



RECOMENDACIÓN No. 21/2014

SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1.

San Luis Potosí, S.L.P, 27 de octubre 2014.

**DR. ROBERTO AVALOS CARBAJAL
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ**

1

Distinguido Señor Director:

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; 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, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 2VQU-010/2013, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1.

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 hará de su conocimiento 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 correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 21 de enero de 2013, este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

Posteriormente se recibió la denuncia de la víctima, quien con relación a los hechos manifestó que el 4 de diciembre de 2012, acudió en dos ocasiones al Hospital General de Ciudad Valles, una a las 09:20 y otra a las 14:20 horas, debido a las molestias inherentes a su estado de gravidez, ya que presentaba sangrado transvaginal y dolor tipo obstétrico, y el médico que la atendió le dijo que el sangrado se debía a que su bebé se estaba acomodando para nacer.

2

Precisó que el 5 de diciembre de 2012, a las 05:00 horas, acompañada de sus padres, acudió por tercera ocasión al citado Hospital ya que continuaba con dolores, además de que ya contaba con 43.6 semanas de gestación, tomando como fecha su última regla, y 41.3 semanas, de acuerdo con datos de ultrasonido. Refirió que fue atendida en el área de urgencias y la dieron de alta con la indicación de ser revalorada en cuatro horas.

La agraviada detalló que a las 10:00 horas, de ese día fue atendida por cuarta ocasión diagnosticándole ruptura de membrana y trabajo de parto en fase latente, por lo que fue ingresada a sala de labor, se le inyectó medicamento para inducir el trabajo de parto, sin que se le realizara un ultrasonido, para entonces aumentaron los dolores y le pidió al médico que le practicara una cesárea, a lo que respondió que no, que todo estaba bien para ser parto natural.

Agregó que durante el turno vespertino continuó presentando dolores, y que a las 20:30 horas fue valorada por una doctora, quien continuó induciendo el trabajo de parto y la pasó a la sala de expulsión; sin embargo, al no descender su bebe, se le practicó cesárea y a las 01:55 horas del 6 de diciembre de 2012, se registró muerte prenatal de femenino de 3720 gramos y 53 centímetros de talla.

Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 2VQU-010/2013, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a la víctima, se recabó expediente clínico así como opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

1. Nota periodística de 7 de diciembre de 2012, publicada en el medio de comunicación escrita "Huasteca Hoy" con el encabezado "*Pierde al bebé por falta de atención. Negligencia en el Hospital*". Visible en la página 2 de la sección local de la edición impresa. En el texto, se informa que ginecólogos del Hospital General de Ciudad Valles, dejaron pasar tiempo para practicar cesárea a V1, lo que ocasionó que el producto del bebe naciera sin vida.

2. Oficio 681/13, de 6 de febrero de 2013, signado por la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, mediante el cual remitió informe médico sobre la atención que recibió V1 en el Hospital General, elaborado por la Jefa del Área de Ginecología, en el cual detalló lo siguiente:

2.1 Que el 17 de noviembre de 2012, a las 12:23 horas, V1 acudió por referir dolor tipo cólico en hipogastrio, con signos vitales normales, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, cérvix sin dilatación y abundante flujo transvaginal. Se realizó registro cardiotocográfico documentándose bienestar fetal.

2.2 Que el 21 de noviembre de 2012, a las 23:45 horas, acudió por dolor tipo obstétrico, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, no se documentó actividad uterina, cérvix sin dilatación, con diagnóstico de embarazo de 40 semanas por ultrasonido, sin síntomas de trabajo de parto, se citó a revaloración en 4 horas, se indican datos de alarma con cita abierta a urgencias en caso de presentar alguno.

2.3 4 de diciembre de 2012, a las 09:20 horas, V1 acudió por referir sangrado transvaginal, frecuencia cardiaca fetal de 143 latidos por minuto, cérvix anterior con dilatación de 2 cm, borramiento del 10%. Se realizó registro cardiotocográfico: reactivo, sin datos de compromiso fetal. Diagnóstico de embarazo de 41.2 semanas por ultrasonido. Egresas con datos de alarma, se cita a revaloración en 4 horas. A las 14:20 horas, acudió por referir dolor tipo obstétrico, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, cérvix anterior con dilatación de 3cm y borramiento del 20%.

2.4 5 de diciembre de 2012, a las 05:50 horas, V1 fue revalorada al presentar salida de líquido transvaginal, producto longitudinal, cefálico, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto. Trabajo de parto en fase de latencia, egresó con datos de alarma y se citó a revaloración en cuatro horas; a las 09:15 horas, presentó campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen con un fondo uterino de 30 cm, frecuencia cardiaca fetal de 121 latidos por minuto, cérvix con 4 cm de dilatación, se documentó bienestar fetal y prueba de tolerancia a la oxitocina negativa. Ingresó a sala de labor con 41.3 semanas de gestación, con probable ruptura de membranas

2.5 5 de diciembre de 2012, a las 13:45 horas, es revalorada encontrando frecuencia cardiaca fetal de 141 latidos por minuto, cérvix sin cambios de dilatación. En el turno vespertino, presentó trabajo de parto irregular, producto en presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto, cérvix con 3 cm de dilatación, borramiento de 60% y membranas integra.

2.6 5 de diciembre de 2012, 14:45 horas, se aplicó oxitocina a V1, entró en fase activa de trabajo de parto a las 18:00 horas, con 4cm de dilatación; a las 18:27 horas se registró frecuencia cardiaca fetal de 141 latidos por minuto, actividad uterina regular; a las 20:00 horas se reportó en el partograma líquido amniótico claro; a la 20:30 horas la paciente refirió dolor obstétrico, signos vitales normales, afebril, producto con frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minutos, motilidad

fetal presente, cérvix central con dilatación de 5-6 cm, 70% de borramiento, por lo que continuo con conducción de trabajo de parto normal.

2.7 5 de diciembre de 2012, 23:00 horas, presentó 9cm de dilatación, variedad de posición: occipito posterior, líquido amniótico no valorable, completa dilatación entre las 00:00 y 01:00 horas, frecuencia cardiaca fetal normal.

2.8 6 de diciembre de 2012, 01:00 horas, pasó a la sala de expulsión con actividad uterina regular, se le colocó en posición ginecológica, se realizó drenaje vesical, sin modificación de variación de posición, se colocó registro cardiotocográfico y se auscultó frecuencia cardiaca fetal de 157 latidos por minutos, se observó líquido amniótico meconial, fétido y se decidió resolución via cesárea. A las 01:35 horas pasó a quirófano y a las 01:52 horas se obtuvo recién nacido femenino sin vida, con peso de 3720 gramos.

3. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, respecto de la atención médica que recibió V1, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

3.1 Nota médica, de 17 de noviembre de 2012, suscrita por médico del Hospital General de Ciudad Valles, en la que asentó que V1 acudió cuando presentaba 39.4 semanas de gestación de acuerdo con datos de ultrasonido y 41.3 tomando como fecha su última regla, con diagnóstico de cervicovaginitis.

3.2 Nota Médica, de 21 de noviembre de 2012, suscrita por personal médico en la que asentó que V1, con embarazo de 40 semanas de gestación por ultrasonido, presentó dolor tipo obstétrico y se dejó cita abierta en caso de alarma obstétrica.

3.3 Hoja de urgencia, de 4 de diciembre de 2012, suscrita por AR1, médico del Hospital General de Ciudad Valles, en la cual asienta que las 09:20 horas, V1 presentó dilatación de 2cm con borramiento del 20%, embarazo de 41.2 semanas

de gestación de acuerdo a ultrasonido, y con 43.5 semanas por fecha de última regla, quien egresó con datos de alarma para revaloración de 4 horas.

3.4 Hoja de urgencia, de 4 de diciembre de 2012, suscrita por AR2 personal médico del Hospital General, en la cual asienta que las 14:20 horas, V1 presentó dilatación de 3cm con borramiento de 20%.

3.5 Hoja de indicaciones médicas, de 5 de diciembre de 2012, elaborada a las 05.50 horas por AR3, personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, en la que asentó que V1 presentó líquido transvaginal, con movimientos fetales presentes de 130 latidos por minuto, trabajo de parto fase latente, se decidió su egreso con datos de alarma y valoración en tres horas; a las 09:15 horas, registró producto vivo cefálico, longitudinal y dilatación de 4 cm.

3.6 Historial Clínico Gineco-obstetricia, de 5 de diciembre de 2012, que elaboró AR4, personal médico a las 10:00 horas a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, quien asentó que la paciente ingresó por referir dolor tipo obstétrico y ruptura de membranas.

3.7 Hoja de urgencia, de 5 de diciembre de 2012, elaborada por AR4 en la que asentó que a las 13:45 horas, V1 presentó 3 cm de dilatación, sin trabajo de parto; a las 17:05 horas, AR2, personal médico, anotó que V1 continuo con trabajo de parto, con dilatación de 5cm y borramiento del 60%; a las 20:30 horas, AR5 registró que presentó cérvix central con 5-6 cm de dilatación, 70% de borramiento, amnios roto, escasa salida de líquido claro, altura de presentación o variedad de posición occipito izquierda posterior con extremidades normales, plan de conducción de trabajo de parto y vigilancia de constantes movimientos materno fetales.

3.8 Historia clínica perinatal, de 6 de diciembre de 2012, suscrita por médico interno de pregrado, en la que asentó que a las 14:20 horas del 4 de diciembre de 2012, se realizó a V1 la primera revisión ginecológica pre-parto en labor, con 43.5

semanas de gestación por fecha de última menstruación, quien reportó membranas rotas a las 23:00 horas del 5 de diciembre de 2012, y variedad de posición persistente del feto.

3.9 Hoja de hospitalización, sin fecha de elaboración, firmada por AR6 médico responsable de la atención de V1, en la que asentó que el 5 de diciembre de 2012, ingresó la paciente, a quien se le practicó puerperio quirúrgico por periodo expulsivo prolongado que fue practicado por AR5.

3.10 Hoja de urgencias, de 6 de diciembre de 2012, suscrita por AR5, en la que asentó que a las 01:00 horas, V1 pasó a sala de expulsión, con dilatación y borramiento completos, se le colocó en posición ginecológica y condujo trabajo de parto en periodo expulsivo el cual se prolongó por variedad de posición occipito izquierda, se colocó registro cardiotocográfico para monitorización, a las 01:40 horas se rechazó presentación y se encontró tinte meconial y líquido fétido, por lo que solicitó quirófano para interrupción del embarazo vía cesárea.

3.11 Hoja de operaciones, de 6 de diciembre de 2012, suscrita por AR5 personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, en el que se destaca que a las 01:50 horas inició cesárea a V1 quien presentó cavidad uterina hipertérmica, con tinte meconial y fetidez.

3.12 Nota médica, de 6 de diciembre de 2012, que elaboró AR5 a las 03:15 horas, quien asentó como diagnóstico preoperatorio de V1, embarazo de 41.3 semanas de gestación, trabajo de parto en periodo expulsivo prolongado, variedad de posición persistente y probable corioamnionitis; diagnóstico postoperatorio de corioamnionitis confirmada, obteniendo producto único femenino óbito, de 3720 gramos, cavidad uterina hipertérmica, líquido amniótico con tinte meconial fétido.

3.13 Certificado médico de muerte fetal, de 6 de diciembre de 2012, suscrito por la Secretaria de Salud, en el que se asentó como causa de la muerte la afectación por corioamnionitis y rupturas de membranas.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

3.14 Hoja de alta de 9 de diciembre de 2012, signada por personal médico del Hospital General, en la que hace constar que V1 ingresó al presentar embarazo de 41.3 semanas de gestación por ultrasonido, para conducción de trabajo de parto y vigilancia de constantes fetales, se ingresó a sala de expulsión, registró periodo expulsivo prolongado con variedad de posición persistente. Se le practicó cesárea obteniéndose producto óbito femenino, se localizó líquido amniótico con tinte meconial.

3.15 Hoja de diagnóstico de ingreso y egreso, de 9 de diciembre de 2012, suscrita por la Jefa del Departamento de Ginecología del Hospital General de Ciudad Valles, en la que asentó que V1 ingresó con embarazo de 43.3 semanas por fecha de última regla, y 41.3 semanas por datos de ultrasonido, con probable ruptura de membranas y trabajo de parto, con datos de egreso de puerperio quirúrgico, periodo expulsivo prolongado y corioamnionitis.

3.16 Cuestionario confidencial de muerte perinatal, de 14 de enero de 2013, en el cual se destaca que la indicación de cesárea de V1, se llevó a cabo considerando el periodo expulsivo prolongado.

4. Acta Circunstanciada de 19 de julio de 2013, en la que personal de este Organismo hace constar que se constituyó en el domicilio de V1, a efecto de recabar mayores datos con los familiares de la víctima, relacionados con los hechos.

5. Oficio 7597 de 7 de noviembre de 2013, suscrito por la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, quien informó que a partir del mes de febrero de 2013, se implementó el formato Triage Obstétrico, el cual es llenado por personal de enfermería y sirve como filtro entre la paciente y el médico especialista, anexó la relación de personal que atendió a V1, durante el periodo del 17 de noviembre al 5 de diciembre de 2012, en el que destacan AR3, AR4, AR5 y AR6.



6. Acta circunstanciada de 31 de enero de 2014, en la que se hace constar que personal de este Organismo se constituyó en el domicilio de V1, a efecto de recabar mayores elementos del caso y para darle a conocer el trámite de la queja.

7. Acta circunstanciada de 26 de marzo de 2014, en la que personal de este Organismo hace constar la entrevista con V1, a quien se le informó sobre el trámite del expediente de queja que inició esta Comisión Estatal.

8. Acta circunstanciada de 8 de mayo de 2014, en la que personal de este Organismo Público Autónomo hace constar la comparecencia de V1, así como para proporcionar mayores datos sobre los hechos de la posible violación a sus derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, relacionada con la atención médica brindada el 4, 5 y 6 de diciembre de 2012, con motivo de la cual su bebé haya nacido sin vida.

10. Opinión Médica de 16 de julio de 2014, que realizó un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en la cual concluye que la práctica médica aplicada a V1, no fue adecuada, oportuna ni eficaz como debió haber sido ante un caso de embarazo de pos-término, ya que la muerte del bebé de la paciente era previsible, ya que existió oportunidad si se hubiera tomado la decisión de interrumpir el embarazo. Que hubo inadecuada evaluación de las condiciones obstétricas y no se respetó la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido NOM.007-SSA2-1993. Que la inadecuada evaluación de las características del caso, derivó a un intento de trabajo de parto con una paciente de estatura por debajo del promedio, con producto fetal que no se valoró y resultó con peso de 3720 gramos, lo que para la paciente era mínima la posibilidad de un parto vaginal, por lo que no se apegaron a las normas de atención y se minimizó el riesgo perinatal reasignando la edad gestacional, no efectuaron una valoración adecuada de las condiciones obstétricas de la relación pélvica y permitieron un trabajo de parto con mínimas posibilidades de éxito.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 4 de diciembre de 2012, V1, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, por presentar dolores inherentes al parto con sangrado vaginal, siendo atendida en dos ocasiones por AR1 y AR2, personal médico, respectivamente, quienes le indicaron que aun no presentaba trabajo de parto, siendo dada de alta, con cita abierta en caso de presentar datos de alarma.

El 5 de diciembre de 2012, a las 05:50 horas, la víctima acudió por tercera ocasión a ese nosocomio al persistir los dolores tipo obstétricos con líquido transvaginal, precisando que para entonces contaba con un embarazo de 43.6 semanas de gestación, tomando como fecha su última regla, el cual fue modificado a 41.3 semanas, de acuerdo con datos de ultrasonido, que al ser atendida por AR3, personal médico, le indicó ya estaba en fase latente de trabajo de parto, producto con movimientos fetales presentes y frecuencia cardíaca fetal de 130 latidos por minuto, decidiendo su egreso con datos de alarma, con la indicación de que regresara en tres horas a revaloración.

A las 09:15 horas, V1 fue atendida por AR4, personal médico, quien a la revisión médica encontró ruptura de membranas y dilatación de 4 cm por lo que ordenó su ingreso hospitalario de V1, quien a las 17:05 horas fue valorada por AR2.

A las 20:30 horas, la paciente fue atendida por AR5, personal médico, quien diagnóstico cérvix de 5 a 6 cm, con 70% de borramiento, amnios roto, escasa salida de líquido claro, variedad de posición de occipito izquierda posterior con extremidades normales, frecuencia cardíaca fetal de 155 latidos por minuto, por lo que continuó con conducción de trabajo de parto.

El 6 de diciembre de 2012, a las 01:00 horas, V1 pasó a la sala de expulsión, prolongándose trabajo de parto, encontrándose a las 01:40 horas, tinte meconial y líquido fétido, por lo que se decidió interrupción de embarazo via cesárea, de la que se obtuvo un producto femenino sin vida, de 3720 gramos y talla de 53

centímetros, cavidad uterina hipertérmica y líquido amniótico con tinte meconial fétido, asentándose en el certificado médico de muerte fetal, afectación por corioamnionitis y rupturas de membranas.

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 en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

11

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 2VQU-0010/2013, 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 atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, derivado de la inadecuada atención médica y la integración irregular del expediente clínico en atención a las siguientes consideraciones:

La víctima manifestó que el 4 de diciembre de 2012, a las 09:20 horas, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, al presentar dolores inherentes al parto, con sangrado vaginal, que AR1 personal médico, le indicó que regresara en cuatro horas para ser revalorada, ya que solamente presentaba dilatación de 2cm con borramiento del 20%, y frecuencia cardiaca fetal de 143 latidos por minuto, que el sangrado se debía a que su bebé se estaba acomodando para nacer, que al persistir el dolor abdominal, acudió por segunda ocasión a las 14:20 horas, siendo valorada por AR2, personal médico, quien decidió su egreso, con datos de alarma.

Agregó que el 5 de diciembre de 2012, a las 05:00 horas acudió por tercera ocasión al Hospital General de Ciudad Valles, ya que presentaba líquido transvaginal, siendo atendida por AR3, personal médico, quien de acuerdo a la nota médica del expediente clínico que se elaboró en ese nosocomio a V1, asentó que la paciente presentó líquido transvaginal, movimientos fetales presentes de 130 latidos por minuto, determinándose que se encontraba en fase latente de trabajo de parto, es decir el periodo de tiempo donde hay contracciones irregulares y cambio en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm, sin embargo, se decidió el egreso de la paciente para ser valorada en cuatro horas.

En este sentido, del informe que rindió la Jefa del Área de Ginecología, se confirmó que a las 05:50 horas, de 5 de diciembre de 2012, V1 refería actividad relacionada con el trabajo de parto, que fue valorada por cuarta ocasión a las 09:15 horas, por lo que se decidió su ingreso a la sala de labor, ya que presentaba 4 cm de dilatación, con frecuencia cardiaca fetal de 121 latidos por minuto.

Ahora bien, de la revisión que se realizó al expediente clínico que se integró a V1, se destaca el Historial Clínico que suscribió AR4, personal médico del área de Gineco-obstetricia, de 5 de diciembre de 2012, se asentó que la paciente ingresó al presentar dolor tipo obstétrico y ruptura de membranas, quien al valorarla por segunda ocasión a las 13:45 horas de ese día, presentaba 3 cm de dilatación, y que aún no registraba trabajo de parto.

En su queja, la víctima señaló que posterior a su ingreso hospitalario no se le realizó ultrasonido, y al momento de colocarle el instrumento para medir la frecuencia cardiaca fetal de su bebé, el médico le señaló que no estaba funcionando de manera correcta. La agraviada refirió que le comentó al doctor que la atendía que los dolores que presentaba eran más fuertes, y le respondió que todo estaba preparado para que su bebe naciera por parto natural.

La evidencia permite advertir que a las 17:05 horas del 5 de diciembre de 2012, AR2, revisó por segunda ocasión a V1, anotando dilatación de 5cm y borramiento del 60%, lo que confirmó la Jefa del área de ginecología, quien en su informe detalló que en el turno vespertino, la víctima presentó trabajo de parto irregular, producto en presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minutos, membranas integra, y que a las 18:00 horas, la paciente presentó 4 cm de dilatación y entró a fase activa de parto, al presentar contracciones dolorosas regulares con dilatación progresiva.

No obstante lo anterior, la evidencia permite acreditar que después de las 18:27 horas, V1 fue valorada por AR5, quien a las 20:30 horas, asentó en la hoja de urgencia que presentó cérvix central de 5-6 centímetros de dilatación y 70% de borramiento, teniendo como hallazgo amnios roto y escasa salida de líquido claro; además del informe de la Jefa del área de Ginecología, se observó que la frecuencia cardiaca fetal fue de 155 latidos por minuto, continuando el trabajo de parto hasta que la paciente presentó completa dilatación y borramiento, y a las 01:40 horas, del 6 de diciembre de 2012, presentó tinte meconial y líquido fétido.

Del resultado de la investigación se advirtió que AR5, practicó cesárea a V1, al no lograrse el parto natural, teniendo como resultado un producto sin vida, femenino, de 3720 kilogramos de peso, y 53 centímetros de talla, lo que se constató con la nota médica, suscrita por AR6, en la que además asentó que la víctima presentó trabajo de parto con periodo expulsivo prolongado, variedad de posición persistente y probable corioamnionitis, por lo que se decidió la interrupción del embarazo vía cesárea, confirmando corioamnionitis, cavidad uterina hipertérmica, y líquido amniótico con tinte meconial fétido.

Ahora bien, de acuerdo con el certificado médico que al efecto expidió AR5, se determinó como causa de la muerte fetal a la contaminación del nasciturus por corioamnionitis así como a la ruptura de membranas.



En este sentido, la citada opinión médica que sobre el caso emitió un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que la inadecuada evaluación de las condiciones obstétricas en una paciente con un embarazo pos término, así como un intento de trabajo de parto con una paciente de estatura por debajo del promedio, con un feto al cual no se valoró y resultó con peso de 3720 gramos, era mínima la posibilidad de un parto vaginal, por lo que no se apegaron a las normas de atención, minimizando el riesgo perinatal sin realizar una valoración adecuada de las condiciones obstétricas de la relación pélvica, permitiendo un trabajo de parto con mínimas posibilidades de éxito, por lo que no se respetó la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido NOM.007-SSA2-1993.

14

De igual manera, en la citada opinión médica, se advierte que hubo imprecisiones en la anotación de la edad gestacional por ultrasonido, sin que se contara con ninguna nota, reporte de ultrasonido o medidas que hayan documentado los hallazgos del ultrasonido, y solamente se tomó como referencia que la paciente presentaba 41.3 semanas de gestación, cuando de acuerdo a la fecha de la última regla cursaba un embarazo de 43.5 semanas.

Es importante subrayar que en la opinión médica, se señaló desde la primera nota de 17 de noviembre de 2012, se estimó una edad gestacional de 39.4 semanas, cuando la obtenida por amenorrea era de 41.3 semanas, es decir, había una diferencia de una semana y seis días, la cual no fue mayor a la que se estima en el tercer trimestre para una edad gestacional obtenida por ultrasonido, donde está establecido que es de 2 a 2.3 semanas, lo que determina que no es justificable modificar la edad gestacional por un ultrasonido de tercer trimestre, por lo que el error fue en cascada, ya que de aplicarse, debería ser en un embarazo de amenorrea prolongada, es decir, mayor a las 42 semanas cumplidas.

Es preciso señalar que el cambio de la edad gestacional se realizó cuando la paciente cursaba un embarazo de término, ya que se redujo la edad gestacional y no se consideró que con ese cambio, para el 5 de diciembre de 2012, la víctima ya cursaba un embarazo de pos-término de 43.5 semanas de gestación, circunstancia que indujo a que se minimizara el riesgo de mortalidad fetal, debido a que se duplica en la semana 42, triplica en la 43 y cuadriplica en la 44 o más.

En tal sentido, de las constancias que integran el expediente clínico que se elaboró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, se advirtió que el 17 de noviembre de 2012, la víctima había acudido al presentar abundante flujo blanquecino amarillento, diagnosticándole cervicovaginitis, asentándose en la nota médica que presentaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación por datos de ultrasonido extrapolado y de 41.3 semanas de gestación por fecha de última regla.

15

En este aspecto, el dictamen determinó que en la revisión del 17 de noviembre de 2012, se debió indicar a la paciente que debía de presentarse a las 42 semanas de gestación para iniciar el protocolo de atención, y no como ocurrió, que V1 se presentó hasta las 43.5 y 43.6 semanas de gestación; es decir el 4 y 5 de diciembre de 2012, como se corroboró con la historia clínica perinatal de 6 de diciembre de 2012, en la que se asentó que a las 14:20 horas del 4 de diciembre de 2012, se realizó a V1 la primera revisión ginecológica pre-parto en labor, con 43.5 semanas de gestación por fecha de última regla.

Además, debido a la edad gestacional de V1, en el manejo intrahospitalario del 5 de diciembre de 2012, se debió valorar el estado fetal de la manera más completa, ya que solo se practicó prueba sin estrés y monitorización durante trabajo de parto; sin embargo, de las evidencias que integran el expediente clínico se advirtió que no se evaluó la cantidad de líquido amniótico por ultrasonido, índice de salud fetal en complemento de una fotometría que se consideran indispensables para establecer la salud fetal y determinar potenciales condiciones de riesgo fetal, y tampoco se consideró el peso fetal.

Se advirtió también que la paciente registró una talla de 1.51 metros, y que el trabajo de parto se prolongó hasta llegar a la dilatación completa, para obtener un producto femenino de 3720 gramos de peso, como resultado de una cirugía de urgencia que no fue exitosa debido a la muerte fetal, situación que la opinión médica considera como irregular, ya que de acuerdo con la revisión histórica y los hallazgos anotados en el expediente, se debió haber considerado el diagnóstico de desproporción céfalo pélvica, lo que en el presente caso no aconteció.

En efecto, de las evidencias que se recabaron permiten acreditar que se le practicó a V1, puerperio quirúrgico por periodo expulsivo prolongado, como se asentó en la hoja de hospitalización signada por AR6, personal médico responsable de la atención de la Víctima, lo que se robustece con los datos obtenidos de las hojas de alta y de diagnóstico de egreso de 9 de diciembre de 2012, en la que refiere que V1 pasó a sala de expulsión donde presentó periodo expulsivo prolongado, más variedad de posición persistente, por lo que se le realizó puerperio quirúrgico por periodo expulsivo prolongado y corioamnionitis.

La práctica médica aplicada a V1 fue deficiente por inadecuado cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, por falta de calidad de la atención, oportunidad de la misma, accesibilidad, a los resultados, calidez en la atención, y con información que se proporciona al usuario del servicios, oportunidad en la atención, concurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada, por lo que se requiere la existencia de criterios técnico-médicos por escrito para el uso racional de tecnológicas como cardiotocografía y el ultrasonido, y la valoración oportuna de un diagnóstico de desproporción céfalo pélvica, por lo que personal médico está obligado a realizar una adecuada valoración de la paciente y hacer uso de los elementos tecnológicos que existen en el hospital, lo cual no ocurrió en el presente caso.



En ese sentido, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

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. 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.

17

Por otra parte, aunado a que no considero el diagnóstico de desproporción céfalo pélvico en relación con la estatura de V1, no se realizaron estudios para determinar la cantidad de líquido amniótico por ultrasonido y se modificó la edad gestacional sin asentar en las notas medicas del expediente clínico, las razones y estudios para llegar esa conclusión, es de considerarse que con estas omisiones se cometieron irregularidades en la integración del expediente clínico.

Además que de que en la opinión médica se advirtió que ante una muerte perinatal, no se obtuvo información razonable para un diagnóstico completo, es decir, no se registraron las características físicas del recién nacido y no se tomaron muestras para microbiología o enviar a patología la placenta y membranas, elementos mínimos para efectuar un diagnóstico de infección.

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 4.4, 5.1 y 10.5 establecen que los prestadores de

servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener la descripción de los resultados de estudios e interpretación del médico tratante, y en los reportes de causa de muerte, las notas de defunción y muerte fetal.

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.

18

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.

Por tanto debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Perito Especialista en Ginecología y Obstetricia, y Medicina Materno Fetal, se advierte que la atención que se



proporcionó a la víctima no fue la adecuada, oportuna y eficaz que debería de corresponder ante un caso de embarazo de postérmino, concluyendo que la muerte del nasciturus de V1, era previsible, que si hubo tiempo y oportunidad de haberse tomado la decisión de interrumpir el embarazo con anticipación.

Asimismo, la actuación del personal médico a cargo del cuidado y atención médica de V1, fue inadecuada ya que en su calidad de garantes de la salud omitieron brindarle la atención correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 5 inciso A fracciones I y II, 14 fracción I, 23 fracción III, 51, 289 de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, artículo 7 del Reglamento de la Ley Estatal de Salud, los cuales señalan que la atención materno infantil tienen carácter prioritario, que incluye la atención de la mujer en el embarazo y parto, que la atención médica debe ser expedita y de calidad, preferentemente para grupos vulnerables en los que se encuentran las mujeres en periodo de gestación.

19

En el caso, se dejaron de observar el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, 18, 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; 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.

También se incumplió lo que señalan 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 el derecho a la



vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 56, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí, que establece que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la deficiencia de ese servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Por lo que respecta al pago de la reparación del daño, 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; 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 del daño.

En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI; 67, 68, 88, fracción II; 96, 97, fracción I; 106, 110, fracción V, inciso c); 11, 112, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos al derecho a la protección de la salud y a la vida de V1, se deberán inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

En concordancia con ello y 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 particular en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del expediente clínico.

En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted Director General de los Servicios de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

21

PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado a V1, que se traduzca en una compensación justa y equitativa, que incluya la atención médica y psicológica que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Ciudad Valles, y envíe a esta Comisión las constancias de 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 los servidores públicos relacionados con los hechos de la presente Recomendación, respecto en la atención médica de V1 y por las omisiones en la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, colaborando de manera efectiva para proporcionar la información que se le requiera y tenga a su disposición.

TERCERA. Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, 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 la Norma Oficial Mexicana correspondiente, y se remitan las constancias de cumplimiento.

CUARTA. Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Nacional Víctimas, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, 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, sobre el expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

22

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.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 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 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 caso de que la recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este Organismo Público, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, para que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

23

LIC. JORGE VEGA ARROYO