

SÍNTESIS DE RECOMENDACIÓN 21/2021

<b>Recomendación N°</b>	<b>21/2021</b>
<b>Autoridades Responsables</b>	Director General de los Servicios de Salud
<b>Expediente</b>	1VQU-0385/2019
<b>Fecha de emisión/</b>	21 de diciembre de 2021
<b>HECHOS</b>	
<p>Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1 y V2 padres de VRN recién nacida, atribuibles a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en relación a la atención médica que recibió con motivo de su tercer embarazo del que se obtuvo recién nacido en trabajo de parto fortuito en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio; sin embargo, al complicarse su estado de salud, perdió la vida al día siguiente de su nacimiento.</p> <p>V1 manifestó que a las 13:30 horas del 15 de junio de 2019, llegó al Hospital del Niño y la Mujer en compañía de su esposo V2, al presentar 39 semanas de gestación, y aun su fecha probable de parto era el 17 de junio de ese año, acudió porque comenzó con dolores inherentes al parto además de sangrado vaginal, por lo que fue ingresada al área de urgencias, posteriormente al verificar que su presión arterial estaba estable la enviaron a la sala de espera hasta que posteriormente fuera atendida.</p> <p>La víctima detalló que en al encontrarse en la sala de espera continuo con contracciones y sangrado, que pasaron como diez minutos cuando le dieron ganas de ir al baño, al encontrarse en los sanitarios se le rompió la fuente, que ingresaron por ella tres enfermeras y la llevan al área de urgencias, que al sentarse en la taza del baño para quitarse la ropa, sintió que salió su bebé, por lo que lo tomó y gritó a las enfermeras, quienes no acudieron de manera inmediata- Que llegaron dos enfermeras, una cortó el cordón umbilical, mientras el doctor observaba desde la puerta del baño.</p> <p>V1 señaló que la enfermera tardó en cortar el cordón umbilical porque las tijeras no servían, posterior a ello, se llevan a VRN (recién nacida) y luego pasa un quirófano para extraerle los residuos de placenta, después de amamantar a su hija le indicaron que le realizarían estudios. Al día siguiente la dieron de alta, y le informaron que VRN se quedara en área neonatal en observación donde se encontraba entubada, y le informaron a V2 que la niña sería trasladada a terapia intensiva porque no recibía el suficiente oxígeno.</p> <p>A las 17:50 horas del 16 de junio de 2019, se les permitió ingresar a pasar a ver a VRN, momento en el que le informan que había fallecido. V1 precisó que en ningún momento le informaron de la gravedad de su hija, ni le informaron a V2, su esposo. En el acta de defunción se asentó que VRN falleció el 16 de junio de 2019 a causa de choque séptico, sepsis temprana, como tipo de defunción natural.</p>	
<b>Derechos Vulnerados</b>	<p><b>A. Derecho a la protección de la salud y a la vida</b></p> <p><b>B. Derecho a la información en los servicios de salud</b></p>
<b>OBSERVACIONES</b>	
<p>De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, cursaba su tercer embarazo quien inició el 15 de junio de 2019, con un diagnóstico de 39.5 semanas de gestación, fue atendida en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en San Luis Potosí, para recibir atención médica, con registro de</p>	

## SÍNTESIS DE RECOMENDACIÓN 21/2021

antecedente de dos partos vía vaginal.

Ahora bien, del informe rendido mediante oficio 003669 de 10 de julio de 2019, se señaló que V1 fue atendida el 15 de junio de 2019, a las 13:09 horas, que fue valorada en el área de valoración TRIAGE, donde refiere la paciente dolor obstétrico, presentando un embarazo de 39.5 semanas de gestación, clasificando con color verde, por lo que a los quince minutos se pasa al consultorio de urgencias para su revisión, paciente de atención prenatal desde el primer trimestre, se le comunicó a V1 que iba ser explorada y que le será puesta ropa hospitalaria para la valoración, sin embargo la paciente refirió que desea acudir al sanitario donde presentó un parto fortuito, solicitando el apoyo al personal de ese hospital, quien acudió de inmediato y procedió a la recepción del producto de sexo femenino quien presentó un peso de 2,755 gramos, con 39.5 semanas, con Apgar de 7/9, registro de nacimiento a las 14:00 horas, se continuo a otorgar atención a VRN.

En el informe referido se asentó que al estar ingresada en cuidados intensivos neonatales se recibe cianótica, mal perfundida con llenado capilar de 5 segundos, frecuencia cardiaca de 100 latidos, se notó con presencia de soplo en mesocardio grado II, quejido audible a distancia, taquipnea, retracción xifoesternal, manejo con cánula 3, cayendo en paro respiratorio, realizándose en maniobras de reanimación avanzada por 20 minutos con 6 dosis de adrenalina, sin presentar mejoría, por lo cual el 16 de junio a las 17:30 horas se declaró la defunción de VRN recién nacida.

Del expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en esta Ciudad Capital, se hizo constar la Nota de evaluación del Triage obstétrico de 15 de junio de 2019, realizado a las 13:08 horas sin nombre de personal médico, en el que se asentó que V1 requería de atención en código verde, indicándose datos de hemorragia escasa, cefalea ausente, sin salida de líquido amniótico, movilidad fetal presente, como se asentó en nota médica de revisión sin firma de personal médico.

El 15 de junio de 2019, a las 14:14 horas, personal médico reportó en nota de historia clínica obstétrica que V1, presentaba 39.2 semanas de gestación, con fecha de ultimo evento obstétrico de 16 de octubre de 2014, con diagnóstico de parto fortuito en el servicio de urgencias, con registro de Glasgow 5, cardio pulmonar sin compromiso, plan de manejo se indicó ingresar a labor de parto.

En este orden de ideas, de acuerdo a lo manifestado a V1, detalló que en al encontrarse en la sala de espera continuo con contracciones y sangrado, que pasaron como diez minutos cuando le dieron ganas de ir al baño, al encontrarse en los sanitarios se le rompió la fuente, que ingresaron por ella tres enfermeras y la llevan al área de urgencias, que al sentarse en la taza del baño para quitarse la ropa, sintió que salió su bebé, por lo que lo tomó y gritó a las enfermeras, quienes no acudieron de manera inmediata- Que llegaron dos enfermeras, una cortó el cordón umbilical, mientras el doctor observaba desde la puerta del baño.

En este contexto, de las constancias que fueron recabadas por este Organismo y que integra el expediente clínico que se integró en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” respecto a la atención médica que recibió V1, se cuenta con evidencias que permiten determinar que a las 13:08 horas del 15 de junio de 2019, fue valorada en el área de TRIAGE, sin recibir una atención adecuada, puesto que después de que paso a sala de espera con código de atención verde, la atención médica no fue oportuna aun y cuando tenía signos de presentar ruptura de membranas (fuente) por lo que era indispensable recibiera una atención

adecuada y oportuna que evitara un parto fortuito en medio séptico (taza del baño).

De acuerdo a las constancias que integraron el expediente clínico que se integró a VRN, se señaló que en registro de historia perinatal y del recién nacido personal médico asentó que paciente nació en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Diccionario medico f. Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio. Vigorosa en presentación cefálica por vía vaginal, otorgándose APGAR 7-9 y Silverman Anderson. Requirió solo maniobras iniciales de reanimación neonatal y una vez trasladada a fuente de calor se dan los cuidados inmediatos de recién nacido con aplicación de profilaxis oftálmica con cloranfenicol y vitamina k intramuscular, de 2755 g, talla 50 cm, PC 33 c, PT 32 cm, cráneo normocéfalo sin anomalías de superficie.

Además de lo anterior, en la nota de evolución médica se asentó que VRN se encontró potencialmente infectado, síndrome de distress respiratorio, probable síndrome de adaptación pulmonar. Evolución estable, adecuadamente alimentación, presentó febrícula de 37.9°C en incubadora, con oxígeno a flujo libre saturado al 96%, ocasionalmente salvos de polipnea, micciones y evacuaciones presentes. Pronóstico reservado a la evolución de la paciente, sin embargo, al complicarse su salud el 16 de junio de 2019, presentó sepsis neonatal en tratamiento, choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria probablemente secundario o neumonía intrauterina: Causa de muerte choque séptico debido a sepsis temprana.

De acuerdo con el certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud, en el que se asentó que VRN, recién nacido el 15 de junio de 2019, falleció el 16 de junio de 2019 a las 17:30 horas, por choque séptico y sepsis temprana, con registro de otros datos patológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado que la produjo señalado dificultad respiratoria y nacimiento en medio séptico.

Ahora bien, de acuerdo con la opinión médica que realizó un perito del Colegio de la Profesión Médica se concluyó que las acciones y prácticas médicas realizadas por personal médico en la atención de V1 No fue adecuada, no fue oportuna, no fue completa y no fue eficaz.

En la opinión médica se destaca que omisiones y acciones indebidas que se cometieron en agravio de V1 fueron las siguientes: no fue adecuada ya que la paciente fue valorada por Triage obstétrico a las 13:08 horas del 15 de junio de 2019 calificándolo con código verde, como urgencia no calificada. No aparece en expediente quien realiza el Triage pasante de enfermería. Pasante de medicina, médico general. Nunca se revisó a paciente. Antes de querer pasar al baño debió realizarse exploración física para corroborar condiciones del trabajo de parto

No fue oportuna, la paciente presenta ruptura de membranas al ir al baño y completa segundo periodo de trabajo de parto, presenta parto fortuito en el baño, solo con ayuda de su pareja y posteriormente con ayuda de enfermeras

También en la conclusión de la opinión médica se dice que no fue completa, ya que el alumbramiento se concluye en la sala de expulsión 20 minutos después del nacimiento. Al no tener valoración médica previa antes del nacimiento, no se pudo detectar su había patología previa, pérdida del bienestar fetal, no se anotan

características del líquido amniótico, datos que pudieran ayudar a explicar la evolución tórpida del producto 14 horas después del nacimiento.

No fue eficaz, ya que el hecho de presentar un parto fortuito en el baño implica que no se valoró en forma adecuada en zona de Triage, no se tuvo el sentido común de revisarla antes de pasar al baño, era una gesta tres. No hay nota médica de valoración en área de tocoquirúrgica, no hay nombre ni firma de quien realiza el Triage. Tuvieron 52 minutos para realizar valoración obstétrica y detectar alguna alteración del bienestar fetal.

Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto con relación a la adecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a la Institución de los Servicios de Salud por las acciones y omisiones señaladas en la presente Recomendación.

De igual manera, en el presente caso se inobservó el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

#### RECOMENDACIONES

**PRIMERA.** Para garantizar a V1 y V2 el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción como víctima en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se le otorgue atención psicológica especializada, y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que les beneficie en su condición de víctimas. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Realice las acciones necesarias a efecto de que en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” se cuente con personal en ginecología especializado y capacitado para la atención y seguimiento oportuno de atención del embarazo, parto y puerperio en el área de TRIAGE. Y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Realice las acciones necesarias para que el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, inicie, integre y resuelva la investigación Administrativa que inicie con motivo de la vista que realice este Organismo con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que en su caso se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

**CUARTA.** Realice las acciones necesarias para que se imparta a los servidores públicos capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el

## SÍNTESIS DE RECOMENDACIÓN 21/2021

embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los Servicios de Salud, en el que se enfoque en la necesidad de una valoración adecuada en el área de TRIAGE así como en la revisión médica inicial. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.