



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos

RECOMENDACIÓN No. 19 /2013

SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO
Y LA MUJER EN AGRAVIO DE V1 Y V2

San Luis Potosí, S.L.P., 27 de septiembre de 2013.

DR. FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Distinguido Señor Director:

1

La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, y 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, ha examinado las evidencias contenidas en el Expediente de Queja 1VQU-0167/2012, sobre el caso de violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 22 fracción I, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 3, fracciones XV y XX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, y con el propósito de proteger los nombres y datos de las personas involucradas en la presente recomendación, se omitirá su publicidad. Esta información solamente se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El sábado 9 de junio de 2012, V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer de esta ciudad, debido a molestias inherentes al parto. En la queja que presentó Q1, señaló que aproximadamente a las 15:30 horas de ese día llegaron al Hospital y atendieron a V1, su esposa, en el área de urgencias. Después de media hora salió y le comentó que los doctores la habían revisado, que tenía de 3 a 5 centímetros de dilatación y le tomaron muestras de sangre.

Que después de dos horas regresaron nuevamente al área de urgencias, donde vuelven a valorar a V1 durante 15 minutos, al término de los cuales les dijeron que tenía seis centímetros de dilatación, que estaba en labor de parto, pero no había lugar para atenderla, los análisis estaban bien y si deseaba podría acudir al Hospital Central de esta Ciudad para su atención.

Q1 y V1 decidieron esperar para recibir la atención en el Hospital del Niño y la Mujer, y a los primeros minutos del domingo 10 de junio de 2012, la ingresaron para la atención correspondiente. A las 02:30 horas, personal de trabajo social del Hospital informó a Q1 que V1 continuaba en labor de parto; a las 06:20 horas le informaron que a su esposa habían pasado para la práctica de una cesárea.

El quejoso señaló que una Trabajadora Social le comunicó que V1 había salido bien de la cesárea pero que V2, recién nacido, se encontraba grave, motivo por el cual lo llevó con el Médico Pediatra del Hospital, quien le dijo que había asistido a V1 en la cesárea y que hicieron lo posible por salvar la vida del bebé, ya que presentó problemas de respiración, no obstante había fallecido.

En la denuncia de hechos, V1 agregó que el 9 de junio de 2012, cuando pasó a revisión del área de urgencias del Hospital, fue revisada por una persona del sexo femenino, quien le realizó el tacto y le informó que traía de “3 a 5 de dilatación” y que esperara dos horas. Después, entre las 18:00 y las 18:30 horas regresó a



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos

“urgencias” y la misma persona le dijo que le realizarían estudios de sangre y orina, volviéndole a decir que saliera y caminara durante dos horas.

La agraviada señaló que regresó al lugar como a las 20:30 horas y la atendió una persona del sexo masculino quien le dijo que traía “6 de dilatación”, pero que no la podían “ingresar” ya que el doctor de labor decía que no había camas, que debía esperar otras dos horas para que se desocupara un lugar; sin embargo, V1 notó que durante ese tiempo ingresaban otras pacientes y las atendían de inmediato.

Precisó que a las 00:15 horas del 10 de junio de ese año, le realizaron el tacto y le dijeron que tenía de “6 a 8 de dilatación”, por lo que la empezaron a canalizar y la instalaron en los cubículos de labor de parto. Que como a las 02:00 horas AR1, doctor que atendió el parto, contrajo sus piernas contra su cuerpo pidiendo que pujara cuando sintiera contracciones, le realizó el tacto y observó que el guante lo tenía ensangrentado y no le dio explicación de ello.

V1 refirió que más tarde una enfermera le tomó la presión, y le comentó que el bebé tenía 165 de pulsaciones, motivo por el cual le practicarían una cesárea. Que a las 05:00 horas la metieron a quirófano, y después de la intervención AR1 le manifestó que el bebé había nacido con problemas respiratorios. Más tarde, cuando estaba en su cubículo llegó el Pediatra para decirle que no obstante los esfuerzos realizados, V2 había fallecido.

Para la investigación de la queja, este Organismo Estatal radicó el expediente 1VQU-0167/2012, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a víctima y quejoso, se recabaron opiniones médicas, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

1. Queja presentada por Q1, el 11 de junio de 2012, quien pidió la intervención de este Organismo Estatal sobre la posible violación a derechos humanos en agravio de V1, y que derivó en el fallecimiento de V2, relacionada con la atención que recibieron en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, por parte de los médicos del mencionado nosocomio.
2. Oficio 219/2012, de 11 de junio de 2012, que signan dos médicos legistas de la Procuraduría General de Justicia del Estado, relativo a la necropsia en el cuerpo de V2, del sexo masculino, hijo de V1, asentando como edad una hora de nacido, y como causa del fallecimiento insuficiencia respiratoria aguda, secundaria a obstrucción de vías aéreas por aspiración de meconio, sufrimiento fetal agudo.
3. Acta de defunción, número de folio 153303, de la Oficialía Quinta del Registro Civil de la ciudad de San Luis Potosí, en la que se asentó el fallecimiento de V2, de 1 hora de nacido, hijo de Q1 y V1, y como causa de fallecimiento insuficiencia respiratoria aguda, aspiración de meconio y sufrimiento fetal agudo.
4. Queja presentada por V1, que consta en acta circunstanciada de 14 de junio de 2012, en la que hace una relación de los hechos respecto de la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital del Niño y la Mujer, atribuible a servidores públicos de ese hospital, y que derivó en el fallecimiento de V2.
5. Oficio de 4 de julio de 2012, signado por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud Pública en el Estado, por el cual rinde informe de los hechos relacionados con la queja, al cual agrega Acta Circunstanciada de Hechos así como un Resumen de la Atención Médica que se otorgó a V1.
6. Acta Circunstanciada de 11 de junio de 2012, que suscriben el Director del Hospital, la Jefa de Gineco Obstetricia, el Jefe de Pediatría, la Subdirectora Médica, el Médico Tratante de Ginecología, el Médico Tratante de Neonatología,

la Jefa de Enfermería, dos Enfermeras Tratantes y AR1 Médico Tratante de Ginecología. Acta en la cual se asienta que en la atención médica que se brindó a V1, hubo retraso en el internamiento y en la decisión de la cirugía, y que se encontraron incongruencias entre los datos del expediente clínico con los hallazgos quirúrgicos.

7. Resumen de la atención médica que recibió V1 en el Hospital del Niño y la Mujer, elaborado por el Director del citado Hospital y la jefa de Gineco Obstetricia, en el cual concluyen que hubo retraso en el internamiento de la paciente, retraso en la decisión de la cirugía, e incongruencia en datos consignados en el expediente y los hallazgos quirúrgicos.

8. Copia del Expediente Clínico que se elaboró a V1 y V2 en el Hospital del Niño y las Mujer, que contiene las indicaciones médicas y la atención que recibió V1, así como la historia clínica del recién nacido, del que destaca lo siguiente:

8.1. Historia Obstétrica de Ingreso de las 15:40 horas del 9 de junio de 2012, que se elaboró a V1 en el Hospital del Niño y la Mujer, en el cual se refiere dilatación de 3 centímetros, sin la firma de Médico responsable ni de V1; revisión médica subsecuente, de las 20:00 horas, dilatación de 3 centímetros, borramiento de 40%, volver en dos horas; revisión subsecuente de las 22:30 horas, dilatación de 3 centímetros, borramiento de 60%; revisión médica de las 00:30 horas del 10 de junio de 2012, 5 centímetros de dilatación, borramiento de 60%, sin firma de médico ni de paciente.

8.2. Hoja de hospitalización de V1, de ingreso al Hospital del Niño y la Mujer, de 10 de junio de 2012, suscrito por Médico, en la que se asentó como afección Tercer Embarazo Intra Uterino, trabajo de parto en fase crítica

8.3. Resultados de laboratorio, de 9 de junio de 2012, que suscribe el jefe de Laboratorio del Hospital del Niño y la Mujer, que se practicaron a V1, relativos a exámenes general de orina, biometría hemática y química sanguínea.

8.4. Partograma signado por AR1 que refiere el seguimiento de la vigilancia médica que se siguió a V1 en la sala de labor de parto, del cual se advierten 5 revisiones 00:30, 01:00, 02:00, 03:05, 04:15 y 05:20 horas. Se observa que en la revisión de las 03:105 horas, el producto presentó 175 latidos por minuto, y en las 05:20, 168 latidos por minuto, además de la presencia de meconio.

8.5. Hoja de Indicación Médica de 10 de junio de 2012, signada por AR1, en la que se advierte que de la revisión a V1 de las 04:00, ordenó la aplicación de oxígeno a tres litros por minuto por fosas nasales.

8.6. Hoja de Cirugía, de 10 de junio de 2012, que suscribe AR1, en el cual se refiere como diagnóstico preoperatorio taquicardia fetal y una intervención quirúrgica proyectada del tipo cesárea, con diagnóstico postoperatorio puerperio y cesárea OTB, con hallazgos de meconio viejo.

8.7. Registro Clínico de Enfermería del Recién Nacido, de 10 de junio de 2012, en el que se asienta el nacimiento de V2 en el Hospital del Niño y la Mujer, a las 06:10 horas de esa fecha, sexo masculino y talla 51 centímetros.

8.8. Registro Clínico de Enfermería de Pediatría, de las 06:30 horas del 10 de junio de 2012, en el que asentó que V2 presentó flacidez con líquido meconial espeso, sin esfuerzo respiratorio, se dieron pasos iniciales de reanimación neonatal y masaje cardiaco sin obtener respuesta, se procedió a la intubación.

8.9. Nota de Defunción, de 10 de junio de 2012, elaborada por Médico Tratante de Neonatología, en la cual asentó que el producto de la concepción se obtuvo por cesárea, líquido amniótico meconial, taquicardia fetal, no se logró esfuerzo respiratorio, se intubó, aspiró meconio, se colocó catéter venoso, y se declaró la defunción de V2 a las 07:05 horas por asfixia perineal severa.

8.10. Cuestionario Confidencial de Muerte Perinatal elaborado con motivo del fallecimiento de V2, en el que se registró nacimiento por cesárea, dilatación

complicada, sufrimiento fetal agudo, y como causa de la defunción neumotórax bilateral, síndrome de aspiración de meconio y asfixia perinatal severa. Documento que no se encuentra firmado por el responsable de su elaboración ni por quien responde el mismo.

8.11. Nota de egreso, de 11 de junio de 2012, elaborada por Médico Tratante Neonatología, en la que se asienta la salida de V1 del Hospital del Niño y la Mujer, posterior a trabajo de parto en fase activa, cesárea, puerperio quirúrgico y se le proporciona tratamiento médico a seguir.

9. Opinión de 22 de noviembre de 2012, que realizó un médico con especialidad en Ginecología, del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en el cual concluye que en el caso no se cumplió con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM.168-SSA1-1998, ya que algunas notas médicas estaban incompletas; que no se cumplió con la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido NOM.007-SSA2-1993, respecto a la calidad de la atención médica y el tiempo de espera, falta de carnet perinatal y del registro de latido cardiaco fetal cada 30 minutos, y que no hubo evidencia de servicio de perinatología.

10. Oficio SVG/098/2013, de 2 de mayo de 2013, signado por el Segundo Visitador de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por el cual remite opinión médica referente a la atención brindada a V1 por parte de servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, de cuyas conclusiones se advierte lo siguiente:

10.1. Que la atención brindada a las 15:40 horas en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño y la Mujer, no fue la adecuada toda vez que se omitió considerar que se trataba de una paciente multigesta con embarazo de 38.6 semanas de gestación, actividad uterina irregular, cérvix con 3 centímetros de dilatación y 40% de borramiento, debiendo haber iniciado inducto conducción.

10.2. Que hubo impericia del personal médico, ya que en la nota de revisión de 9 de junio de 2012, a las 20:00 horas, no está el nombre de la paciente ni del médico examinador, se omite el momento del ingreso de la agraviada a la sala de labor y el inicio del protocolo de estudio y manejo, no se tomó en cuenta la frecuencia cardíaca fetal ni la evolución en el trabajo de parto, ya que el borramiento y la dilatación se mantenía en las mismas cifras.

10.3. Se omitió valorar al binomio en forma adecuada, ya que no existen notas de valoración consecutivas que registren el estado de V1, así con la FCF durante cinco horas continuas de las 24:30 a las 05:30 horas del 10 de junio de 2012.

10.4. Se advierte dilación por parte del personal médico en cuanto al tratamiento quirúrgico practicado a V1, situación que originó que el producto presentara sufrimiento fetal agudo y síndrome de aspiración de meconio y muerte.

10.5. Existe incongruencia en los datos consignados en el expediente sobre las características del líquido amniótico que se menciona como normal y los hallazgos quirúrgicos en donde se refiere como meconio viejo.

10.6. Respecto del resultado de la necropsia en cuanto al sufrimiento fetal agudo, se advierte que es altamente compatible con la falta de atención que se debió proporcionar al binomio en el trabajo de parto.

10.7. En cuanto a la integración del expediente clínico, no se cumplió con el numeral 5.9 de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM.168-SSA1-1998, el cual señala que todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, firma de quien lo elabora, signos vitales, motivo de la consulta, resumen del interrogatorio, resultados de estudios, diagnósticos, tratamiento y pronóstico.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 9 de junio de 2012, a las 15:40 horas, V1, mujer que cursaba con 38.6 semanas de gestación, ingresó al área de urgencias del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” de la ciudad de San Luis Potosí, ya que presentaba los malestares inherentes al parto.

En una primera valoración que se le practicó a la agraviada, se le indicó que tenía 3 centímetros de dilatación por lo que debía esperar unas horas, que no se retirara del lugar, que se pusiera a caminar. Después de esperar un par de horas regresó y fue nuevamente valorada y le dijeron que volviera a esperar o que en su caso acudiera al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, para que en ese lugar la brindaran la atención médica, debido a la falta de espacio.

9

Fue hasta las 00:15 horas del 10 de junio de 2012, cuando ingresaron a V1 a los cubículos de labor de parto para que recibiera la atención médica, lugar donde le realizaron valoraciones, maniobras de tacto, así como la toma de pulsaciones al producto de la concepción.

Aproximadamente cinco horas después de su ingreso a la labor de parto, personal del Hospital del Niño y la Mujer le indica a V1 que le practicarían una cesárea, motivo por el cual la ingresaron al quirófano, y minutos más tarde le indicaron que V2 había nacido con problemas respiratorios.

Así las cosas, posterior a la práctica de la cesárea, personal médico asentó en la nota de defunción de 10 de junio de 2012, que el producto de la concepción presentó taquicardia fetal, aspiró meconio, no se logró esfuerzo respiratorio, se le intubó y se le colocó catéter venoso, y no obstante los esfuerzos, se declaró su fallecimiento a las 07:15 horas de ese día por asfixia perineal severa, secundaria a obstrucción de vías aéreas por aspiración de meconio.

Cabe precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado un procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se haya procedido al pago de la reparación por los daños que se ocasionaron en el presente caso.

IV. OBSERVACIONES

Antes de entrar al análisis y valoración de los elementos que se allegaron con motivo de la investigación de los hechos expuestos en la queja, es pertinente destacar que de acuerdo con la nota médica del fallecimiento, el certificado de necropsia y el acta de defunción, la causa del fallecimiento de V2 se debió a insuficiencia respiratoria aguda, secundaria a obstrucción de vías aéreas por aspiración de meconio y sufrimiento fetal agudo.

10

En este contexto, con base en las opiniones que al respecto se recabaron, se hizo la anotación de que el meconio es el contenido intestinal de un recién nacido, de aspecto verdoso oscuro y mucilaginoso, formado por una mezcla de secreciones hepáticas entéricas y restos de líquido amniótico y que constituyen el primer excremento expulsado por el Neonato.

El síndrome de aspiración de meconio es la dificultad respiratoria del recién nacido debido a la aspiración bronquioalveolar de meconio, antes o durante el trabajo del parto. Se presenta en recién nacidos que han tenido una asfixia fetal, la cual provoca el paso de meconio al líquido amniótico que es aspirado en útero o con la primera respiración. El meconio se almacena habitualmente en los intestinos del bebé y en ocasiones es expulsado al líquido amniótico, y cuando el bebé inhala el fluido contaminado, tiene problemas respiratorios.

Por otra parte, un neumotórax ocurre cuando se revientan los diminutos sacos de aire o alveolos, en el pulmón de un bebé, dejando escapar aire dentro del espacio entre el pulmón y la pared torácica. La causa más común de neumotórax es el

síndrome de dificultad respiratoria. El síndrome de aspiración de meconio también es una causa de neumotórax, y es más común en niños que en niñas.

En cuanto al sufrimiento fetal agudo, se produce cuando la falta de oxigenación del bebé se genera en forma repentina. Se detecta durante el trabajo de parto, por tal motivo, durante esta actividad, debe realizarse un monitoreo electrónico para detectar este evento antes de que pueda causar un perjuicio a la salud.

Se puede considerar que es una urgencia obstetricia, y cuando se diagnostica lo indicado es acelerar el nacimiento del bebé para evitar que la falta de oxígeno pueda causarle algún daño. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo se fundamenta inicialmente en una alteración en el monitoreo perinatal y se confirma ante la presencia de líquido amniótico meconial.

11

Finalmente, es preciso señalar que para que el parto se realice por vía vaginal, debe producirse el denominado borramiento del cuello uterino para dejar paso al bebé. Este borramiento, también llamado acortamiento del cuello del útero o del cérvix uterino, es uno de los parámetros que se toma en cuenta para reconocer si se ha iniciado el trabajo de parto.

En este sentido, la primera fase del parto es el borramiento del cuello uterino, y en ella se produce el ablandamiento del cilindro que constituye el cuello del útero, y una vez que finaliza este proceso, el cuello queda como un anillo y es cuando inicia la dilatación. La siguiente etapa, que se conoce como de dilatación activa, ocurre cuando las contracciones abren poco a poco el diámetro del cuello del útero hasta que alcanza los 10 centímetros de dilatación, los cuales se consideran necesarios o suficientes para que un bebé pueda nacer.

Así, del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 1VQU-0167/2012, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y V2, atribuibles a personal médico del Hospital

del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” de la ciudad de San Luis Potosí, derivado de la inadecuada atención médica y la integración irregular del expediente clínico, en atención a las siguientes consideraciones:

De la evidencia se advierte que a las 15:40 horas del 9 de junio de 2012, V1, quien cursaba en 38.6 semanas de gestación, ingresó por el área de urgencias del Hospital del Niño y la Mujer, solicitando la atención médica debido a presentar malestares propios de trabajo de parto.

En su queja, V1 manifestó que cuando pasó a revisión por el área de urgencias del citado Hospital, fue revisada por una persona del sexo femenino, quien le realizó el tacto y le informó que traía de “3 a 5 centímetros de dilatación”, por lo que debía esperar dos horas. Que después de ese tiempo regresó a “urgencias” y la misma persona le dijo que le realizarían estudios de sangre y orina, al término de los cuales le volvió a decir que saliera del área y caminara otras dos horas.

La agraviada señaló que salió y deambuló por las inmediaciones del Hospital, y aproximadamente como a las 20:30 horas regresó y la atendió una persona del sexo masculino quien le dijo que traía “6 centímetros de dilatación”, pero que no la podían “ingresar” ya que el doctor de labor decía que no había camas, por lo que debía esperar para que se desocupara un lugar, o podría acudir al Hospital Central para que la atendieran.

V1 manifestó que decidió esperar para recibir la atención en el Hospital del Niño y la Mujer, y que a las 00:15 horas del domingo 10 de junio de 2012 le realizaron el tacto y le dijeron que tenía de “6 a 8 de dilatación”, la canalizaron y la instalaron en los cubículos de labor de parto. Que a las 02:00 horas el Médico Ginecólogo Tratante, le realizó el tacto y observó que el guante lo tenía ensangrentado y no le dio explicación de ello. Que una hora después una enfermera le tomó la presión, le informó que el Bebé tenía 165 de pulsaciones y que le practicarían una cesárea.

La agraviada manifestó que serían como las 05:00 horas del 10 de junio de 2012, cuando la metieron a quirófano, y después de la intervención AR1 le manifestó que el bebé había nacido con problemas respiratorios. Más tarde, cuando ya la habían pasado a un cubículo, llegó el Médico Pediatra, para decirle que no obstante los esfuerzos realizados, V2 había fallecido.

Lo anterior se corrobora con el Acta Circunstanciada de Hechos, de 11 de junio de 2012, que firman servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer, en la que se asienta que V1, ingresó el 9 junio de 2012 a las 15:40 horas, cursaba 38.6 semanas de gestación, con tensión arterial de 140/80, Cérvix de 3 centímetros de dilatación y 40% de borramiento, precisando nueva cita en tres horas.

En la revisión de las 20:00 horas del 9 de junio de 2012, se anotó que V1 registró 120/80 de tensión arterial, dos contracciones en 10 minutos de poca intensidad, cérvix de 4 centímetros de dilatación, 40% de borramiento, se le indican los signos de alarma y volver a valorar en dos horas. Que a las 22:30 horas acudió por aumento en la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas

Después, en la revisión de las 00:30 horas del 10 de junio de 2012, se encontró a V1 con tensión arterial de 120/90, dilatación cervical de 5 centímetros, 60% de borramiento, se le interna y pasa a labor de parto, indicando solución glucosada 1000 milímetros. En la vigilancia obstétrica de las 02:00 horas, se inicia conducción con oxitocina a 2.5 mililitros.

De acuerdo con la evidencia que se recopiló, a las 04:00 horas del 10 de junio de 2012, se advierte taquicardia fetal hasta de 175 latidos por minuto, por lo que personal médico inicia medidas de reanimación intra útero y se toma registro cardio tocográfico, el cual muestra una frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, con variabilidad mínima; sin embargo, a las 05:30, se advierte taquicardia fetal persistente sin mejoría a la reanimación, con 7-8 centímetros de dilatación, 70% de borramiento y presencia de meconio y se decide cesárea.

A las 06:10 horas se obtuvo un recién nacido del sexo masculino, que se calificó con un examen clínico para valorar el nivel de tolerancia al proceso de nacimiento con una calificación de 2-3, por lo que se inician maniobras de reanimación neonatal avanzada y con hallazgos de meconio viejo. El bebé no respondió a las medidas de reanimación y se registra su fallecimiento a las 07:15 horas.

Ahora bien, de acuerdo con el Acta Circunstanciada, personal médico directivo del Hospital del Niño y la Mujer concluye que hubo retraso en el internamiento de V1 así como en la decisión para la práctica de la intervención quirúrgica, que hubo incongruencia en los datos consignados en el expediente clínico con los hallazgos quirúrgicos, amniotomía líquido normal y el hallazgo de meconio viejo.

Aunado a lo anterior, de la opinión médica que sobre el caso emitió un perito de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se advierte el personal médico del Hospital del Niño y la Mujer no tomó en consideración que se trataba de una paciente con actividad uterina irregular, por lo que se debió valorar para el inicio de la inducción, lo cual no ocurrió en el caso.

En la citada opinión, también se advierte que el personal médico que tenía a su cargo la atención de V1, incurrió en dilación para decidir de manera oportuna en el tratamiento quirúrgico, circunstancia que pudo haber evitado el sufrimiento fetal y el síndrome de aspiración de meconio.

Es importante subrayar que la confirmación de sufrimiento fetal agudo indica que el nacimiento del bebé debe realizarse con celeridad, por lo cual el obstetra, en función de la evolución del trabajo de parto, debe tomar la decisión para realizar una cesárea o bien continuar con el trabajo de parto natural. En estos casos, los patrones de frecuencia cardíaca fetal, son el indicador para tomar decisiones a tiempo y evitar poner en riesgo al producto, lo que en el caso no ocurrió.

En ese sentido, de acuerdo con la evidencia y las opiniones médicas que al respecto se recabaron, queda acreditada la relación causa efecto entre la



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

*2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos*

inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer.

En este contexto, se inobservó el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, haciendo hincapié en la importancia que tiene precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto.

La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.

15

Como parte de la obligación de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, el Estado debe tener un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos sea fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes.

La protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar la calidad en el nivel de vida.

En la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de todos los demás derechos humanos y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General 4 “La Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, de 21 de julio de 2003, señaló que es deber de los Estados adoptar medidas para reducir la morbi-mortalidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes producida especialmente por el embarazo; igualmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el “Informe Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, precisó que los Estados deben diseñar políticas y programas para ese grupo en función de sus necesidades específicas en salud materna.

De acuerdo con el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, las autoridades deben de atender el interés superior de la niñez, la salvaguarda de sus derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés. Asimismo, los artículos 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que los Estados deben adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso a servicios de atención médica, garantizando a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Para esta Comisión Esta no pasa inadvertido que en las opiniones médicas que al respecto se solicitaron, se destacó que el síndrome de aspiración de meconio ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos postmaduros y en productos pequeños para la edad gestacional; que la presencia de líquido amniótico manchado de meconio ocurre entre el 12-14% de los partos, y que la aspiración de meconio en las vías aéreas fetales se presenta entre el 5% y el 11% de los neonatos, y la mortalidad que se presenta de los infantes es del 4%.

Por su parte, el perito dictaminador del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, agregó como parte de la investigación, que la demanda y la carga de trabajo en el Hospital del Niño y la Mujer es cotidiana, que hay un ginecóloga para el área de maternidad, otro para tocoquirúrgica, un médico practicante interno y otro externo; y que entre las 21:00 horas del 9 de junio y las 06:00 horas del 10 de junio de 2012, se realizaron 8 partos y 3 legrados, y que no hay servicio de ultrasonido ni perinatología las 24 horas.

17

En otro aspecto, de la evidencia se advierte que algunas notas médicas o las revisiones médicas subsecuentes de la valoración médica que se practicó a V1, no se encontraban llenadas en debida forma e incluso falta los nombres de los médicos que las llevaron a cabo. En la nota de revisión del 9 de junio de 2012, a las 20:00 horas se advirtió que no estaba el nombre del paciente, la valoración es parcial e incompleta y no aparece el nombre del médico examinador, se omite iniciar protocolo de estudio y manejo de la paciente.

Esta irregularidad representa un obstáculo para conocer el historial clínico de los pacientes, a fin de deslindar las responsabilidades, vulnerando el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, y se consideran irregularidades en las que incurre el personal médico cuando las notas que elaboran se encuentran incompletas, breves, ilegibles o presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

En lo concerniente a la integración del expediente clínico, no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 5.1, 5.2, y 5.9, establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, debe tener los datos de la institución, y del paciente, y que las notas deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien lo elabora.

También se advierte que se incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM.007-SSA2.1993, referente a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, numeral 4.24. y 5.4.1., los cuales hacen referencia a la oportuna atención, accesibilidad en la unidad, tiempo de espera y resultados, así como al registro del latido cardíaco fetal cada 30 minutos.

18

La falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para iniciar una investigación y en su caso, establecer la posible aplicación de responsabilidades administrativas que correspondan.

En este contexto, es aplicable la sentencia del Caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, párrafo 68, en la cual se refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento respecto de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

Cabe precisar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del

reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

La jurisprudencia internacional sobre derechos humanos constituye un elemento que debe observarse para hacer más amplia la protección a los derechos de las víctimas, extender el alcance de los mismos, y para formar parte de un diálogo entre Corte y organismos defensores de derechos humanos, lo cual se inscribe en el marco de la protección más amplia y extensiva de los derechos en consonancia con lo que establece el artículo 1, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el caso se vulneraron los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, 14, párrafo segundo, 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; 8, fracciones I y II, 9, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio; NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico y NOM-090-SSA1-1994. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

También se inobservaron los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que, en síntesis, establecen que el derecho a la vida es inherente a la persona humana y que es obligación del Estado asegurar la plena

efectividad y alcance del más alto nivel de salud, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que se debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

Los servidores públicos señalados como responsables de la violación a derechos humanos, se apartaron de lo dispuesto en el artículo 52 fracción I de la Ley de los Trabajadores al Servicio de las Instituciones Públicas del Estado de San Luis Potosí, que prevé que los trabajadores al servicio de las Instituciones Públicas deberán desempeñar su trabajo con la intensidad, esmero y eficiencia apropiados.

En otro aspecto, si bien una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 30 de la Ley General de Víctimas, y 7, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, señalan la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, formule una recomendación que incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños que se hubieran ocasionado.

Como criterio orientador sobre el contenido de una reparación integral, sirven como guía los Principios y Directrices Básicos Sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, aprobados el 16 de diciembre de 2005 mediante la resolución 60/147 de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, la cual señala que la reparación de los daños sufridos tendrá como

finalidad promover la justicia y remediar las violaciones, que deberá ser efectiva y tomar en cuenta la indemnización, la satisfacción y la garantía de no repetición.

En razón de ello, con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que la autoridad impulse la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos.

En este sentido, es aplicable el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, expuesto en el párrafo 346 del Caso Radilla Pacheco Vs. Estados Unidos Mexicanos, sentencia de 23 de noviembre de 2009, en el cual señaló que la capacitación es una manera de brindar al funcionario público nuevos conocimientos, desarrollar sus facultades, permitir su especialización en determinadas áreas novedosas, prepararlo para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar mejor las tareas asignadas.

21

En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, considera procedente formular a Usted, Director General de los Servicios de Salud en el Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado a V1, incluyendo la atención médica y psicológica que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital del Niño y la Mujer, y envíe a esta Comisión las constancias de su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones, a efecto de que se de vista al Órgano Interno del Control, para que se inicie procedimiento administrativo de investigación en contra de AR1, por la intervención que como servidor público tuvo en los hechos señalados en la presente Recomendación, así como en contra del personal

médico y de enfermería involucrado en la atención de V1 y V2 por las omisiones en la observancia de las Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, colaborando de manera efectiva para proporcionar la información que le sea requerida.

TERCERA. Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Norma Oficial Mexicana correspondiente, y se envíen a este organismo las constancias de cumplimiento.

22

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer, un Programa de 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, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

La presente recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 de la Constitución Política del estado de San Luis Potosí, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de hacer una declaración sobre los hechos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, de que se subsane la irregularidad cometida, y que las autoridades competentes en el ámbito de sus atribuciones, apliquen las sanciones que correspondan.

De conformidad con el artículo 127 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

*2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos*

recomendación, deberán informarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

Finalmente, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en el caso de que la presente recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este organismo público autónomo, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

23

LIC. JORGE VEGA ARROYO