alguien de su confianza y se le dio la indicación de permanecer acostada todo el tiempo, así mismo considera que existió dilación en intervenciones o procedimientos médicos.
2. En relación a los hechos, la [Persona Agraviada E] ha vivido tres momentos significativos: a) su embarazo, b) hospitalización y c) la muerte de su [hijo]. Actualmente se encuentra en un proceso de duelo [...] Este proceso de duelo ha generado una serie de secuelas psicosociales que pudieron ser documentadas en la presente valoración. Respecto a los impactos en su estado psicoemocional, a 10 meses de la muerte de su hijo la [Persona Agraviada E] presenta sintomatología depresiva moderada, con la presencia de pesimismo, llanto, agitación y desvalorización de su persona; además de la presencia de síntomas ansiosos, predominantemente con la presencia de miedo a perder el control y dificultad para relajarse. En este sentido es importante señalar que a diferencia de un duelo normal, en el que la muerte es vivida como una experiencia integrada al ciclo vital, las intervenciones obstétricas inadecuadas y la percepción de una atención inadecuada del parto generan en la madre la vivencia de que el parto fue una experiencia traumática que pone en riesgo su integridad física y la de su [hijo], lo cual puede desencadenar una respuesta sintomática de gravedad suficiente para requerir atención psicológica y médica.

La [Persona Agraviada E] se encuentra en un proceso de duelo, como respuesta normal a la pérdida vivida, sin embargo existen factores que indican el riesgo de un duelo complicado, al tener mayor presencia de sentimientos depresivos y de culpa; de acuerdo a la valoración realizada y a los resultados obtenidos en la escala de duelo perinatal, predominan emociones negativas, relacionadas con los sentimientos de culpa, al sentirse responsable por la muerte de [su hijo], debido a los comentarios realizados por el personal que la atendió, así como su deseo de que su hijo no sufriera en caso de nacer con una secuela, sentimientos que suelen ser un factor que influyen claramente en la intensidad del duelo perinatal.

Por otra parte, los actos (sic) violencia a los que estuvo expuesta la [Persona Agraviada E], generaron impactos psicosociales en otros ámbitos de su vida, dado que los hechos de violencia obstétrica que experimentó y el fallecimiento de su hijo, han sido un evento traumático que ha generado un impacto negativo también en su entorno familiar y social, las cuales se señalan a continuación: impactos en su dinámica familiar, pues si bien señaló mejoría en la relación con su pareja, se modificaron sus expectativas de cambio de domicilio, se generaron recriminaciones hacia ella por parte de su hijo y conflictos con su pareja debido a la diferente forma de expresar su sufrimiento por la pérdida (sic) y la forma de afrontarla; aunado a esto se identificó la probable afectación psicoemocional de la pareja de la [Persona Agraviada E] y de su madre, así como la afectación, ya evaluada y en proceso de atención, de su hijo; esta situación ha generado problemas de comunicación al interior del grupo familiar. Por otra parte, debido a la pérdida de empleo y a la necesidad de recurrir a contraer deudas para solventar los gastos funerarios, se documentaron afectaciones en las esferas económica y laboral que tienen impacto en la calidad de vida familiar. Otro aspecto relevante es la afectación en su vida reproductiva ya que durante la cesárea autorizó que se le realizara la cirugía Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), sin embargo, dado lo ocurrido con su hijo ha considerado la posibilidad de ejercer nuevamente su maternidad situación que le genera inseguridad y miedo ante la posibilidad de volverse a embarazar y vivir nuevamente la experiencia derivada de los hechos referidos. Todo ello conlleva la afectación de su marco de creencias básicas de seguridad y confianza en sí misma y en los otros, en particular los servicios de salud y el personal sanitario.

En contraste a lo anterior, la [Persona Agraviada E] ha desarrollado respuestas de afrontamiento activo de la pérdida (sic), iniciando denuncias que tienen como objetivo la búsqueda de justicia y el esclarecimiento de los hechos.

3. De la valoración psicosocial, se observó que los impactos psicosociales detectados en la [Persona Agraviada E], están estrechamente relacionados con los eventos de violencia obstétrica de los que fue víctima, ya que la forma en que se experimente el proceso de parto impactará de manera positiva o negativa en las dimensiones psicosociales que implica este proceso para la mujer. En el caso de [Persona Agraviada E] el proceso de parto fue vivido con sentimientos de inseguridad, impotencia, miedo, incertidumbre, enojo y tristeza. Al ser la muerte de su [hijo], una situación inesperada, ocasionó un impacto y dolor emocional, que se ha documentado agrava la sensación de inseguridad, genera miedo y ansiedad, afectando el proceso de autoestima, identidad y entorno familiar.

Por otra parte, se identificaron factores contextuales que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología, en particular el proceso de duelo familiar, particularmente por las afectaciones que percibe en su hijo y la dificultad para compartir emociones con su

esposo. Asimismo existen factores que explican la no presencia de gravedad en la sintomatología, como son los factores positivos de afrontamiento como la búsqueda de esclarecimiento de los hechos, de las responsabilidades profesionales e institucionales derivadas de las mismas y su iniciativa de denunciar los mismos, así como el apoyo que su núcleo primario de apoyo familiar le proporciona. La configuración de estos factores contributivos, su modificación y el abordaje psicosocial del proceso de duelo en el que se encuentra la [Persona Agraviada E] y su familia, pueden ayudar a afrontar de manera positiva el proceso de duelo por la pérdida y disminuir el impacto negativo que estos tienen en su calidad de vida.

[...]

