

Recomendación 12/2016
Guadalajara, Jalisco, 31 de marzo de 2016
Asunto: violación del derecho a la protección de la salud
Queja 2861/2015

Doctor Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud del Estado y director
general del OPD Servicios de Salud Jalisco

Síntesis

El día [...] del mes [...] del año [...]acudió una mujer al Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, porque tenía contracciones de su segundo embarazo y se encontraba en la semana 40 de gestación, pero el médico que la revisó le dijo que apenas tenía un centímetro de dilatación, que se fuera a su domicilio y regresara en cuatro horas, ya que así podría dilatar más con la deambulación.

Transcurridas las cuatro horas, regresó al hospital y la volvió a revisar el médico, quien le comentó que sólo traía dos centímetros de dilatación, pero como sus contracciones eran más fuertes, decidió internarla, puesto que dos años antes le habían practicado una cesárea y podría existir riesgo de una hemorragia interna; sin embargo, pasaron otras cinco horas antes de que la ingresaran a la sala de cirugía.

La quejosa señaló que cuando sintió que su bebé había nacido, no escuchó que llorara, por lo que le preguntó al pediatra qué había pasado. Él le contestó que, por equivocación del personal, la tuvieron mucho tiempo en trabajo de parto, lo que provocó que su bebé se hiciera popó y la inhalara, por lo que sus pulmones no reaccionaban, además de que tampoco recibió oxígeno al momento de nacer.

Durante la investigación de los hechos se demostró que ninguno de los médicos que intervinieron en la atención de la quejosa el día [...] del mes [...] del año [...] dio indicaciones de monitorizarla debidamente para detección oportuna de sufrimiento fetal agudo, situación que se confirmó con la presencia de líquido meconial, y tampoco se realizó un adecuado registro del partograma, ni

tomaron las providencias adecuadas para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4°; 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75, 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ, así como 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, investigó la queja 2861/2015-IV por la posible violación del derecho a la protección de la salud, atribuida a personal médico del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, y ahora se procede a su análisis para su resolución, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió en esta Comisión la queja que por escrito formuló la (quejosa), en contra del personal médico que la atendió el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos (HMIELM), de quienes consideró que, con sus conductas, incurrieron en violaciones de sus derechos humanos y de su hijo recién nacido, para cuyo efecto manifestó:

El día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente como a las 8:00 a.m., estaba en mi casa cuando me empezaron las contracciones de mi segundo embarazo, que de hecho ya estaba en término (40 semanas de gestación), y decidí acudir a la clínica Esperanza López Mateos de maternidad, acompañada por mi madre (familiar)., llegando ahí como a las 10:05 a.m., luego explicando el motivo de acudir a urgencias diciéndoles de los dolores en mi vientre, espero el turno que me tocaba, y cuando entro el doctor me revisa y me dice que traigo apenas 1cm. de dilatación, me dice que regrese a mi domicilio y que regrese más tarde, que no tenía caso que me quedara, y así podría dilatar más con las caminadas. Salí y le dije a mi mamá que me había regresado, puesto que no tenía caso que me quedara si no había dilatado mucho, que regresara en 4 horas. Nosotras, como vivimos en [...], y se nos complicaba mucho ir y venir a la casa, ya que hacemos casi 2 horas de camino hacia el hospital, acordamos rentar un hotel por 5 horas, en lo que yo regresara de nuevo al hospital, ya que no había sala de espera ni nada. Se llegan las 4 horas y regreso, eran como las 2:15 aprox., me vuelve a checar el doctor y me dice que sólo traía 2 cm. de dilatación, pero mis contracciones eran más fuertes, y el doctor al ver mi anterior expediente decidió internarme, puesto que hace 2 años, el día [...] del mes

[...] del año [...] exactamente, tuve una cesárea y me dijo que era muy riesgoso dejarme aguantar más las contracciones, ya que por la anterior herida podría haber una hemorragia interna; ya explicado esto, me dijo que me tendrían que hacer nuevamente una cesárea para no correr riesgos. Le dije que sí estaba de acuerdo, hiciera los trámites y todo para ser hospitalizada, pero ya estando adentro en labor de parto, yo estaba con más contracciones más fuertes. Yo miraba y me iban a checar a cada rato el corazón de mi bebé, pero pasaron todavía 5 horas y escucho que llega un doctor preguntando a los enfermeros que si ya estaba preparada la paciente (quejosa) para trasladarla a la sala de operaciones y poder anestésicarla, y un enfermero dijo que si yo no era para parto normal, y el doctor responde que no, que me pasaran de inmediato a sala de operación.

Cuando me están operando y siento que mi bebé había nacido, no escucho llanto ni nada y de inmediato supe que algo no estaba bien. Se escucha al pediatra que lo atendía diciendo que ocupaba oxígeno y así, yo angustiada, le pregunté al pediatra qué pasaba, por qué no lloró mi bebé y por qué los aparatos estaban siendo utilizados para reanimarlo; me contesta el pediatra que como me tuvieron mucho tiempo en trabajo de parto, siendo que fue una equivocación del personal, mi bebé sufrió mucho dentro de mí y se hizo popó; todo eso él lo inhaló y sus pulmones no reaccionaban, y que podría ser muy grave, ya que tampoco recibió oxígeno al momento de nacer.

Así fue, me llevaron a la sala de recuperación, luego al cuarto donde están las camillas; le pregunto a un enfermero que a qué hora podría ver a mi bebé, porque nadie me daba información, y me dijo que se quedaría en cuneros porque estaba delicado. Así me quedé toda la noche sin poder dormir; al día siguiente voy a mirarlo a los cuneros y vaya sorpresa, estaba todo entubado, con oxígeno y muchas cosas más que nunca imaginé poderlo ver así. Al final de la visita me dice la pediatra, la que lo atendía, que mi bebé estaba muy grave, que le iban hacer muchos estudios para valorarlo a fondo porque lo que le había pasado era muy delicado; al día siguiente voy de nuevo a los cuneros para que me den información. Afortunadamente el estudio de sus pulmones salió bien, pero lo preocupante era que su cerebro estaba muy inflamado, por lo mismo que no recibió oxígeno al nacer, y tenía que quedarse en observación. No sabían cuántos días. A mí me dieron de alta el día [...] del mes [...] del año [...], salí muy triste porque no había salido con mi bebé, pero pues estaba delicado y lo entendí.

El día [...] del mes [...] del año [...] vuelvo a urgencias por un dolor que traía en la herida, en mi vientre y mucha fiebre y sangrado, me vuelven a internar 4 días porque tenía coágulos en mi matriz y tenían que deshacerlos con antibiótico; el día [...] del mes [...] del año [...] salgo y regreso a mi casa, pero al día siguiente tenía que ir de nuevo para mirar a mi bebé. Así estuve yendo todos los días. El día [...] del mes [...] del año [...] me dieron de alta a mi bebé, pero me dieron orden para nuevas citas para él, con el cardiólogo, neurólogo y el CRIT; pregunté que por qué al CRIT, y me explicaron que ocuparía atención especializada, ya que la falta de oxígeno podría traer graves consecuencias a futuro, secuelas que ocupaban de esta institución (CRIT).

Mi preocupación sigue porque yo no quiero ni imaginar lo que le podría pasar a mi hijo, siendo culpable el personal de este hospital, el error de ellos me ha llevado a todo esto. Mi bebé sigue delicado también de su corazón, y lo estoy tratando con medicamento.

Yo sólo quiero su ayuda y apoyo, que me orienten, en caso de que mi hijo ocupara más atención, o se suscitara otro problema, quiero que este hospital se haga responsable, responsable de sus actos, porque nosotros somos de bajos recursos y no podríamos pagar gastos más adelante. Por lo pronto lo estaré llevando a terapias y a sus citas para su pronta recuperación.

2. El día [...] del mes [...] del año [...] se admitió la queja y se solicitó la colaboración del director del HMIELM para que proporcionara a esta Comisión los nombres de los médicos y enfermeras de ese nosocomio que atendieron a la paciente (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...]. Asimismo, se le pidió que requiriera a dichos servidores públicos para que rindieran sus respectivos informes, y que remitiera copia certificada del expediente clínico de dicha paciente, así como del expediente relativo a su hijo recién nacido.

3. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el (medico), director del HMIELM, al que anexó una lista con los nombres del personal médico y de enfermería que intervino en la atención de la quejosa (quejosa):

Personal médico

Dr. Manuel Antonio Díaz Ochoa
Dr. Alberto García Hinojosa
Dr. (medico2)
Dra.(medico3)
Dr. (medico4)
Dra. Soledad Castañeda Cárdenas

Personal de enfermería

(enfermera)
(enfermera2)
(enfermera3)
(enfermera4)
(enfermera5)
(enfermera6)
(enfermera7)
(enfermera8)

(enfermera9)
(enfermera10)
(enfermera11)
(enfermera12)
(enfermera13)

4. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el director del HMIELM, al que anexó copia certificada del expediente clínico de la (quejosa).

5. El día [...] del mes [...] del año [...]se recibió el informe que rindió (enfermera5), enfermera auxiliar del turno vespertino en el HMIELM, en el que asentó:

El día [...] del mes [...] del año [...] yo (enfermera5), me presenté a trabajar en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, en el turno de la tarde a las 13:30, me mandaron a mi servicio en labor, en donde recibí a la (quejosa), en el área de labor a las 17:00 la miré consciente; tranquila, orientada, donde yo procedí a canalizarla y ponerle una solución Hartmann de 1000cc, y procedí a tomar mis signos vitales con T/A 124/81, una respiración: 21, pulso: 74 y una temperatura de 36.5°C.

6. El día [...] del mes [...] del año [...]se recibió el informe que rindió la (enfermera4), en el que manifestó:

Por medio de la presente hago constar que mi participación en el caso de la paciente (quejosa) fue:

-En la hoja de cirugía segura o pausa quirúrgica el día [...] del mes [...] del año [...].

Sin más por el momento quedo a sus órdenes esperando que sirvan de prueba los mismos documentos del expediente clínico.

7. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió el (enfermero9), en el que expuso:

Por medio de la presente hago de su conocimiento mi participación en el caso de la paciente (quejosa)fue:

- a) Hoja de registro de enfermería.
- b) Hoja de valoración de revaloración de 01-04-15 enfermería en puerperio.

c) Hoja de indicaciones médicas, circulando medicamentos administrados.

8. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por la (enfermera3), en el que asentó:

Por medio de la presente hago de su conocimiento mi participación en el caso de la pte. (quejosa).

a) Instrumentista del evento Qx. 31/03/15.

b) Aparece mi nombre en evento Qx Ó hoja de cirugía Qx.

9. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por la enfermera (enfermera6), en el que manifestó:

Por medio de la presente doy a conocer mi participación en el caso de la paciente (quejosa) fue:

a) Hoja de enfermería, haciendo nota quirófano y recuperación aplicando medicamentos 31/03/15.

b) Hojas de indicaciones médicas, circulando medicamentos aplicados.

10. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por la (enfermera), adscrita al HMIELM, en el que expuso:

Siendo enfermera adscrita al Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos hago de su conocimiento mi reporte.

Mando un cordial saludo y le comunico que la (quejosa) de expediente clínico No[...].

Acude a urgencias el día [...] del mes [...] del año [...] a las 11:06 de la mañana, a la cual yo sólo tomé signos vitales, ya que soy la enfermera de primer contacto, a esa hora se pasa a admisión, continúa siendo antes valorada por un médico, quien la pasa al área de admisión.

11. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por el (medico2), en el que asentó:

[...]

2. Laboro como personal en el área de anestesiología en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, con un horario nocturno de 20:00 a 07:30 horas. Es el caso que el día [...] del mes [...] del año [...], me constituí en el aludido nosocomio aproximadamente a las 20 veinte horas, para desempeñar mis actividades propias como médico, es decir: ingresé al área de quirófanos para iniciar evento anestésico.

3. En este orden de ideas, en la fecha que refiero, cerca de las 20:45 horas revisé por primera ocasión a la paciente (quejosa), quien se encontraba con diagnóstico preoperatorio de no progresión en TP, cesárea previa (elaborado por diverso facultativo que atendió su ingreso). A la exploración física encontré lo siguiente: paciente en buen estado general, orientada en tiempo, espacio y lugar, bien hidratada; procediendo a realizarle la correspondiente valoración preanestésica, así como el debido interrogatorio de antecedentes no patológicos, antecedente anestésicos y antecedentes personales patológicos; explicándole a la paciente el tipo de anestesia que le aplicaría, a la par de los posibles riesgos que ello origina. Así las cosas, la paciente aceptó mi explicación, y acto seguido diverso cirujano realiza la cesárea.

4. Tal como se puede advertir, de las notas glosadas en el expediente clínico de la paciente, foliadas con el número 8 y 9, brindé la debida atención médica con apego a las Normas Oficiales Mexicanas y con la diligencia que mi especialidad requiere, notas de las cuales esta H. Visitaduría podrá observar a detalle los signos vitales, así como el comportamiento clínico respecto a la técnica anestésica empleada, recalcando que fue un evento (aplicación de bloqueo subdural) sin complicaciones y eventos inesperados, por lo que al suscrito atañe.

5. En base a lo que refiero en los párrafos que anteceden, sigo haciendo de su conocimiento que, una vez finalizada la atención anestésica dentro del evento quirúrgico, la paciente se pasó (por lo que ve al área médica que desempeño), a la Unidad de Cuidados pos anestésicos UCPA, y posteriormente, alrededor de las 24:00 horas, fue dada de alta del servicio de anestesiología, para después pasar a piso y cumplir su periodo de Puerperio Fisiológico.

[...]

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por el doctor Manuel Antonio Díaz Ochoa, médico ginecoobstetra del HMIELM, en el que manifestó:

Al efecto, entero a usted que conocí a la paciente (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...] por primera ocasión, a las 16:30 horas, momento en el cual es ingresada a trabajo de parto por el de la voz, con un diagnóstico de embarazo a término más ruptura de membranas.

Como antecedente, se tiene que la paciente había acudido el mismo día a las 11:06 horas, encontrándose en ese momento con una dilatación de 1 centímetro, por lo que fue enviada a deambular y citada en cuatro horas.

En trabajo de parto el producto estaba en presentación cefálica, con un foco fetal de 139 latidos por minuto (normal), con dilatación de 3 centímetros del cérvix y 70% de borramiento, al ser ingresada a la sala de labor por un servidor, recibió varias revisiones, encontrando los médicos de la sala de labor una frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, por lo que a las 21:16 horas del día [...] del mes [...], decidí intervenirla quirúrgicamente por el método de cesárea kerr, encontrando y obteniendo producto único, vivo, de sexo masculino y peso de 3,300 gramos y apgar de 4-7, con talla de 52 centímetros y 40 semanas de gestación. El producto al parecer fue llevado a la sala de cuidados intensivos del Hospital en el área de neonatología.

La paciente evoluciona con puerperio en sala del Hospital sin presentar complicaciones, donde se aplicó inmunoglobulina, por ser grupo de sangre O negativo, siendo dada de alta el día [...] del mes [...] del año [...].

Resulta pertinente aclarar que no hubo mala praxis de mi parte en la atención médica que le proporcioné a la paciente, pues únicamente me correspondió atender médicamente a la paciente en la fecha referida en el área de la consulta externa del servicio de urgencias, sin que hubiera yo participado en ningún evento quirúrgico de los realizados a la paciente.

Así entonces, niego por no ser ciertos los hechos que sin fundamento y en forma por demás tendenciosa y subjetiva se pretende hacer valer en mi contra, manifestando bajo protesta de decir verdad, que en mi actuar profesional siempre me he conducido con probidad, honradez ética y responsabilidad, cuidando siempre el bienestar de mis pacientes o usuarios...

13. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió la (enfermera13), en el que expuso:

Siendo las 13:30 horas con 30 minutos del día [...] del mes [...] del año [...], ingresé a laborar como de costumbre en mi horario normal; llegadas las 16:50 dieciséis horas con cincuenta minutos del mismo día mencionado, en el área de admisión, ubicado dentro del mismo Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, acude la paciente de nombre (quejosa), al área de urgencias, para revisión del embarazo por presentar contracciones uterinas tipo trabajo de parto; al ser atendida, el médico de guardia decide ingresarla al área de labor, con diagnóstico de embarazo de término más trabajo de parto, misma que se encontraba con contracciones, mucosas hidratadas, estado hídrico normal, siendo una gesta 2 dos, con una cesárea anterior de hace 2 dos años, presentando un embarazo actual de 40.1 cuarenta punto uno semanas de gestación, con 2 dos centímetros de dilatación, 70% de borramiento; se le coloca bata, brazaletes y listón

amarillo; así mismo, presenta signos vitales T/A 128/86, FR 20, FC 82, TEMP 36.5°, refiriendo alergias negadas, 3 tres horas de ayuno, grupo sanguíneo O (-) negativo, y solicitando para planificación familiar el implante subdérmico. Por último, pasando al área de labor para su atención.

14. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por el (enfermera12), en el que asentó:

Siendo las 7:00 del día [...] del mes [...] del año [...], ingresé a laborar en mi horario normal, en el área de Puerperio Patológico, ubicado dentro del mismo hospital; me dispuse a recibir a la paciente de nombre (quejosa), con diagnóstico de post quirúrgico de cesárea, misma que se encontraba consciente, ubicada en tiempo y espacio, con sangrado transvaginal moderado, venoclisis permeable y signos vitales en los parámetros, así mismo, se le tomaron signos vitales T/A 97/53, FR 20, FC 60, TEMP 36°; una vez lo anterior, y por indicación médica, se administraron los siguientes medicamentos; cefalexina 500 mg. VO cada 8 horas, a las 9:00, paracetamol 1 gr. VO cada 8 horas a las 9:00, diclofenaco 1 ampola IM cada 12 horas, a las 12:00 horas ketorolaco 30 mg. IV cada 8 horas, a las 13:00 horas; el mismo día se retira sonda Foley, se realiza curación de herida y vendaje abdominal, brindando cuidados generales de enfermería.

15. El día [...] del mes [...] del año [...]se recibió el informe que rindió la doctora Soledad Castañeda Cárdenas, médica ginecoobstetra, en el que manifestó:

Se trata de la paciente de nombre (quejosa), de aproximadamente 22 años de edad, quien yo la atendí en consulta en el área de Admisión de Urgencias el día [...] del mes [...] del año [...], adonde acudió con embarazo de término y dolor tipo cólico, con antecedentes de ser secundigesta con cesárea anterior (2 años previsto), con signos vitales en parámetros normales: presión arterial 112/80 mmhg, frecuencia cardíaca de 73 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 36 grados centígrados.

Al realizar exploración obstétrica se encuentra útero gestante, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico, con frecuencia cardíaca fetal de 156 latidos por minuto, cérvix central con 1 centímetro de dilatación y 50% borramiento, amnios íntegro.

Concluyendo en el diagnóstico de embarazo de 40 semanas, pródromos de trabajo de parto, con terapeuta empleada: revisión, cita abierta, se explicaron señales de alarma, con cita para revaloración, con pronóstico reservado a evolución en base a que no tenía trabajo de parto establecido, ni contraindicación para prueba de trabajo de parto después de cesárea (como lo indica la guía de práctica clínica de parto después de una cesárea).

Resulta pertinente aclarar que no hubo mala praxis de mi parte en la atención médica que le proporcioné a la paciente, pues únicamente me correspondió atender médicamente a la paciente en la fecha referida en el área de admisión del servicio de urgencias, sin que hubiera yo participado en ningún evento quirúrgico de los realizados a la paciente.

Señalando bajo protesta de decir verdad que el oficio número [...], me fue notificado el día [...] del mes [...] del año [...], mediante memorándum emitido por el Dr. (medico), director del [...].

Así entonces, niego por no ser ciertos los hechos que sin fundamento y en forma por demás tendenciosa y subjetiva se pretende hacer valer en mi contra, manifestando bajo protesta de decir verdad, que en mi actuar profesional siempre me he conducido con probidad, honradez, ética y responsabilidad, cuidando siempre el bienestar de mis pacientes o usuarios...

16. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], firmado por el (medico), director del HMIELM, mediante el cual informó:

Cabe resaltar que se elaboraron 19 notificaciones de las cuales no se entregaron 6, ya que el personal no acudió al requerimiento realizado por esta Dirección por las causas que continuación se mencionan.

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.155/15 Dr. Alberto García Hinojosa. Cambio de residencia.

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.161/15 (enfermera2). Incapacidad.

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.166/15 (enfermera7). No acudió

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.167/15 (enfermera8). Proceso legal.

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.169/15 (enfermera10). No acudió.

MEMORÁNDUM SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.170/15 (enfermera11). Renuncia.

17. El día [...] del mes [...] del año [...] se requirió por segunda ocasión a los médicos Alberto García Hinojosa,(medico3)y (medico4), así como a los (enfermera2), (enfermera7), (enfermera8), (enfermera10) y (enfermera11), para que rindieran su informe sobre los hechos motivo de la queja.

18. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la (medico3), ginecoobstetra del [...], mediante el cual en cumplimiento del requerimiento de informe que le dirigió esta Comisión, remitió copia simple de un resumen clínico respecto a la atención que se le brindó a la (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...]en ese nosocomio, en el que se asentó:

Antecedentes: paciente que ingresó con embarazo de término, a quien se le realizó cesárea.

Diagnóstico: Alta por mejoría ya que no tuvo complicaciones en la cesárea.

Tratamiento. 1. Cita abierta al servicio de urgencias; 2. Se dan indicaciones de urgencia a su egreso; 3. Receta por medicamentos utilizados; 4. Recomendaciones para continuar su recuperación en su domicilio.

Evolución. Únicamente se tuvo contacto con la paciente el día [...] del mes [...] del año [...], donde se encuentra con buen estado en general, con signos vitales estables, útero en involución y loquios escasos, motivo por el cual, se dio su alta del servicio para que continuara su recuperación en su domicilio.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 30 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el numeral 4.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, del expediente clínico y demás disposiciones legales vigentes aplicables y a petición de la autoridad solicitante, se expide el presente resumen clínico con la información disponible, para los fines legales a que haya lugar, en mi calidad de médico responsable a los 15 días del mes de septiembre del año dos mil quince.

19. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió el (medico4), en el que expuso:

El día [...] del mes [...] del año [...] acude la C. (quejosa) al servicio de admisión continua hospitalaria, por presentar dolor tipo cólico, con un embarazo de 39.1 semanas por fecha de última regla; se le realizó triage a las 11:11 hrs, se le llamó para pasar a revisión médica, no contestando al llamado, por lo que se le vuelve a llamar y se inicia revisión a las 13:10 hrs, se realiza interrogatorio médico y exploración obstétrica, encontrando signos vitales estables, producto único, con frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto; al tacto vaginal, con cérvix cerrado, formado y amnios íntegro, sin datos de urgencia obstétrica al momento de la exploración, dejando como indicaciones alta a domicilio con datos de alarma obstétrica y cita abierta urgencias, con un pronóstico para la vida y la función reservado a evolución. Dando con ello por terminada mi atención médica a la C. (quejosa).

20. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió la (enfermera2), en el que manifestó:

Por el medio del presente tengo a bien rendir mi informe de antecedentes, con respecto a lo solicitado mediante memorando [...], de fecha día [...] del mes [...] del año [...], con referencia al oficio [...], queja número [...], por parte de la Comisión Estatal de

Derechos Humanos, respecto de la atención brindada a la paciente C. (quejosa) el pasado día [...] del mes [...] del año [...], por lo que lo solicitado se rinde en los siguientes términos. Siendo las 15:15, la paciente C. (quejosa) se presenta a urgencias al servicio del triage, por tercera ocasión, para ser atendida. Mi colaboración con la paciente fue haberle tomado los signos vitales, los cuales se encontraban estables con una T/A 128/86, F.C. 82x', Fr 20x', y temp. 36.5°. La paciente me refiere tener dolor tipo cólico y contracciones; al terminar de atender a la paciente, inmediatamente pasé al triage al área de admisión.

Se le avisa a mi compañera de turno en qué condiciones se encuentra la paciente. Fue mi participación con la C. (quejosa).

21. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por la (enfermera10), en el que asentó:

Respecto a esa queja: yo recibo a la paciente en el servicio de puerperio patológico el día [...] del mes [...] del año [...] a las 20:00 hrs., se recibe paciente post-cesárea, tranquila, deambulando, con signos vitales dentro de los parámetros normales, leve palidez de tegumentos, sangrado transvaginal escaso, estable, asintomática.

Durante el turno en el servicio se le brindan cuidados generales de enfermería, no refiere molestias, pasa la noche tranquila, en su cama. Al final se entrega servicio sin ninguna eventualidad.

22. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el (medico), director del [...], mediante el cual informó que envió de nuevo los escritos al personal médico involucrado en la queja que faltó de presentar su informe, y anexó copia de dichos requerimientos.

23. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó de nuevo al director del HMIELM, que por su conducto se requiriera al médico Alberto García Hinojosa y al personal de enfermería (enfermera7), (enfermera8) y (enfermera11), para que presentaran su informe sobre los hechos motivo de la queja.

24. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el director del HMIELM, en el que informó:

Dr. Albero García Hinojosa; laboró en esta Unidad hasta el día [...] del mes [...] del año [...].
(enfermera7); se encuentra laborando actualmente en la Unidad.
(enfermera8); se encuentra bajo proceso penitenciario.

(enfermera11); laboró en esta Unida hasta el día [...] del mes [...] del año [...].

Motivo por lo cual se procedió a elaborar el memorándum [...], dirigido al (enfermera7), del cual anexo copia, a fin de que cumpliera con lo requisitado por la CEDHJ; del mismo modo, se le trató de localizar vía telefónica, sin obtener respuesta a la fecha.

25. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó a la coordinadora del área de Medicina, Psicología y Dictaminación de esta Comisión, que se emitiera un dictamen sobre la atención médica que recibieron la (quejosa) y su hijo recién nacido, en el HMIELM.

26. El día [...] del mes [...] del año [...] se abrió el periodo probatorio, y se dio vista a la (quejosa) de los informes que rindieron los servidores públicos involucrados, para que hiciera las manifestaciones que estimara pertinentes.

27. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó la colaboración del director del HMIELM para que proporcionara a esta Comisión los nombres de los médicos pediatras que atendieron al hijo recién nacido de la (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...], y remitiera copia certificada del expediente clínico relativo al referido recién nacido.

28. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que por escrito rindió la (medico5), pediatra del Programa de Seguimiento Pediátrico del Recién Nacido de Alto Riesgo del HMIELM, en el que asentó:

Por los diagnósticos de egreso: Apgar bajo recuperado, encefalopatía hipóxico isquémica, edema cerebral moderado resuelto, entre otros, el bebé a su egreso, fue referido a la consulta de Seguimiento Pediátrico del RN de alto riesgo de daño neurológico, servicio al que estoy asignada, y en el cual se lleva a cabo el seguimiento y monitoreo del neurodesarrollo de los niños y niñas, que por sus antecedentes durante el embarazo y periodo perinatal cursan con factores de riesgo que los predisponen a secuelas del área motora, sensorial, cognitiva y de la conducta, a corto, mediano y largo plazo.

En la primera consulta, se verificó que la madre había acatado en tiempo las indicaciones de referencias a interconsultas a las especialidades de neurología, cardiología, centro de rehabilitación y valoración auditiva.

Se le citó en un periodo de un mes, ajustado a la programación de la agenda del servicio.

Durante la consulta se realiza en forma sistemática la valoración del neurodesarrollo a través de la exploración neurológica de Amiel Tison, en las dos consultas, que asistió, la madre no refirió datos sobre la presencia de crisis convulsivas de ningún tipo, ni alteraciones del sueño, irritabilidad, y no se detectaron signos de alarma neurológica.

Se le orientó sobre la lactancia materna, vacunas y orientación en técnicas de neurohabilitación-estimulación temprana, intervenciones que continúan realizándose en el Centro de Rehabilitación.

El seguimiento de los pacientes con factores de riesgo se realiza durante los primeros 5 años en forma coordinada con las instituciones de especialización de referencia especializada, considerando que el neurodesarrollo durante este periodo es un proceso dinámico, y existe una oportunidad de incidir oportunamente.

29. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que por escrito rindió el (medico6), médico especialista pediatra del HMIELM, en el que manifestó:

Que en mi calidad de médico especialista pediatra del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, el día [...] del mes [...] del año [...] se me llama para acudir a recibir a un niño en una cesárea, que le efectuó a la (quejosa). Procedimiento que se le realizó porque el producto presentaba síntomas de sufrimiento fetal agudo y desproporción cefalo-pélvica.

El niño nació presentando apnea (sin respirar, flácido, cianótico), por lo que se inició reanimación dejándose al recién nacido 1 minuto a profesión placentaria, de la cual no hubo respuesta, por lo que se inició reanimación, intubándolo de inmediato. Se ventiló con oxígeno al 100% con bolsa (ambu) con respuesta a los 120 segundos (buena coloración, esfuerzo respiratorio regular). También hay que agregar que presentó circular de cordón a cuello apretado en el momento de nacer, el cual se liberó.

Con el diagnóstico de depresión neonatal moderada recuperada, estando intubado y ventilado se pasa al recién nacido a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), donde se continuó su manejo.

Posteriormente, se le informó a la madre del estado de salud de su hijo como grave, y ella estando de acuerdo, firmó consentimiento informado de enterada.

Esa fue la única ocasión que atendí al paciente. Versión que acorde con lo aquí expuesto, encuentra apoyo en el expediente clínico respectivo, y en ese sentido, bajo protesta de decir verdad, es que manifestó que los servicios y atenciones médicas que por mi conducto al hijo de la (quejosa) fueron oportunos, adecuados y brindados diligentemente, además de que siempre respeté los derechos a que como usuarios del

servicio médico, ella y su hijo tienen, así como los fundamentales que como personas disfrutaban.

En el mismo sentido, desde luego que niego rotunda y categóricamente, por no ser cierto, que quien esto informa hubiera provocado con mi actuar profesional daño o lesión alguna en contra de ella o de su niño recién nacido. Además, porque conforme a lo aquí escrito, dicha atención médica por mí proporcionada, no corresponde en circunstancias de modo y tiempo a los señalamientos realizados por la usuaria del servicio.

30. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por los peritos médicos Ricardo Tejeda Cueto e Irma Patricia Jiménez Pulido, adscritos al área de Medicina, Psicología y Dictaminación de esta Comisión, mediante el cual emitieron un dictamen sobre la atención médica que recibió la (quejosa) y su hijo recién nacido el día [...] del mes [...] del año [...], en el HMIELM.

31. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió el (medico7), médico especialista en pediatría del HMIELM, en el que expuso:

Por este medio le informo sobre mi intervención realizada al paciente RN (quejosa), nacido el día [...] del mes [...] del año [...], en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos; los días [...] y día [...] del mes [...] del año [...], al encontrarse en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en la cama 9) con los siguientes diagnósticos:

- Apgar bajo recuperado (4/7)
- A descartar encefalopatía hipóxico isquémica
- Edema cerebral moderado.
- Síndrome de aspiración meconial (descartado)
- Taquipnea transitoria del recién nacido.
- Hijo de madre Rh negativo
- Comunicación interatrial tipo foramen oval (FOP) + miocarditis leve.

Durante esos días encontré al paciente bajo la siguientes condiciones: el primer día (01 de abril) en cuna térmica, con signos vitales estables, orointubado y en fase III de ventilación pero con parámetros bajos de ventilador; en el turno de trabajo previo al mío, gasometría arterial la cual dio por resultado una alcalosis respiratoria e hiperoxemia, lo cual, aunado al hecho de que se encontraba estable e iniciaba buen esfuerzo respiratorio, se preparó para su extubación, la cual se logró exitosamente, y lo entregué al siguiente turno en fase I de ventilación (puntas nasales) con flujo de oxígeno a 1 litro por minuto (X'), pulsioximetrías de 97% y con frecuencias respiratorias de 56 X', con resto de vitales estables y sin datos de compromiso neurológico.

El segundo día de intervención (06-abril) lo encontré estable, con el reporte de que en turnos previos había tenido un par de febrículas, no mayores de 37.5 grados Celsius, al parecer relacionadas a la cuna térmica, puesto que el bebé no tenía antecedentes maternos para sepsis, y laboratorialmente no se encontró con datos para pensar en sepsis; mantenía constantes vitales normales y toleraba la vía oral, la cual iba en incremento gradualmente. Se mantenía en fase I de ventilación (ahora en casco cefálico a 1 litro X'), y ventilatoriamente se encontraba estable, con FR de 62 X' y pulsioximetrías de 97%. A la exploración física de esta segunda valoración lo encontré con la presencia de un soplo sistólico suave grado II/VI, lo cual se correlacionaba a diagnóstico hecho previamente por cardiopediatría el día 03 de abril, de FOP, al cual sugería manejo conservador, y a valorar uso directo en caso de que hubiera datos de hiperflujo pulmonar, mismos que no evidenciaba en el momento de mi valoración.

32. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe suscrito por la (medico8), médica especialista en pediatría del HMIELM, en el que manifestó:

Por este medio le informo sobre mi intervención realizada al paciente RN (quejosa), nacido el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos; los días [...] y día [...] del mes [...] del año [...], al encontrarse en UCIN ((Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales) con los siguientes diagnósticos:

- Apgar bajo recuperado
- Encefalopatía hipóxico isquémica Sarnat II
- Edema cerebral moderado.
- CIA tipo FOP
- Taquipnea transitoria del RN
- Hijo de madre Rh(-)
- Riesgos de sepsis

Durante esos días encontré al paciente en incubadora, con oxígeno a flujo libre, con incrementos graduales de la alimentación, la cual la indico a libre demanda durante el primer día de intervención; se encuentra aún presentando salvvas de polipnea de 80 y 64 respiraciones por minuto en el primer y segundo día, respectivamente, en tratamiento con doble diurético por este problema. Cursó neurológicamente sin alteraciones durante esos mismos días, solicité un ECO transfontanelar como control ante el hallazgo previo de edema cerebral moderado, mismo que en el control se reporta en franca remisión. Se mantuvo también en vigilancia de datos clínicos de sepsis, ya que se reportaron reactantes de fase aguda elevados.

33. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió la (medico9), especialista en pediatría del HMIELM, en el que expuso:

Se trata de un recién nacido que ingresa del servicio de la tococirugía el día [...] del mes [...] del año [...], por presentar dificultad respiratoria y tiene los antecedentes que a continuación menciono, madre de 22 años de edad, G-2, C-2, escolaridad secundaria incompleta, se dedica al hogar, aparentemente sana, sin toxicomanías, en unión libre y con cesárea de hace 2 años. Padre de 23 años de edad, comerciante, con secundaria incompleta.

Antecedentes perinatales: producto de la segunda gestación, con control prenatal en 6 ocasiones, con infección de vías urinarias repetidas y tratadas sin aparente respuesta adecuada desde el 1er trimestre de la gestación. Se realizó 4 ecocoronogramas. Se decide realizar cesárea por sufrimiento fetal agudo, con RPM de 6 hrs, se obtiene PUVI masculino con un peso 3.300 kgs, talla de 52 cm, Apgar 4/7, capurro de 40 SDG, no vigoroso, se realiza aspirado directo a tráquea, obteniendo meconio; se mantiene intubado, ventilado y es trasladado a la UCIN.

Mi participación en su manejo fue el día [...] del mes [...] del año [...] en que le pasé visita a las 15:36 donde se reportó con una FC de 130 x', FR de 42 x', T de 36.7C, TAM de 46, en ayuno con líquidos totales de 80 ml/kg/día, DxTx de 88 Mg.

A la EF: hidratado, FA, normotensa, con ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares con estertores transmitidos, abdomen sin compromiso.

En fase III de ventilación, modo AC, sin datos de bajo costo. No presentaba anemia ni datos de respuesta inflamatoria sistemática en ese momento; se solicitó ecografía transfontanelar por los antecedentes, reportando edema cerebral moderado sin hemorragia. Por lo que el manejo fue en esa ocasión restricción hídrica moderada, gasometría de control y vigilancia neurológica, así como exámenes laboratoriales complementarios, con un pronóstico reservado a evolución.

34. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe de la (medico10), especialista en pediatría del HMIELM, en el que asentó:

A través del presente informo sobre la intervención realizada al paciente RN (quejosa), nacido el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos; el día 09 de abril, en turno vespertino, encontrándose en UCIN (Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales) con diagnósticos siguientes: taquipnea Transitoria del Recién Nacido/Encefalopatía Hipóxico Isquémica Sarnat II/Edema cerebral moderado/CIA Tipo FOP 3 mm + miocarditis leve sin repercusión (Diagnóstico ecocardiográfico/edema cerebral moderado. En este día en incubadora a normo termia, continuó alimentación a libre demanda bien tolerada, con oxígeno a flujo libre en descenso paulatino con saturación de O2 adecuada, inicio diuréticos por el diagnóstico ecocardiográfica ya arriba comentado, USTF solicitado como control por el reporte de previo con edema cerebral moderado. Se vigilaron datos de infección clínico y laboratorial sin alteración, con manejo conservador, sin requerir de antibióticos.

35. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió el (medico11), médico especialista en pediatría del servicio de Neonatología del HMIELM, en el que expuso:

... deseo expresarle por el presente, que mi participación en el caso del paciente (quejosa)RN masc, fecha de nacimiento día [...] del mes [...] del año [...], fue el día [...] del mes [...] del año [...]. En dicha fecha di seguimiento a la vigilancia del estado neurológico y las condiciones generales del mencionado paciente. Le continué la vía oral a libre demanda con estrecha vigilancia; se ofrecieron los tratamientos previamente establecidos a base de espironolactona e hidroclorotiazida, así como al pendiente de la neurorehabilitación ya indicada, y el destete de oxigenoterapia a discreción.

36. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe de la (medico12), médica pediatra neonatóloga del HMIELM, en el que manifestó:

Informo sobre la intervención realizada al paciente RN (quejosa), el cual nació el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, y del cual describo mi participación: el día [...], [...] y día [...] del mes [...] del año [...], el cual se encontraba en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), el cual cuenta con los diagnósticos de recién nacido de término, taquipnea transitoria, sospecha de sepsis neonatal, e hipoxia neonatal así como un foramen oval, sin datos de repercusión, y miocarditis, el cual se encuentra con oxígeno en casco, vigilando la tolerancia en la vía oral, y con antibióticos; durante su estancia vigilando control laboratorial, así como vigilancia estrecha del estado neurológico. Manteniendo oximetrías adecuadas, frecuencias adecuadas y signos vitales estables, decidiendo 09/04/15 su paso a terapia intermedia ante estabilidad tanto ventilatoria y hemodinámica.

37. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió la (medico13), médica pediatra neonatóloga del HMIELM, en el que asentó:

A través de la presente le comunico mi intervención realizada al paciente RN (quejosa), nacido el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos; los días [...], [...], [...] y [...] del mes [...] del año [...], al encontrarse en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), en la cama 9, con los diagnósticos siguientes:

- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Encefalopatía Hipóxico Isquémica Sarnat II (Apgar 4-7) (ultrasonido reportado con edema cerebral moderado).
- Ictericia

- Sangrado en tubo digestivo alto
- Hiponatremia
- CIA tipo FOP de 3 mm, miocarditis leve (diagnóstico eco cardiográfico).

Encontrando en esos días a la paciente en una cuna de calor radiante eutérmico, con O2 suplementario en puntas nasales los primeros 2 días, y en escafandra los últimos 2 días de mi intervención, manejado con diurético por problema respiratorio-hemodinámico referido previamente, en ayuno esos días por intolerancia a la alimentación enteral, motivo por el cual es manejado con nutrición parenteral y protector gástrico (omeprazol), neurológicamente en esos días el paciente sin movimientos anormales, sólo con eventos alternos de hipo actividad e irritabilidad, contando con reporte de ultrasonido transfontanelar previamente referido.

38. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó al personal del área de Medicina, Psicología y Dictaminación de esta Comisión que complementara el dictamen médico sobre la atención que recibió el recién nacido hijo de (quejosa), en el HMIELM.

39. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió la doctora (medico14), médica pediatra del HMIELM, en el que refirió:

Informo lo siguiente sobre la intervención que realicé al RN (quejosa), quien nació el día día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos. Siendo el día 12 de abril se encontraba el paciente en cunero transicional, estando ese día a mi cargo este servicio; dicho paciente presentaba los diagnósticos de recién nacido de término, peso adecuado para edad gestacional, APGAR bajo recuperado, encefalopatía hipóxico isquémica, Sarnat II/Edema cerebral moderado resuelto, comunicación interatrial tipo foramen oval, taquipnea transitoria del recién nacido/hijo de madre Rh(-), el cual se encontraba ese día con oxígeno a flujo libre, con diuréticos, se vigila disminución de oxígeno, la tolerancia a la vía oral, presenta buenas oximetrías de pulso, manteniéndose estable, con signos vitales normales, se deja para que continúe el siguiente turno.

II. EVIDENCIAS

1. Copia certificada del expediente clínico [...], relativo a la atención médica que recibió (quejosa) en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos (HMIELM), del que destacan las siguientes constancias:

a) Hoja de triage, suscrita a las 11:11 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el (medico15), ubicada en la hoja 4 del expediente clínico, en la que asentó:

[...]

Motivo de consulta: dolor tipo cólico.

Estado de conciencia: Consciente.

Presión arterial: Mayor 90/60.

Frecuencia cardiaca: Entre 60 y 100x'

Frecuencia respiratoria: Entre 16 a 24 x'.

Pulsos periféricos: Normales.

Temperatura: Entre 36 y 38 C.

Datos de vasoespasmo: Cefalea ocasional.

Sangrado transvaginal:

Salida liquido transvaginal: Leve.

Movimientos fetales: Presentes.

Tipo de atención: (ilegible).

Evolución del padecimiento actual: RMR DP 39.15RM y RVM/SP (ilegible) /dolor irregular (ilegible) desecho blancusco.

Dr. Velarde A.

[...]

b) Hoja frontal para Diagnósticos y Operaciones Qx., de cuyo contenido se aprecian diversas notas, suscrita con motivo del ingreso, el día [...] del mes [...] del año [...], de la paciente (quejosa), por los médicos M. Antonio Díaz Ochoa, (medico2), (medico16), García Hinojosa,(medico3)y otro cuyo nombre está ilegible, ubicada en la hoja 1 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

SERVICIO: 31/03/15 Fecha de Ingreso: 31/03/15.

31/03/15 Embarazo a término trab. de parto.

Prob. Ruptura de membranas.

Dr. M. Antonio Díaz Ochoa

Puerperio fisiológico

(ilegible) cesárea / (ilegible)

Dr. García Hinojosa

31/03/15 BS Dural.

(medico2)

01/04/15 APEO Implante (ilegible).
02/04/15 ALTA.

Dra. (medico16)
Dra.(medico3)

c) Nota de ingreso en admisión, suscrita a las 16:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el ginecoobstetra M. Antonio Díaz Ochoa, ubicada en la hoja 2 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Embarazo de más de 20 semanas:

Semanas amenorrea: 40, Dolor: Sí, Movimientos fetales: (ilegible) Sangrado: No.

Expl. Física estado general: Dolor Cólico, Edema: No., Contracciones: 3 en 10 min,

Tono Uterino: Normal, frecuencia cardiaca fetal: 139 x min, Ritmo (ilegible)

Presentación: Cefálica.

Dilatación: 3 cms. Borramiento: 70%.

Membranas íntegras.

Otros datos: Embarazo a término, trabajo parto Cesárea previo. Prob ruptura de membrana.

Pasa a labor.

e) Nota de datos del nacimiento, suscrita a las 21:16 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el médico Alberto García Hinojosa, ubicada en la hoja 3 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Tipo de parto: Abdominal. Alumbramiento: Hora: 21:20. Tipo (ilegible) Extracción: Manual.

Pérdida de sangre: Total 400 ml. Placenta: Completa: Sí. Anormalidades: (ilegible).

Membranas: Completa: Sí (ilegible).

Cordón Umbilical: Longitud: 60 cm Inserción: (ilegible) Circulares: Sí.

Estado de la madre en el puerperio inmediato:

Hora 22:30 Altura: (ilegible) Consistencia: ++ Hemorragia: + Respiración: (ilegible)

Temperatura: 36.5 Pulso: 392 Tensión arterial: 100/00

Observaciones: una hoja +c.

Productos:

Nº de productos: 1 Peso en gramos: 3300, Sexo: M, Condición al nacer: V. Apgar: 4/7.

Anormalidades:

Semanas de gestación: 40,

Talla: 52.

f) Hoja de datos sobre la atención médica y exploración física, elaborada a las 7:20 [encimado, 13:20] horas del día [...] del mes [...] del año [...]. En dicha nota se observa que carece de nombre y firma del médico que la elaboró, ubicada en la hoja 5 del expediente clínico, de cuyo contenido se advierte:

[...]

Paciente orientada, cooperadora, consiente, cráneo normocéfalo, con buena implantación de color, sin compromiso cardiorespiratorio; a la auscultación no se perciben soplos, ni esternón, murmullo vesicular presente. Abdomen globoso a expensas de útero gestante de 40.1 semanas de gestación por FUM. Cicatriz en hipogastro por cesárea previa. Extremidades sin edema.

Tacto vaginal 4 cm de dilatación + 75% de borramiento.

g) Hoja pre-quirúrgica y reporte de cirugía, suscrita el día [...] del mes [...] del año [...] por el médico Alberto García Hinojosa, ubicada en la hoja 7 del expediente clínico, que carece de hora de elaboración, en la que se asentó:

[...]

Diagnóstico Preoperatorio: (ilegible) + cesárea previa + (ilegible)

Cirugía planeada: Cesárea (ilegible).

Anestesia planeada: Regional.

Material solicitado para Cirugía: (ilegible).

Plan pre quirúrgico: (ilegible).

Riesgo quirúrgico: II/IV.

Pronóstico para la vida y la función: (ilegible).

Fem. de 22 a de edad con diagnóstico ya mencionados.

.Actividad uterina regular

.Tv 4 cm dilatación. + V+ 158 x min.

. No progresión en (ilegible).

. Cesárea Kerr

h) Hoja de reporte final de la cirugía, suscrita a las 22:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el médico Alberto García Hinojosa, ubicada en la hoja 7, anverso, del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Diagnóstico Pre quirúrgico: (ilegible) + cesárea (ilegible)

Diagnóstico post quirúrgico: Puerperio fisiológico mediato de parto

Cirugía realizada: Cesárea Ker
 Tiempo Qx: 1 a.
 Técnico anestésica: B + A.
 Duración: 2ª.
 Complicaciones: Ninguna aparente.
 Sangrado aproximado: 900 ml.
 Recuento de gasas e instrumental completo: Sí.
 Se realiza solicitud de Histopatológico: No
 Estado del paciente al salir de cirugía: Estable.
 Pronóstico para la vida y la función: Reservado.

Integrantes del equipo Quirúrgico: los médicos García Cirujano, (medico17)1er.
 Ayudante, (medico2) Anestesiólogo e (ilegible).

Bajo protocolo- (ilegible), previa asepsia (ilegible) y (ilegible) y colocación de campos
 (ilegible), (ilegible) vertical, se inicia procedimiento (ilegible) tipo (ilegible) dirección
 (ilegible) plan, hasta regresar a cavidad (ilegible), (ilegible) grande (ilegible)
 meconial CXTL-, de extra (ilegible) 1, se (ilegible) de placas (ilegible) de cavidad
 uterina se verifica (ilegible) anexas y (ilegible). 1-0 piel y- 2-0 (ilegible).

i) Nota postanestésica HMIELM, suscrita el día [...] del mes [...] del año [...] por el (medico2), anestesiólogo, ubicada en la hoja 9 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Duración de anestesia: 2 Hrs.

Técnica anestésica y fármacos empleados:

Bloqueo subdural L2-L3 Bupivacaina.
 Aguja 27 witackre con guía 20 Oxitocina.
 Nivel T.G. T7- Guía 20 Efedrina.
 (Ilegible) 2 minutos Midazolam.

Sangrado aprox. Durante la cirugía: 400 ml.
 Sangre y/o líquidos administrados: Hartman.
 Estado del paciente al salir de quirófano: Aldrete 10 pts EVA c.
 Pronóstico para la vida y la función: Reservado a evolución.

Indicaciones en la sala de recuperación post – anestésica:

- 1.- Ver indicaciones de g y o.
- 2.- Monitoreo continuo.
- 3.- Avisa eventualidades.

4.- Gracias.

Alta del servicio de anestesiología:

Hrs. Post- anestesia: 1 hrs. Nauseas: No. Vómito: No. Dolor: No.

j) Hoja de enfermería admisión/Tococirugía, suscrita el día [...] del mes [...] del año [...] por las enfermeras (enfermera14), (enfermera5)y (enfermera6), ubicada en la hoja 14 del expediente clínico, en la que asentó:

Alergia a medicamentos: Negado.

Alergia a alimentos: Negado.

Paciente sin factores de riesgo evidentes: 1.

Bajo riesgo: 0-1.

Medidas de prevención:

Se traslada en camilla con barandales arriba y listón amarillo prevención de caídas.

Grupo sanguíneo: O-

Signos vitales:

T/A 128/86.

FR. 20.

FC. 82.

Temp. 36.5

P.F. Implante.

Nota de admisión y/o consulta externa:

Ingresa paciente con muchas contracciones, muy seguidas, mucosas hidratadas, estado médico normal, es una gesta 2, cesárea 1, hace dos años, tiene 40.1 sdg

2 Dilatación, 70% borramiento, se coloca bata, brazalete, listón, pasa a labor para su atención.

Hora:

16:50

(enfermera14).

P.E.

NOTA DE EVOLUCIÓN EN LABOR:

Ingresa paciente femenina consiente, tranquila con buena coloración, secundigesta, con Dx de trabajo de parto, con 2 de dilatación, se toman signos vitales.

Signos vitales:

[...]

Hora:

17

Medicamentos y soluciones:

Sol. Hartman de 1000 c

PUP

Hora: 17

Enfermera María Nela de la

Cruz

NOTA DE QUIROFANO/EXPULSIÓN:

Ingresa paciente femenina a sala de quirófano para cesárea 21:10 hrs, se coloca bloqueo subdural, se coloca en decúbito ventral, se inicia asepsia y anticépsia con colocación de sonda vesical # 16Fr, campos estériles, nace recién nacido 21:16 hrs, masculino, meconial, apgar 4/7, recuperado pasó a UCIN, seguido de alumbramiento de placenta completa, revisión de cavidad uterina. Se sutura cavidad por planos, sin más eventualidades se coloca apósito vendaje abdominal, bata limpia y pañal, pasa a recuperación.

Signos vitales:

Sonda Foley # 16 Fr. 21:10 hrs

Dr. García

Diuresis

- aproximado 200 ml

- Sangrado transoperatorio aprox. 200 ml.

[...]

Cédula 5019933 Firma: (enfermera6).

NOTA DE RECUPERACIÓN: Hora 22:30

Ingresa paciente femenino a sala de recuperación post quirúrgico de cesárea, aún con efectos de anestesia subdural, ubicado en tiempo, espacio y persona, con venoclisis funcional, apósito y vendaje abdominal, con sonda Foley # 16Fr. Se mantiene en observación, sin complicaciones, pasa a Puerperio 24:00.

Signos vitales:

[...]

Medicamentos y soluciones:

Hartman 1000 cc	
+ 20 UI Oxitocina p/8	22:30
- Cefotaxina 1 gr. IV c/24	22:30
- Metoclopramida 1 amp IV c/8	22:30
- Ketorolaco 30 mg IV c/6 hrs	22:30

Cédula 5019933 Firma: (enfermera6).

k) Hoja de registro de enfermería a nombre de la paciente (quejosa), elaborada el día [...] del mes [...] del año [...], firmada por el personal de enfermería(enfermero9),(enfermera12), (enfermera11) y (enfermera10), ubicada en la hoja 23 del expediente clínico, de la que se transcribe lo siguiente:

Resumen de valoración/datos significativos	Resumen de valoración/datos significativos
Recibo paciente femenino postcesárea, tranquila con venoclosis permeable, signos vitales estables en observación	Paciente femenino postcesárea, consiente, ubicada en tiempo y espacio con sangrado transvaginal moderado, venoclasia permeable y signos en los parámetros. Rbo. Pte de postcesárea, tranquila deambulando [ilegible] normales leve palidez de tegumentos, sí adentro.
Diagnóstico (s) Nanda	Diagnóstico (s) Nanda
Riesgo de sangrado (00206) Riesgo de caída (00135)	Riesgo de sangrado Riesgo de caída Riesgo de infección
Objetivo en forma de resultado (NOC)	Objetivo en forma de resultado NOC
Control de dolor (1605)	Disminuir riesgos
Intervenciones /medicamentos y soluciones parenterales	Intervenciones /medicamentos y soluciones parenterales
Sol fisiológica 100000 p/12 hrs 6.00 Ketorolaco 30 mg c/6hrs 12 5 Diclofenaco 1 amp. I.M. c/12 24 Metoclopramida 1 amp. c/8 6	Cefalexina 500 mg v.o c/6 9, 15, 24, 6 Paracetamol 1 gr v.o. c/6 9, 15, 24, 6 Ketorolaco 30 mg. i.v. c/8 13 Metoclopramida Diclofenaco 1 amp. I.M. c/12 12, 24.
Intervenciones/actividades (NIC)	Intervenciones/actividades NIC
Signos vitales Farmacoterapia OGE Avisar al médico cualquier eventualidad	Signos vitales Ministración medicamentos Retiro sonda Foley Curación de herida vendaje abdominal C.G.E.
Evaluación	Evaluación

En proceso de alcanzar el objetivo deseado pasa al siguiente evaluación turno	En proceso de alcanzar el objetivo deseado PST en proceso de alcanzar el objetivo esperado.
--	---

1) Hoja de nota de evolución clínica en hospitalización, que contiene diversas notas suscritas por los médicos (medico16),(medico3)y (medico18), ubicada en la hoja 11 del expediente clínico, la que a continuación se describe:

010415

7:30

APEO Implante subdérmico conociendo efectos secundarios y beneficio.

(medico16)

02/04/15

13:(ilegible)

Nota de Evolución

-Femenino de 22 años.

- Gc2, O2.

- Puerperio Quirúrgico Mediato.

- Hemotipo: O Negativo, Bebé: 0 (+)

TA 107/60,

FC 80x',

Fr 20 x' ,

TEmp. 36° C

Actualmente cumpliendo 40 hr de evolución.

Se refiere asintomática

Útero en involución, Hem. Qx limpia.

Toques (ilegible).

Pendiente aplicación de inmunoglobulina anti-D.

ALTA al aplicar Inmunoglobina anti-D.

Dra.(medico3)

C/Externa:

24/04/15: 11:00

Pac. Femenina 22 años con Dx.

Endometriosis remitida que acude a cita de (ilegible) se refiere en buen estado general.

Flujo rojo, viejo, mucoso, exploración normal.

Idx. Sana + Endometriosis remitida.

Plan: MTA + portadora de (ilegible).

Pronóstico Reservado.

Dr. (medico18)

2. Copia certificada del expediente clínico [...], relativa a la atención médica que recibió el recién nacido hijo de (quejosa) en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, de cuyas constancias destacan las siguientes:

a) Hoja frontal del expediente de Neonatología, elaborada el día [...] del mes [...] del año [...], en la que se advierte que no contiene nombre ni firma del médico que la elaboró, ubicada en la hoja 1 del expediente clínico. En ella se asentó:

Nombre: RN masc. Hijo (quejosa) Dominga.

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 31 - marzo 2015.

Fecha de egreso: 14-04-15.

Diagnóstico:

1. RN Masculino término.
2. Depresión neonatal moderada recuperada.
3. SAM – Descartado – TTRN.
4. Encefalopatía hipróxica isquémica Sumat I.
5. Edema cerebral moderado.
6. Ictericia
7. Hiponatremia.
8. Sangrado de tubo digestivo alto.
9. CLA tipo FOP (ilegible).
10. Miocarditis leve.

b) Hoja de carta de consentimiento bajo información, suscrita a las 22:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por la (medico19), ubicada en la hoja 7 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Declaro:

Que el (medico6) me ha explicado que es conveniente proceder a Hospitalizar a mi hijo.

Con objeto de vigilar su estado de salud.

Y que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva implícito una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo cierto riesgo de mortalidad y que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumentan su estancia hospitalaria y que dichas complicaciones unas veces son derivados directamente de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento y/o de la utilización de los equipos médicos, y de otras circunstancias no previsibles.

Por lo que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me aclaró todas las dudas que le he planteado respecto a la salud de mi hijo (a).

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos del tratamiento o procedimiento.

Declaro también haber recibido información sobre las posibles complicaciones del procedimiento, como son: insuficiencia respiratoria, paro cardiorespiratorio y muerte.

Del mismo modo, declaro comprender que la información en esta institución sólo se ofrece a los padres de los pacientes, o en situaciones muy especiales a ningún familiar previamente designado para que exclusivamente a él (ella) reciba información sobre el estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico del paciente.

Igualmente autorizo que ante cualquier complicación o efecto adverso que se presente durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, quirúrgica y/o anestésica, le sean practicadas a mi hijo (a) las técnicas y procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios para protección de su salud.

Consiento:

En que se le realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron explicados, y me doy por enterado en mi declaración.

Así como me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el y/o los procedimientos objeto de este documento sea una realidad.

c) Nota de ingreso a UCIN, suscrita a las 23:16 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el (medico20), ubicada en la hoja 31 del expediente clínico, en la que se asentó:

Paciente masculino que cursa su primer día de vida en la cuna 9 de UCIN, trasladado de toco por presentar Sx de aspiración de meconio.

Tiene los siguientes antecedentes:

Madre de 22 años, G2, P0, A0, C2, escolaridad secundaria incompleta, ama de casa, aparentemente sana, sin toxicomanías. En unión libre. Antecedente de cesárea hace dos años.

Padre de 23 años, comerciante, escolaridad secundaria incompleta.

Antecedentes perinatales producto de la segunda gestación, deseado, control prenatal desde el primer trimestre en 6 ocasiones, IVUs tratadas sin respuesta adecuada desde el primer trimestre. Ecosonogramas en 4 ocasiones. Se decide cesárea por DCP + SFA. A su nacimiento, Capurro de 41 semanas, no vigoroso, se refiere, se aspiran 2 cm de meconio directo de tráquea. Se mantiene intubado y se pasa a UCIN. Tiene antecedente de ruptura 6 hrs. con 46 minutos previas.

A la exploración física a su ingreso, enfermería reposta los siguientes SV: FC: 136, FR: 45, sat: 96%.

Lo encuentro en cuna térmica encendida, en fase III de ventilación, bien hidratado, ligeramente teñido de meconio, fontanela anterior normotensa, área cardíaca rítmica sin soplos agregados, campos pulmonares bien ventilados, abdomen blando, depresible borde hepático a 2 cm. por debajo del reborde costal, llenado capilar de 2 segundos.

Se colocan catéteres de onfaloclísis, quedando el venoso en 9 c y arterial en 8 cm.

Pendiente toma de laboratoriales (BH, VSG, PCR, Grupo, RH y calcio), así como Rx. toracoabdominal.

Queda con los siguientes diagnósticos:

- RNT
- Síndrome de aspiración de meconio.

Plan diagnóstico: Exámenes generales, radiografía toracoabdominal, recabar exámenes de laboratorio.

Plan de tratamiento: ayuno, rol de soluciones con líquidos en 70, por el momento sin antibioticoterapia.

Plan educacional: Se explicará a los padres en el pase de visita.

Condición: Grave. Pronóstico: Reservado.

d) Nota de pediatría, neonatología y cardiología pediátrica adto. suscrita el día [...] del mes [...] del año [...] por el (medico21), ubicada en la hoja 53 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

Ultrasonido transfontanelar:

Masculino, FN 31 03 2015, en su día 1 de VEU, 40 SEG, 3300 gr, Apgar 4/7, depresión neonatal moderada recuperada, TTRN vs SAM, incompatibilidad RH, en ventilación mecánica con pmva 6.3, descartar enfermedad hipóxico isquémica.

Se hizo eco transfontanelar con equipo Sonosite y sonda neonatal multibanda. Se hicieron cortes transfontanelares. Hallazgos:

1. Estructuras cerebrales presentes y sin malformaciones. Presencia de tálamos, cuerpo caloso, cerebelo de características normales. Parénquima cerebral con patrón ecográfico difuso generalizado.
2. Sin hemorragia intraventricular, con colapso ventricular y halo periventricular.
3. Eco doppler color de arteria cerebral anterior normal. El IR normal.

IDX: 1. Estructuras cerebrales sin malformaciones. El parénquima cerebral patrón ecográficamente con patrón difuso.

2. Sin hemorragia intraventricular, colapso ventricular y halo periventricular.
3. Eco doppler de cerebral anterior normal.
4. Edema cerebral moderado a las 21 hrs de vida. Correlacionar con la clínica.

e) Hoja de condición del R/N vivo y entrega de certificado original al egreso hospitalario de la madre, ubicada en la hoja 5 del expediente clínico, suscrita a las 13:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por la (medico15). y por la quejosa (quejosa), en la que se asentó:

[...]

Alta con la madre: Sí.

Hospitalizado: Sí.

14/04/15

13:30

Nombre del R/N: (quejosa).

Leyenda:

Recibo Recién Nacido vivo.

Sexo: masculino.

Recibo paciente vivo y constancia original del certificado de nacimiento

f) Hoja de historia clínica para aplicación de protocolos y abordajes fisioterapéuticos, ubicada en la hoja 8 del expediente clínico, suscrita por la (licenciada). Dicha hoja contiene diversas notas en diferentes días, y en ella se asentó:

[...]

RN (quejosa). Fecha de nacimiento: 31-03-15.

N° de expediente: 16731.

Edad gesta: 40. N° CUNA: 9 Terapia: UCIN. Sexo: M.

Antecedentes:

Edad madre: 22. Gesta: 2. Preclamsia: -. Diabetes: -. Adiciones: -. Infecciones: IVV
Apgar: 4/7.

Evolución:

Oxígeno: Sí. Alimentación: Fórmula.

Estado actual: Masculino de 40 semanas de gestacional cursando su 6 día de vida extrauterina, con los siguientes diagnósticos: depresión neonatal moderado recuperado, edema cerebral moderado, encefalopatía hipóxico isq. I.

Signos de alarma: Edema cerebral moderado, encefalopatía hipóxico, isquémica I.

Plan terapéutico: Fecha: 06-04-15.

- Punto pectoral (ilegible).
- Masaje shantala.

Fecha: 10-04-15. Estado actual: Masculino de 40 semanas gestacional, cursando su 10 días de vida extrauterina, continúa con oxígeno, flujo libre, valoración Amiel Tison; paso pasivo, clonus.

Plan terapéutico: Punto pectoral (ilegible).

- Masaje shantala.
- Citar a los padres para posteriormente enseñarles los ejercicios “Katona”.

g) Nota de egreso suscrita por el (medico 22); documento que carece de fecha y hora de elaboración, ubicada en la hoja 15 del expediente clínico en la que se asentó:

[...]

Servicio: C Y D.
Fecha de ingreso: 31/03/2015.
Fecha de nacimiento: 31/03/2015.
Sexo: Masculino.
Edad: 13 días.
Cama Num: 12.
Vigencia: 04/07/2015.

Fecha: 14/04/2015.
Hora: 10:47:21.
Peso: 3610 gramos.
FC: 148 x min.
FR 52x min.
T: 36.7°C Sat: 02 NA %.
Balance: 0. Diuresis MH: NA ml/k/hora
V.O. libre demanda/k/hora
. Recién nacido a término
. Síndrome de aspiración de meconio.

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

Ingresa con los siguientes antecedentes: Hijo de la madre de 22 años, gesta 2, cesáreas 2, escolaridad secundaria, dedicada al hogar, en unión libre, refiere infección de vías urinarias no tratada, niega antecedentes patológicos, no patológicos ni toxicomanías. Gestación deseada con fecha de última menstruación del 23/06/14, control prenatal de 6 ocasiones desde el primer trimestre, ganancia ponderal de 12 Kgs, grupo materno o negativo, se obtienen cesárea por ruptura de membranas y sufrimiento fetal entre liquido meconial, nace masculino de 3300 grs, talla de 52 cm y perímetro cefálico de 37 cm, capurro de 40 semanas, requiere de aspiración directa obteniendo meconio 1 cc, así como aplica 1 ciclo de presión positiva, se ingresa UCIN a ventilación uso de catéteres, ayuno, soluciones no antibióticos, se detecta ictericia en su segundo día manejada con fofoterapia, se mantiene en fase 3, con evolución compatible con taquipnea transitoria, se presentan vómitos pese a ayuno dada evolución neurología con tendencia a la hipoactividad e irritabilidad, se establece diagnóstico de encefalopatía Hipóxico isquémica 2, se solicita ultrasonido transfontanelar con edema moderado sin hemorragia. Se extuba en el segundo día de vía con respuesta favorable, se toma ecocardiograma el cual refiere manejo de miocarditis leve y Cia se maneja con

diuréticos, se inicia vía oral en su cuarto día de vida, tolerando favorablemente; se detecta hiponatremia, la cual se maneja ajustando parámetros IV, se suspende fofoterapia y se mantiene con evolución favorable hasta su egreso, se toma control de ultrasonido transfontanelar con remisión de edema, y considero egreso dada evolución.

Se reporta con signos vitales dentro de límites de normalidad, tolerando vía oral con buena succión, sin oxígeno para mantener saturaciones de entre 89-95, excretas presentes.

Clínicamente: activo reactivo buena coloración y estado de hidratación, cráneo con moldeamiento fontanela nomotensa, tórax con rudeza respiratoria, no soplos, pulsos de buena intensidad y frecuencia, abdomen peristáltico, blando, depresible, no palpo masas ni viceromegalias, buen llenado capilar, no cianosis; neurológico reflejos scaptables moro y búsqueda discretamente débiles.

Diagnóstico de Egreso:

Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios: (sólo diagnósticos)

- . Recién nacido a término /40 SEGC).
- . Peso adecuado para la edad.
- . APGAR bajo recuperado.
- . Encefalopatía hipóxica isquémica 2, CIE 10: P9 1.6 SMSXXI
- . Edema cerebral moderado resuelto.
- . Comunicación interauricular tipo FOP en manejo con diuréticos.
- . Hijo de madre Rh negativo.
- . Taquipnea transitoria del recién nacido.
- . Receta por Hidroclorotiazida y espironolactona.

3. Oficio [...], del día [...] del mes [...] del año [...], que signaron los peritos médicos adscritos al área de Medicina, Psicología y Dictaminación de esta Comisión, mediante el cual emiten un dictamen sobre la atención que recibieron la (quejosa) y su hijo recién nacido el día [...] del mes [...] del año [...], en el HMIELM, del que destaca:

Análisis médico legal

Al riguroso escrutinio del Expediente médico número de registro [...], podemos establecer que la paciente (quejosa), de 22 años de edad, se presenta el día [...] del mes [...] del año [...] a las 11:11, horas al Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, área de urgencias (triage), con antecedentes de presentar su segunda gestación, y cesárea hace 2 años 02/03/13 por falta de trabajo de parto; motivo de consulta dolor tipo cólico. Con grupo y RH O (-), FUM 23/06/14, FPP 30/03/15; semanas de amenorrea 39.1.

Hacia las 13:10 hrs, el Ginecoobstetra (medico4) realiza una Exploración física e indica a la paciente recurrir a su domicilio, y le da las indicaciones de urgencia.

Siete días después, el día día [...] del mes [...] del año [...], hacia las 11:06 hrs., la paciente se presenta ante la ginecoobstetra Soledad Castañeda Cárdenas, quien refiere en su nota encontrar PUVLC (Producto único vivo, longitudinal cefálico), FCF (frecuencia cardiaca fetal) 156x', cérvix central dilatación 1 cm y 50% borramiento, con amnios integro, diagnosticando Embarazo 40 semanas y pródromos de TDP (trabajo de parto), en paciente Secundigesta + Cesárea anterior, Emb 40.1 sem., x FUM, y dolor tipo cólico. Inicia manejo con: 1.- revisión, 2.- cita abierta signos de alarma, 3.- cita en 3-4 horas para revalorar. La historia clínica señala una cesárea el 02/03/13 por falta de trabajo de parto.

La ginecoobstetra Soledad Castañeda Cárdenas señaló en su informe que “no tenía trabajo de parto establecido, ni contraindicación para prueba de trabajo de parto después de cesárea”.

Hacia las 16:30 hrs., el ginecoobstetra Antonio Díaz Ochoa realiza nota de ingreso en admisión, encuentra a la exploración contracciones 3x10', FCF 139 rítmico, cefálico, dilatación 3, borramiento 70% membranas integras. Pasa a la paciente a labor, con diagnóstico de Embarazo a término, trabajo de parto, cesárea previa, probable ruptura de membranas.

Hacia las 17:00 hrs., el ginecoobstetra Alberto García Hinojosa, en el área de labor reporta Embarazo a término, TDPFA (trabajo de parto fase activa), Cesárea previa, FCF= 150X', TV 3 cm., 50% borramiento, pelvis apta. Vigilancia materno fetal, Resto de nota ilegible.

A partir de las 17:30 hrs., varios médicos internos reportan en el partograma, focos fetales con frecuencias tendientes a la alza, consistentes en: 162x' hacia las 17:30; 150x' hacia las 18:00 hrs., 161x', hacia las 18:30, 158x' hacia las 19:00; 160x' hacia las 19:30, 162x' hacia las 20:00, 152x' hacia las 20:30 hrs. No hay más datos, ni nota médica ni sugerencias.

Hacia las 18:15 hrs., el ginecoobstetra Antonio Díaz Ochoa realiza nota de paciente ambulatoria: encuentra a la exploración Producto único vivo cefálico FCF 159x' TV 2-3 cms., 80% borramiento, primer plano. Pasa a la paciente a labor, con soluciones IV.

Una siguiente nota, realizada en el turno nocturno, sin hora, fechada 31/III/15. Firmada por el ginecoobstetra García Hinojosa, se aprecia el consentimiento firmado por la paciente para cirugía electiva, con el diagnóstico preoperatorio de embarazo a término, una cesárea Previa más no progresión trabajo de parto. Menciona la actividad uterina regular, 4 centímetros dilatación, FCF 158x', no progresión en CURVA de friedman.- Interviene mediante cesárea kerr, y como dato relevante en reporte final de cirugía, hacia

las 22:00 hrs., se refiere líquido amniótico meconial (++)). En nota de los datos del nacimiento, sobre las 21:16 hrs., reporta Apgar 4-7, peso 3300 gramos, sexo masc., 40 semanas de gestación, talla 52. Circulares SÍ.

La paciente es dada de alta para que continuara su recuperación en su domicilio, por la ginecoobstetra(medico3)con fecha 2/IV/15, con diagnóstico de buen estado general, signos vitales estables, útero en involución y loquios escasos, previamente, (medico16), ginecoobstetra, anota en expediente el día 01/04/15 a las 07:30 hrs., conociendo efectos secundarios y beneficios de implante subdérmico, y a las 13:20 hrs., refiere como diagnóstico Puerperio quirúrgico mediato. Hemotipo O (-), Bebé O (+), indicó alta al aplicar inmunoglobulina anti d.

(quejosa), en su informe, señala: “El día [...] del mes [...] del año [...] me dieron de alta a mi bebé pero me dieron orden para nuevas citas para él, con el cardiólogo, neurólogo, y el crit pregunté que por qué al crit y me explicaron que ocuparía atención especializada, ya que la falta de oxígeno podría traer graves consecuencias a futuro, con más secuelas que ocupaban de esta institución (crit)”.

Al respecto, luego de esta síntesis del expediente, es necesario recapitular en que tras el ingreso de la paciente en área de admisión el día día [...] del mes [...] del año [...], hacia las 11:06 hrs., se evidencia persistencia de foco fetal con cifras con tendencia al alza. El producto de la gestación se obtiene hacia las 21:16 hrs., mediante cesárea, es decir, 10 horas después de que se presentó la paciente al área de urgencias.

Es de hacer notar que ninguno de los médicos que intervinieron en su cuidado, dio indicaciones de monitorizar debidamente para detección oportuna de sufrimiento fetal agudo, situación que se configura con la obtención de líquido meconial (++) y calificación de apgar baja (4-7) y una nota de “circulares SI”; de la misma manera, tampoco se realizó un adecuado registro de partograma, en la que únicamente se anotaron las cifras de la frecuencia cardíaca fetal, omitiendo la normatividad de la NOM-007-SSA2-1993 en sus puntos 5.4.1.5, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, y 5.4.2.3, sin que se tomaran las providencias adecuadas para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

Los signos de sufrimiento fetal más importantes son los que se obtienen por la auscultación del corazón fetal y la observación de la presencia de meconio en el líquido amniótico.

Se consideran como principales marcadores de sufrimiento fetal alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como bradicardia moderada-severa, deceleraciones tardías, deceleraciones variables mantenidas y frecuentes, pérdida de la variabilidad, ritmo comprimido o silente.

Con respecto a la auscultación del corazón fetal existen determinadas modificaciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) asociadas a sufrimiento fetal agudo y son la bradicardia, taquicardia y la irregularidad de los latidos fetales.

La literatura consultada al respecto nos señala como taquicardia fetal el aumento de la FCF basal por arriba de los 160 latidos por minuto, siendo uno de los primeros índices de sufrimiento fetal agudo, pues denota la estimulación del simpático producida por la hipoxia. La importancia del reconocimiento de sufrimiento fetal agudo radica en que cuando el problema se detecta rápidamente y se trata de manera apropiada e inmediata, se impide el daño. Se ha recurrido a la presencia de líquido amniótico meconial (LAM) como indicador indirecto de asfixia perinatal (AP), su presencia se asocia con mayor morbimortalidad perinatal, generalmente en relación directa con la densidad del meconio.

En su informe ante la CEDHJ, el ginecoobstetra Antonio Díaz Ochoa refiere que al ser ingresada la paciente a la sala de labor, recibió varias revisiones, encontrando los médicos de la sala de labor una frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, por lo que a las 21:16 horas del día 31 de marzo decidió intervenirla quirúrgicamente por el método de cesárea kerr, (situación que no aparece en sus notas propias del expediente), encontrando y obteniendo producto único vivo de sexo masculino y peso de 3.300 gramos y apgar de 4-7, con talla de 52 centímetros y 40 semanas de gestación. Agrega que el producto al parecer fue llevado a la sala de cuidados intensivos del hospital en el área de neonatología. De una forma contradictoria señala que únicamente le correspondió atender médicamente a la paciente en la fecha referida en el área de la consulta externa del servicio de urgencias, sin que hubiera participado en ningún evento quirúrgico de los realizados a la paciente. En el expediente se advierte que es el ginecoobstetra Alberto García Hinojosa quien practica la Cesárea.

No se cuenta con el informe rendido ante la CEDHJ del ginecoobstetra Alberto García Hinojosa, que nos aclare fehacientemente cuales fueron las condiciones que decidieran su intervención quirúrgica, ya que inicialmente la paciente ingresa para trabajo de parto normal, y no encontramos la nota decisiva para el cambio de criterio, además de la difícil interpretación e ilegibilidad de sus notas quirúrgicas, apreciándose sólo el apunte de no progresión de la curva de Friedman, además de que el consentimiento informado firmado por la paciente especifica que se trata de una Cesárea electiva, cuando este tipo de cesárea se refiere a la cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto con una indicación clínica específica.

Aunado a ello, la ginecoobstetra Soledad Castañeda Cárdenas, quien revisó en principio a la paciente el día 31 de marzo, hacia las 11:06 hrs., procediendo a citarla en 3-4 horas para revalorarla, señaló en su informe que “no tenía trabajo de parto establecido, ni contraindicación para prueba de trabajo de parto después de cesárea”.

En este punto es menester recordar lo mencionado en la literatura consultada al respecto, que menciona que a diferencia de las causas recurrentes, como las distocias en la dinámica uterina durante el trabajo de parto, alrededor de 70% de las pacientes lograrán un parto, encontrando concordancia con el argumento vertido por la especialista.

Sin embargo, ya que las pacientes con cesárea previa por distocia, serán menos propensas a lograr un parto, debe establecerse la Monitorización de la prueba de trabajo de parto con un control frecuente de la progresión del trabajo de parto, pues el trabajo de parto prolongado está asociado con mayor riesgo de rotura uterina.

En este caso el monitoreo fetal se recomienda como contínuo, porque el primer signo sugerente de rotura uterina es un trazado electrónico no reactivo, el cual es de inicio brusco. La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal es indispensable para valorar el bienestar fetal. El control debe ser permanente y monitorizarse conjuntamente con la actividad uterina, con la finalidad de evitar hipertonías e hipersistolias, mediante Tocografía interna y/o Tocografía externa, como lo explica la literatura revisada. De la misma manera la duración del trabajo de parto no debe sobrepasar 5 o 6 horas.

De acuerdo a la revisión del expediente clínico materno, podemos concluir entonces que:

- a). Se incurrió en inobservancia de los deberes al cargo y a la norma NOM-007-SSA2-1993 respecto de la integración correcta del partograma y la vigilancia del comportamiento cardiaco fetal con medios electrónicos, por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, ya que se trataba de una paciente con una cesárea previa por falta de trabajo de parto, puesto que está contraindicada la prueba de trabajo de parto si hay persistencia de la indicación anterior (trabajo de parto prolongado) en pacientes con antecedente de cesárea, infringiendo de igual manera lo enunciado en la norma oficial mexicana 004-2012 SSA3 incurriendo en conducta de inobservancia de reglamentos.
- b). Con los datos que se obtienen del expediente de la madre, y los datos obstétricos del producto, así como lo vertido en el informe de la madre ante esta CEDHJ, podemos presumir que estamos ante una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.
- c). Que es necesario contar con el expediente clínico pediátrico, ya que carecemos de los datos intra-hospitalarios de la evolución del Recién Nacido, posteriores a la atención de la Cesárea, para conocer a ciencia cierta las patologías derivadas de los procedimientos señalados y secuelas actuales y las probables conductas que incurrieran en Negligencia Médica.

Conclusiones

1. Se incurrió en inobservancia de los deberes e inobservancia de reglamentos a su cargo por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.

2. De la misma manera, se verifica una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica por parte de los gineco obstetras, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.

[...]

4. Oficio [...], del día [...] del mes [...] del año [...], suscrito por Irma Patricia Jiménez Pulido y Ricardo Tejeda Cueto, peritos médicos adscritos al área de Medicina, Psicología y Dictaminación de esta Comisión, que contiene el dictamen de responsabilidad profesional emitido con motivo de la atención médica que se brindó al recién nacido hijo de la quejosa (quejosa) González en el HMIELM, mediante el cual concluyeron:

APOYO BIBLIOGRÁFICO PARA ESTE CASO EN PARTICULAR

ACTO MÉDICO

Se define como acto médico al conjunto de pasos efectuados, en todos los campos de salud, exclusivamente por un doctor de medicina, con vistas a formular un diagnóstico, seguido si es necesario, de la aplicación de acciones médicas, terapéuticas o preventivas. Trasladadas a un plano técnico, significa que acto médico es cualquier actividad de investigación, diagnóstico, prescripción, tratamiento y rehabilitación de la salud y/o enfermedad de la persona. El acto médico sólo puede ser llevado a cabo por profesionales en profesión del correspondiente título académico, que es la garantía oficial de su aptitud científica.

El acto médico está regulado por un conjunto de normas jurídicas que hace que el médico, como profesional, aparezca íntimamente inscrito en el círculo del Derecho. Desde esta perspectiva, el acto médico es una relación personal establecida entre un médico y un paciente de la que nace un vínculo patrimonial, vínculo que justifica una remuneración económica como compensación a la prestación sanitaria del médico. (Medicina Legal y toxicología, Juan Antonio Gisbert Calabuig Parte II, Derecho Médico aplicado, 6.- el acto médico, quinta edición, Editorial Masson, 1998)

Los errores médicos son considerados como: **Iatrogenias:** Todo lo producido por el médico en el enfermo, su familia y/o en la sociedad y que por su resultado pueden ser positivas o negativas (Iatropatogenias). **Malpraxis:** Que puede ser por negligencia (incumplimiento de los elementos inherentes a la profesión o mala conducta profesional, aun teniendo la pericia).

Impericia: Falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables para la profesión; la impericia temeraria (Exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimiento).

Imprudencia: Afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo; como la precipitación y la inobservancia todos los cuales son tipos de causas de culpa.

Las principales causas de negligencia tenemos: *Negarse a dar procedimientos, no actuación inmediata ante la urgencia, omisión del consentimiento informado, no encontrarse en el lugar requerido, abandono, lesión, secuelas, muerte, y otras.*

INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS Y DEBERES A SU CARGO: se refiere al incumplimiento de las disposiciones que regulan o dan instrucciones acerca del ejercicio de una determinada actividad. (<http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/46-1/responsabilidad-penal-de-los-medicos.pdf>, Responsabilidad Penal de los médicos por Jorge A. Valerga Aráoz, pp 146).

Asociación Española de Pediatría. [www.aeped.es/protocolos/Recien nacido a término con dificultad respiratoria](http://www.aeped.es/protocolos/Recien_nacido_a_termino_con_dificultad_respiratoria): enfoque diagnóstico y terapéutico:

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1966 por Avery y cols. Se denominó también

“pulmón húmedo”, “distrés respiratorio inexplicable del RN”, “taquipnea neonatal”, “síndrome del distrés respiratorio tipo II” y, más recientemente, “maladaptación pulmonar”. Predomina en el neonato a término, pero también se puede observar, con cierta frecuencia, en el pretérmino límite nacido por cesárea. Se estima una incidencia de 11% nacidos vivos y supone el 32% de los cuadros de DR neonatal. Es una alteración leve y autolimitada aunque estudios recientes sugieren que pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de sibilancias en etapas precoces de la vida.

Fisiopatología.- Aunque la causa precisa de la TTRN no está perfectamente aclarada, la mayoría de los autores están de acuerdo con la teoría inicial de Avery y cols., que postulan que *esta entidad se produce por la distensión de los espacios intersticiales por el líquido pulmonar que da lugar al atropamiento del aire alveolar y el descenso de la distensibilidad pulmonar, trayendo todo ello como consecuencia la taquipnea, signo más característico de este cuadro. Otros consideran que se produce por retraso de la eliminación del líquido pulmonar por ausencia de compresión torácica (parto por cesárea) o por hipersedación materna o bien por aumento del líquido inspirado en cuadros de aspiración de líquido amniótico claro.*

Finalmente, algunos mantienen que la TTRN puede ser consecuencia de una inmadurez leve del sistema de surfactante. En cualquier caso, lo que se produce es un retraso en el proceso de adaptación pulmonar a la vida extrauterina, que habitualmente se produce en minutos y en estos neonatos se prolonga durante varios días (figura 1).

Tabla 1. Causas de distrés respiratorio en el neonato a término	
<ul style="list-style-type: none"> • Causas respiratorias: <ul style="list-style-type: none"> - Distrés respiratorio leve. - Taquipnea transitoria del RN. - Aspiración meconial. - Neumotórax/Neumomediastino. - Neumonía perinatal. - Hipertensión pulmonar persistente. - Hemorragia pulmonar. - Agenesia-hipoplasia pulmonar. • Malformaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Hernia diafragmática. - Atresia de esófago. - Enfisema lobar congénito. - Malformación quística adenomatoidea. • Obstrucción vía aérea superior: <ul style="list-style-type: none"> - Atresia de coanas. - Sd. de Pierre-Robin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Causas cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatías congénitas. - Arritmia cardiaca. - Miocardiopatía. • Causas infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> - Sepsis / Meningitis neonatal. • Causas metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> - Acidosis metabólica. - Hipoglucemia. - Hipotermia / Hipertermia. • Causas hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Anemia. - Hiperviscosidad. • Causas neurológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Asfixia. - Lesión difusa del SNC. - S. de abstinencia a drogas.

Clínica. Se caracteriza por un cuadro de dificultad respiratoria presente desde el nacimiento o en las 2 horas posteriores, en el que predomina la taquipnea que puede llegar a 100-120 respiraciones por minuto, solapándose en ocasiones con la frecuencia cardiaca. La presencia de quejido, cianosis y retracciones es poco común, aunque pueden observarse en las formas más severas de TTRN. La clínica puede agravarse en las primeras 6-8 horas, para estabilizarse posteriormente y, a partir de las 12-14 horas, experimentar una rápida mejoría de todos los síntomas, aunque puede persistir la taquipnea con respiración superficial durante 3-4 días. La persistencia del cuadro durante más de este tiempo debe hacer dudar de la existencia de TTRN y obliga a hacer diagnóstico diferencial con el resto de entidades causantes de DR neonatal. La auscultación pulmonar puede mostrar disminución de la ventilación aunque menos marcada que en la EMH.

Diagnóstico.- Es eminentemente clínico, basado en la sintomatología y los antecedentes del niño. Los hallazgos radiográficos están mal definidos variando desde la normalidad a refuerzo de la trama broncovascular hilar, presencia de líquido pleural, derrame en cisuras, hiperinsuflación e, incluso, patrón reticulogranular (figura 2).

Tabla II. Diagnóstico diferencial del DR en el neonato a término

Tipo de DR	Edad inicio < 6h >6h	Antecedente	Exploración	Gasometría	Rx. Tórax	Comentarios
TTRN	+++	Cesárea Pretérmino límite Hijo de madre diabética	Taquipnea	Hipoxemia leve	Hiperinsuflación Edema perihiliar Derrame en cisuras	Lo más frec. en RNAT (exceptuando el distrés transitorio leve)
SAM	+++	L.A. meconial Postmadurez BPEG	Meconio en traquea Tinte cutáneo meconial	Hipoxemia mod./ grave	Patrón en “ panal de abeja”	Diagnóstico por H ² clínica
NT/NM	++	Hipoxia Reanimación Enf. pulmonar	↓ m.v ↓ ruidos car- diacos	Hipoxemia Leve / mod.	Diagnóstica	.
Neumonía	++	FR infección vertical o nosocomial	Séptica o de DR	Hipoxemia Acidosis mixta	Condensa- ción o similar a otro DR	Ayudan PCR y hemograma
HPP	+++	A veces asfixia moderada Secundaria a enfermedad de base	A veces soplo suave (insufi- ciencia tricús- pide o shunts)	Hipoxemia refractaria	Casi siempre normal Hipovascu- larización pul- monar	DD con CC difícil
Cardiopatía congénita	+		Soplo Cardiomegalia ICC	CO ₂ N ó ↓ Hipoxemia variable	Puede orien- tar el diagnóstico	ECG y ECO- C suelen ser diagnósticos

RNAT: recién nacido a término; FR: factores de riesgo; DD: diagnóstico diferencial; CC: cardiopatía congénita; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; ECG: electrocardiograma; ECO-C: ecocardiograma

Dado que la clínica y la radiología son inespecíficas y compatibles con sepsis neonatal o neumonía deben realizarse los estudios pertinentes para descartar esta etiología (hemograma, proteína C reactiva y cultivos) iniciando tratamiento con antibioterapia de amplio espectro hasta establecer el diagnóstico definitivo, y retirándose tan pronto como se confirme su negatividad.

Ocasionalmente puede plantearse diagnóstico diferencial con la aspiración meconial e incluso con EMH leve, sobre todo si se trata de un prematuro de 35-36 semanas.

Tratamiento.- *Debido a que la TTRN es autolimitada, el único tratamiento a emplear es la asistencia respiratoria adecuada para mantener un intercambio gaseoso suficiente durante el tiempo que dure el trastorno.* Generalmente no son necesarias concentraciones de oxígeno superiores al 40% para mantener una saturación superior al 90%. Dada su fisiopatología, se podría pensar que el uso de diuréticos como

la furosemida podría ayudar a la aclaración del exceso de líquido pulmonar, si bien estudios basados en la evidencia muestran que no afecta el curso clínico de la enfermedad. Una evolución desfavorable invalida el diagnóstico.

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL

El síndrome de aspiración meconial (SAM) consiste en la inhalación de líquido amniótico teñido de meconio intraútero o intraparto. Su incidencia es variable oscilando entre 1-2 % nacidos vivos en Europa, y 2-6%o nacidos vivos en Norte América. Representa el 3% de los casos de DR neonatal y su incidencia disminuye a medida que mejora la atención obstétrica y los cuidados inmediatos del RN.

Etiología. El SAM es una enfermedad del neonato a término o postérmino siendo excepcional en el pretérmino. Las únicas situaciones en que *se puede observar líquido amniótico meconial en el RN, es en asociación con listeriosis congénita o en presencia de un episodio asfíctico previo. Etiológicamente se consideran factores predisponentes todos los responsables de hipoxia perinatal crónica y desencadenantes todos los causantes de hipoxia aguda intraparto.* Tanto el paso del meconio al líquido amniótico como los movimientos respiratorios intrauterinos estarían provocados por la hipoxia que al producir O₂ y CO₂ estimularían la respiración.

A su vez la hipoxia favorecería la eliminación de meconio estimulando el peristaltismo intestinal y la relajación del esfínter anal.

Clínica. Clínicamente el SAM se observa en un RN con antecedentes de asfixia y líquido amniótico meconial, sobre todo si se visualiza meconio por debajo de las cuerdas vocales durante la reanimación. Este síndrome incluye un espectro amplio de enfermedades respiratorias que van desde un DR leve hasta enfermedad de carácter severo que puede llevar a la muerte a pesar de un tratamiento correcto. Clásicamente el SAM se caracteriza por la presencia de un DR intenso, precoz y progresivo con taquipnea, superretracciones, espiración prolongada e hipoxemia, en un neonato que presenta uñas, cabello y cordón umbilical teñidos de meconio.

Suele apreciarse aumento del diámetro antero posterior del tórax por enfisema pulmonar debido a obstrucción de la vía aérea (“tórax en tonel”). En los cuadros severos es frecuente observar el desarrollo de hipertensión pulmonar persistente con hipoxemia refractaria.

Diagnóstico.- Debe sospecharse ante un DR de comienzo precoz en un neonato con hipoxia intraparto que precisó reanimación laboriosa, observándose meconio en traquea e impregnación meconial de piel y cordón umbilical.

Radiológicamente lo más característico es la presencia de condensaciones alveolares algodonosas y difusas, alternando con zonas hiperaireadas (imagen en “panal de

abeja”) (figura 4). Generalmente existe hiperinsuflación pulmonar y en el 10-40% de los casos suele observarse el desarrollo de neumotórax-neumomediastino. No obstante, en muchos casos, la radiografía torácica puede ser normal y no necesariamente las anomalías radiológicas más severas se corresponden con la enfermedad clínica más grave.

Prevención.- *Prenatalmente la profilaxis se apoya en la toma de medidas dirigidas a disminuir la hipoxia crónica y la asfixia intraparto.* En el momento del parto, hasta hace poco tiempo, se preconizaba la aspiración de la nasofaringe antes de la salida de los hombros y antes de la primera respiración, seguida de la aspiración traqueal inmediatamente al nacimiento. Estas medidas disminuyeron la morbimortalidad por SAM, pero este síndrome siguió observándose en neonatos que son aspirados adecuadamente en la sala de partos, lo que habla a favor de que en estos *casos la aspiración se produjo dentro del útero.* Unido esto a los riesgos de infección y a la lesión mecánica por una reanimación agresiva, actualmente la indicación de aspiración traqueal en todos los neonatos con aguas meconiales está en revisión y *se recomienda intubación y aspiración traqueal inmediata solamente cuando el neonato está deprimido (Apgar al minuto ≤ 6), absteniéndose de esta actuación cuando se trate de un neonato vigoroso (Apgar ≥ 7).* Así, la guía internacional de reanimación cardiopulmonar recomienda la aspiración intratraqueal de restos meconiales sólo en aquellos neonatos con frecuencia cardíaca inferior a 100 lpm, depresión respiratoria o hipotonía marcada (figura 5).

Mientras tanto, la limpieza de la vía aérea y el establecimiento de la respiración y la oxigenación siguen siendo fundamentales para la reanimación de todos los neonatos.

Tratamiento. Inicialmente debe evitarse la ventilación pulmonar con mascarilla o a través de tubo traqueal antes de realizar una aspiración traqueal rigurosa que permita extraer la mayor parte del líquido meconial. El tratamiento debe ir dirigido a mantener una saturación de O₂ entre 85-95% y un pH superior a 7,20 mediante ventilación inicial con CPAP nasal a presión de 4-7 cm de H₂O. Si falla lo anterior se recurrirá a presión positiva intermitente, teniendo en cuenta que estos pacientes tienen una resistencia elevada en la vía aérea por lo que una frecuencia respiratoria alta (>40) favorece la retención aérea y el neumotórax. En algunos casos será necesario emplear ventilación de alta frecuencia y si hay hipertensión pulmonar, óxido nítrico inhalado.

En los casos de meconio a nivel bronco alveolar puede ser aconsejable el lavado bronquial con 1/5 de surfactante y 4/5 de suero salino fisiológico, administrando 15 ml/kg repartidos en 4 dosis, dado que parece mejorar la clínica y la oxigenación, si bien se necesitan más datos para recomendar su uso de forma sistemática. La administración empírica de antibióticos es discutible aunque está indicada si existen factores riesgo de infección.

El uso de corticoides (dexametasona) en esta entidad es discutido, dado que por una parte parece mejorar el intercambio gaseoso y la compliance pulmonar, pero también se ha asociado a efectos secundarios estructurales importantes, por lo que son necesarios más estudios para validar su uso rutinariamente. El pronóstico va a depender no solo de la gravedad del DR, sino de la posibilidad de desarrollar un cuadro de hipertensión pulmonar persistente y, sobre todo, de las consecuencias neurológicas del sufrimiento fetal.

Rev Mex Pediatr 2009; 76(4); 174-180 Vol. 76, Núm. 4 • Julio-Agosto 2009 pp 174-180

“Conceptos básicos para el manejo de la asfixia perinatal y la encefalopatía hipóxico-isquémica en el neonato” (Pedro Juan Cullen Benítez, Eugenio Salgado Ruiz):

La asfixia perinatal es un insulto grave, de etiología variada, que causa encefalopatía hipóxico-isquémica, entre otros daños. Tiene una mortalidad elevada, así como una alta tasa de secuelas neurológicas permanentes, que ocasiona cambios bioquímicos y funcionales de carácter sistémico, particularmente en el sistema nervioso central (SNC).

La encefalopatía hipóxico-isquémica (ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUÉMICA) es un síndrome neurológico ocasionado por la falla en el suministro de oxígeno y de la perfusión cerebral.

Por otra parte, la parálisis cerebral infantil (PCI) es un síndrome motor causado por alteraciones en el desarrollo temprano del cerebro, entre éstas las ocasionadas por la ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUÉMICA. La gravedad de esta encefalopatía ocasiona una elevada **letalidad que llega a ser de 50% en el primer mes de vida.**

En cuanto a la fisiopatología de la EIH, **la agresión tisular comienza con la hipoxia** y la reperfusión ocasiona el daño más importante por los radicales libres. ***El manejo de estos pacientes está hasta ahora acotado a medidas de mantenimiento, puesto que no hay aún medidas que reviertan el daño tisular,*** y aun tratamientos innovadores (como la hipotermia cefálica) permiten sólo detener la expansión del daño.

Asfixia perinatal (APN): La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACGO) han establecido cuatro criterios de diagnóstico:

1. Gasometría del cordón umbilical con pH de 7.0 o menos.
2. Calificación de Apgar de 0 a 3 por más de 5 minutos.

3. Datos clínicos de encefalopatía hipóxico-isquémica (Sarnoff).
4. Evidencia bioquímica de disfunción orgánica múltiple.

Si no se cumple con estos criterios y el neonato tuvo un puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos, se le califica como niño en depresión neonatal (DN).

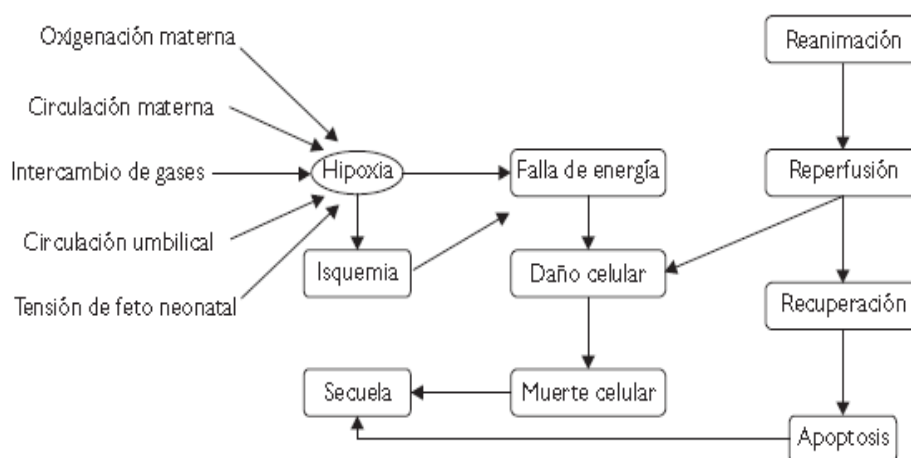
ETIOPATOGENIA

Las causas de lesiones hipóxico-isquémicas, sean únicas o mixtas, son:

- 1. Interrupción de la circulación sanguínea umbilical.*
- 2. Problemas en el intercambio placentario de gases.*
- 3. Riego materno inadecuado hacia la placenta.*
- 4. Deficiente oxigenación materna.*
- 5. Transición neonatal anormal por alteración en la expansión pulmonar del niño.*

La ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUÉMICA es consecuencia de la asfixia o depresión grave del neonato debido a uno o más de cuatro mecanismos:

1. **Hipoxia.** Que desencadena la cascada de daño celular y se manifiesta con crisis convulsivas; cuando ésta es crónica ocurre atrofia cortical y de la sustancia blanca.
2. **Isquemia/reperfusión.** La isquemia seguida de hipoxia reduce la glucemia cerebral, lo que aumenta el daño celular, pero el daño es aún mayor cuando acontece reperfusión del tejido isquémico.
3. **Falla de energía.** La depleción de trifosfato de adenosina (ATP) por hipoxia deja sin energía a la célula. En la reperfusión mejora pero nunca se recupera en forma completa y el daño celular se extiende.
4. **Inflamación.** Las citosinas y otros mediadores de la inflamación (debido a la infección) ocasionan daño cerebral por choque séptico *in útero* o bien hace a los tejidos más susceptibles al evento hipóxico-isquémico.



Cuadro 1. Clasificación de la encefalopatía hipóxico-isquémica según criterios de Sarnat.²⁰

Signos	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3
Nivel de conciencia	Hiperalerta	Letárgico	Estupor/coma
Tono muscular	Normal	Hipotónico	Flácido
Postura	Normal	Flexión	Descerebrado
Reflejos tendinosos/clonus	Hiperactivo	Hiperactivo	Ausente
Mioclonías	Presentes	Presentes	Ausentes
Reflejo de Moro	Fuerte	Débil	Ausente
Pupilas	Midriasis	Miosis	Reflejo pobre/anisocoria
Crisis convulsivas	No	Común	Descerebración
EEG	Normal	Bajo voltaje cambiando a actividad convulsiva	Supresiones a isoelectrónico
Duración	Menos de 24 horas	1 a 14 días	Días a semanas
Pronóstico	Bueno	Variable	Muerte/déficit neurológico importante

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Estudios de laboratorio. Es importante considerar para estudio de las enzimas como la deshidrogenasa láctica (LDH), la creatinina fosfoquinasa (CPK), en especial su fracción miocardio-cerebro (CPK-MB). Estas enzimas son poco específicas, pero dan idea de la magnitud del daño celular. La troponina I es el estándar de oro para calificar la miocardiopatía hipóxica, pues se eleva durante la isquemia y aumenta aún más durante la reperusión.²²

Imagen por resonancia magnética. Las imágenes por resonancia magnética requieren tiempo, no es portátil y precisa de sedación, pero en ella, en las primeras 72 horas del evento de hipoxia se observa el edema y el estado de mielinización, que no es posible visualizar con la

TAC o la USGTF. En fase aguda la isquemia se ve como hiperintensidad, pero en fase crónica se aprecia hipointensidad.

El coeficiente de difusión aparente (ADC) obtenido mediante la técnica de difusión muestra variaciones con la edad, pero también con relación a la integridad de las estructuras, especialmente con la presencia de edema y la peroxidación de ácidos grasos.

Electroencefalograma. El electroencefalograma (EEG) permite dar seguimiento a los daños encefálicos, por lo que es recomendable obtener uno en los primeros días. Una mejoría del patrón electroencefalográfico después de la primera semana, augura un mejor pronóstico.

En cambio, la presencia de patrón espiga-supresión, es de mal pronóstico.

MANEJO INTEGRAL

Mantenimiento hemodinámico. Es necesario mantener dentro de lo normal la tensión arterial (TA) para evitar caída en el flujo sanguíneo cerebral (FSC); esto se logra con aminas vasodilatadoras (dopamina) y estimulando el inotropismo (dobutamina). El gasto urinario y los electrolitos séricos deben ser monitorizados. La oliguria se maneja, inicialmente, con cristaloides para tratar la hipovolemia y con dopamina, para mejorar flujo esplácnico.

En presencia de la necrosis tubular aguda se deben restringir los líquidos a 2/3 de los requerimientos.

Ventilación. El neonato que ha tenido asfixia se beneficia de la aplicación temprana de surfactante, debido al riesgo de hipertensión pulmonar y la deficiencia de surfactante. La estrategia de hipercapnia permisiva reduce las necesidades de energía del cerebro, se preserva mejor el ATP y se encuentra menos glutamato en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

Neuroprotección. Lo más importante en el manejo de la APN es proteger el cerebro del neonato. Hay tres estrategias: reducir el edema cerebral, mantener la glucemia en concentración normal y administrar anticonvulsivantes. Hay otros esquemas de tratamiento en los que aún no está plenamente probada su eficacia, que pretenden detener la cascada de eventos fisiopatológicos desencadenados por la ENCEFALOPATIA

HIPÓXICO ISQUÉMICA.

Hipotermia. En 1962 se informó por primera vez de un estudio en recién nacidos con APN que fueron manejados mediante hipotermia inducida. Años después, en 1969, se estudiaron 28 neonatos asfixiados sometidos a inmersión en agua fría, obteniendo una

respuesta favorable en 85% de los casos; sin embargo, esta terapia se abandonó, debido a la alta mortalidad. En la década de los años ochenta se hicieron estudios con animales bajo hipotermia controlada y en 2005 el Instituto Nacional de Salud de la Infancia (NICHD) descubrió en un estudio multicéntrico que la hipotermia controlada en niños con APN muestra razonables beneficios en los niños a los 18 meses de edad.

Rev Soc Bol Ped 2007; 46 (2): 145–50 Asfixia neonatal Dr.: (Hugo Tejerina Morató):

La asfixia neonatal sigue siendo un problema importante de mortalidad y morbilidad a largo plazo en las unidades de neonatología, a pesar de las mejoras en estudio y monitoreo perinatal. Su principal expresión clínica usada como sinónimo es la encefalopatía hipóxico isquémica.

Asfixia se define como la falta de oxígeno (hipoxia) o la falta de perfusión (isquemia) en diversos órganos. Se acompaña de acidosis láctica en los tejidos y si se asocia a hipoventilación, presenta hipercapnia.

Fisiopatología y etiología: *En un 90% están en relación con el periodo de ante parto e intra parto, como consecuencia de insuficiencia placentaria*, que determina en el feto la incapacidad para recibir O₂ y eliminar CO₂. El resto de casos se producen en relación a insuficiencia cardiopulmonar o neurológica en el post parto.

Medidas preventivas: Al ser la asfixia una patología de muy difícil manejo y mal pronóstico en un porcentaje elevado de los neonatos afectados, *las medidas preventivas siguen siendo una intervención esencial*.

- *Valoración prenatal: estudio antecedentes y control prenatal*
 - *Monitoreo perinatal: la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y estudio ecográfico de flujometría fetal, son exámenes auxiliares que disponemos en nuestro medio. También se puede tomar el pH de piel de la cabeza fetal, cuando es necesario. La presencia de signos de sufrimiento fetal agudo como líquido amniótico con meconio, disminución en la frecuencia cardiaca y ritmo cardiaco fetal, deben ser detectadas a tiempo y llevar a decidir realizar o no una cesárea de urgencia.*

- Diagnóstico y manejo en sala de partos: las puntuaciones de Apgar menores a 3 persistentes más de 5 minutos son evidencia de asfixia. Contar con todos los medios necesarios para una adecuada reanimación neonatal y una persona entrenada en ello, cambia en forma determinante el pronóstico final de estos pacientes.

Tratamiento: Una vez diagnosticada la asfixia perinatal, el manejo del recién nacido se realiza en terapia intensiva neonatal, siguiendo las siguientes directrices:

1. Mantener niveles de oxemia adecuados, evitando la hipoxemia que puede exacerbar la lesión.

2. Evitar la hipercapnea por riesgo de vasodilatación y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

3. Optimizar la perfusión y evitar la reperfusión de los tejidos que puede producir que la zona infartada se torne hemorrágica. Se recomienda mantener una presión arterial media (PAM) de 45 a 50 en RNT y 35 a 40 en RNPT con pesos menores a 2000g, para esto se requiere:

- Monitorización continúa.
- Presión venosa central en RNT entre 5-8 y 3-5 en pretérminos.
- Uso de dopamina, en dosis de 2 a 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ para mejorar la perfusión renal.
- En miocardiopatía asfíctica se recomienda el uso de dobutamina entre 5 a 10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. dependiendo el caso, se puede usar beta agonistas periféricos como el isoproterenol, alfa bloqueantes periféricos y nitroprusiato.
- Reducir al mínimo la administración en bolo de sustancias coloides y bicarbonato.
- Efectuar reposición de volúmenes en forma lenta.
- Reducir al mínimo la administración de agua libre (perdidas insensibles más diuresis).
- El empleo juicioso de agentes presores, puede disminuir al mínimo la necesidad de usar coloides.
- Medición de presión intracraneal de ser posible.

4. Mantener niveles de glicemia adecuados para aportar suficiente sustrato al cerebro. Existe un estado hiper insulínico en neonatos asfícticos de causa desconocida con un déficit de glucógeno secundario a liberación de catecolaminas. Después de una fase inicial de hiperglicemia sobreviene hipoglucemia, que puede llegar a requerir cargas de glucosa de 9 a 15 $\text{mg}/\text{kg}/\text{min}$., durante periodos breves.

5. Evitar la hipocalcemia, a pesar de que no tiene efecto protector a nivel cerebral.

6. Manejo de convulsiones; se recomienda el uso de fenobarbital 20 $\text{mg}/\text{kg}/\text{dosis}$ ante la primera crisis y una dosis de mantenimiento de 3 a 5 $\text{mg}/\text{kg}/\text{día}$. Algunos grupos usan fenobarbital en forma preventiva ante la clínica evidente de ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA. De persistir convulsiones se puede usar fenitoina o midazolam.

7. Edema cerebral. Se puede prevenir manteniendo una estabilidad hemodinámica y adecuada PIC. Existen dos patologías asociadas a asfixia en las que se puede predisponer la sobrecarga de volumen, el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y la necrosis tubular aguda.

8. Medidas neuro-protectoras; se han experimentado una serie de medidas neuroprotectoras como ser: antagonistas de los receptores de neurotransmisores excitotóxicos, eliminadores de radicales libres (superóxido dismutasa, vitamina E), bloqueadores de los canales del calcio (nifedipina, nicardipina), inhibidores de la ciclooxigenasa (indometacina), estimulantes de los receptores benzodiazepínicos (midazolam), favorecedores de la síntesis proteica (dexametasona) y vasodilatadores (prostaciclina), ninguno con evidencia científica significativa como para sugerir su uso en forma normada.

Terapia con hipotermia en asfixia perinatal.

Pronóstico ***La incidencia de secuelas neurológicas en los supervivientes es de 20 a 45%, de estas 40% son mínimas y 60% graves.*** De los que sufren encefalopatía grado I, el 100% tiene una evolución normal, los que cursan con encefalopatía grado II en un 80%, mientras que los que cursan con encefalopatía grado III fallecen en un 50% y los restantes presentan severas secuelas neurológicas.

Conclusiones La asfixia neonatal y ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUÉMICA, es un problema importante en nuestro medio. La alta incidencia de mortalidad y secuelas, hacen que las medidas preventivas sigan siendo la mejor intervención para disminuirlas. ***El continuo entrenamiento en reanimación neonatal y manejo protocolizado en terapia intensiva son determinantes en el pronóstico final de morbimortalidad.*** Los nuevos estudios en hipotermia nos dan nuevas armas en el manejo de esta enfermedad, teniendo que esperar la validación científica de los mismos, para poder aplicarlas rutinariamente.

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 4 • Octubre-Diciembre 2011 • (315-320) “PRONÓSTICO PERINATAL DE LOS FETOS CON CIRCULAR DE CORDÓN EN RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO. REVISIÓN DE LA LITERATURA” (Carlos Bustamante-Zuluaga, M.D., Guido Parra-Anaya, M.D., Israel Díaz-Yunez, M.D., Felipe Vergara-Quintero, M.D. Eduardo De Nubbila-Lizcano, M.D):

El cordón umbilical tiene una longitud promedio de 60 cm (rango de 50-70 cm) al término. Las fuerzas tensiles causadas por los movimientos fetales son, en gran parte, las responsables de que el cordón umbilical alcance su mayor porcentaje de longitud a las 30 semanas de gestación aproximadamente.⁵ Se ha encontrado que fetos en presentaciones cefálicas tienen el cordón umbilical más largo en comparación con las presentaciones pélvicas.⁵ Además, es más frecuente la incidencia de circular de cordón en aquellos cordones largos, en casos de hiperactividad fetal, en localizaciones posteriores de la placenta y en fetos de sexo masculino.^{5,6} Durante la salida de la cabeza fetal en el trabajo de parto es importante distinguir el grado de tensión del cordón alrededor del cuello, ya que de esto dependerá si es fácilmente reducible el cordón o por el contrario presentará algún tipo de dificultad. La circular de cordón a

cuello puede ser en tipo A cuando este rodea el cuello del feto en un patrón que no termina de cerrar, y de tipo B cuando el cordón encierra completamente la nuca fetal. La importancia de la diferenciación entre estos tipos es que la forma de bucles o vueltas que se presentan en la clase B dan lugar a verdaderos nudos que no producen un fácil deslizamiento del cordón sobre el cuello del feto. En 1988 Giacomello describió estos mismos patrones de circulares pero en productos con presentaciones pélvicas. La incidencia de la circular de cordón única o simple es de un 20% de todos los nacimientos (rango de 15%-34%), de 1,7%-3,8% en presencia de doble vuelta de cordón, y de 0,2%-0,3% en tres o más vueltas. También se reportan incidencias de circular de cordón a las 36-38 semanas del 25% y al nacimiento, del 28%-37%. ***Existe controversia sobre si la circular de cordón está asociada con una mayor morbimortalidad perinatal. En teoría, si la circular está muy ajustada y persiste durante un largo período de tiempo, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto, dificultad en los intercambios de gases materno fetales con la consiguiente posibilidad de hipoxia, hipercapnia y acidosis.*** Esta última puede ser mixta (68%) o respiratoria (23%), lo cual se podría corregir rápidamente con la inmediata ventilación del recién nacido. Aquellos que consideran es factor de riesgo para hipoxia perinatal abogan por la realización electiva de la operación cesárea cuando se ha reportado por ecografía reciente del tercer trimestre la presencia de circular(es) de cordón en nuca fetal, sin embargo, se requiere evaluar la evidencia que soporta este manejo. Por otra parte, ***también existe controversia respecto a lo que representa el hecho de encontrar una circular de cordón por medio de la ultrasonografía cerca a la fecha del nacimiento.*** Hay informes que presentan que la probabilidad de que persista al momento del parto es hasta de un 85%.¹⁰ Hay que tener en cuenta que el “patrón de oro diagnóstico” de la circular de cordón es la visualización directa en el momento del parto.

Apgar, peso al nacer y mortalidad perinatal: Sheiner y colaboradores llevaron a cabo un trabajo en una institución de tercer nivel el cual incluyó 166 318 nacimientos en 15 años (1988-2003) y en el que se encontró que el ***14,7% de los fetos (24 992) presentó circular de cordón.*** No se encontraron diferencias entre el peso de los neonatos de cada grupo, además de presentar similares puntuaciones de Apgar y reportar una incidencia de mortalidad perinatal de 11/1000 para el grupo de los expuestos a circular de cordón y de 16/1000 para el grupo de los no expuestos.¹⁵ Por otra parte Singh y Sidhu realizaron un interesante estudio en el año 2008, en el que compararon distintos resultados durante el trabajo de parto y el nacimiento entre productos con circular de cordón no ajustada (loose) frente a aquellos con circular de cordón ajustada (tight). Los investigadores concluyeron que ***aquellos neonatos que presentaron circular ajustada tuvieron bajos puntajes de Apgar al minuto y mayor riesgo de sufrimiento fetal.***

Utilidad de la ecografía y el Doppler: La sensibilidad de la ecografía Doppler para la detección de circular de cordón al término reporta porcentajes que varían entre un 85%

y un 95%, y una especificidad del 87% al 92% en estudios realizados en los últimos 10 años. Respecto a la utilidad de la ultrasonografía para distinguir cambios en el flujo cerebral como consecuencia de lo apretada que se encuentra la circular, en Turquía, Aksoy realizó seguimiento al flujo de la arteria cerebral media y de la arteria umbilical en grupos con circular de cordón y en quienes no la tenían, concluyendo que la presencia de vueltas de cordón no afecta los valores de este par de vasos.

Múltiple circular de cordón durante el trabajo de parto: En los casos de múltiple circular de cordón los estudios arrojan resultados variados. Por lo general, las múltiples vueltas de cordón en edades gestacionales lejos del término no están relacionadas con resultados adversos. Sin embargo, existen reportes de casos en donde 3, 4 o 5 vueltas de cordón sí generan riesgo de mortalidad perinatal y RCIU.

CONCLUSIONES: La evidencia disponible en la actualidad no soporta de manera consistente la asociación entre la presencia de circular de cordón fetal y resultados perinatales adversos mayores, al compararlos con fetos sin circular de cordón. Existe algún riesgo en situaciones especiales como las múltiples vueltas de cordón y la circular ajustada al cuello. No hay evidencia que soporte la realización de cesárea ante la presencia de circular única en la nuca fetal.

En conclusión la presencia de circular de cordón en el momento del parto no altera el manejo clínico y las adaptaciones fetales primarias de los neonatos no se ven afectadas por lo que *la evaluación de la presencia o ausencia de circular de cordón al momento del ingreso a la sala de trabajo de parto no es una herramienta útil para decidir la vía de interrupción del embarazo ya que se asocia con un riesgo neonatal leve*. A pesar de que la presencia de un circular de cordón en las pacientes del presente estudio no se diagnosticó prenatalmente, la ausencia de diferencias clínicamente significativas entre los grupos con y sin circular de cordón, sugiere que la intervención intraparto basado en el diagnóstico prenatal pueden no ser apropiados, pero si está indicado realizar una vigilancia estrecha de la evolución del embarazo y del trabajo de parto. (Rescatado de Rev Med UAS; Vol. 3: No. 3. julio- septiembre de 2012).

http://www.manuelosses.cl/BNN/NEO_U.pdf

**EDICIÓN SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE Edición 2001. Capítulo 9.- Asfixia perinatal Dra.
María Eugenia Hübner G.:**

Hasta hace unos años el término "asfixia" fue usado para referirse al recién nacido que obtenía un puntaje de Apgar bajo. Es así como el International Classification of Disease define asfixia moderada como *Apgar al minuto de 6 o menor y severa como Apgar al minuto de 3 o menor*.

El test de Apgar fué introducido por la Dra. Virginia Apgar en 1952 e ideado como un sistema para evaluar el bienestar neonatal inmediatamente después del

nacimiento. La utilidad de este puntaje se cuestiona porque no siempre se correlaciona con el estado ácido base del paciente, el aspecto clínico o el resultado neurológico.

En la actualidad se sabe que un recién nacido deprimido no es sinónimo de asfixia neonatal. Elementos del test de Apgar como tono, irritabilidad refleja, esfuerzo respiratorio, son dependientes de la madurez y es así como recién nacido prematuros presentan Apgar bajo sin evidencias bioquímicas de asfixia. El tono muscular del prematuro de 28 semanas es típicamente flácido, existe una hipotonía generalizada y su esfuerzo respiratorio es débil por inmadurez del centro respiratorio y pobre desarrollo de la musculatura intercostal. Mientras más prematuro es el recién nacido el Apgar tiende a ser más bajo en presencia de pH arteria umbilical normal. La sedación materna o la analgesia pueden disminuir el tono muscular e intervenir en el esfuerzo respiratorio, esto se ha observado con el uso de diazepam y anestésicos generales. El sulfato de magnesio en dosis altas utilizado en madres con pre eclampsia puede desencadenar depresión respiratoria en el recién nacido inmediato. Condiciones neurológicas como malformaciones del sistema nervioso central son responsables de escaso esfuerzo respiratorio y/o apneas, enfermedades neuromusculares pueden determinar un tono muscular disminuido y respiración ineficiente. Se ha descrito también depresión respiratoria secundaria a infecciones graves fetales.

Por otro lado el puntaje Apgar está sometido a la subjetividad del examinador y a menudo es colocado en forma retrospectiva. En cuanto a la sensibilidad del test de Apgar se ha descrito que es aproximadamente del 47%, con una especificidad del 90%. *Entre los niños con Apgar entre 0 y 3 a los 5 minutos hubo menos del 1% de parálisis cerebral, este porcentaje aumenta en forma dramática si el Apgar se mantiene bajo 3 a los 20 minutos, llegando a un 57 % de niños con secuelas mayores.*

El Apgar a los 5 minutos y particularmente los cambios de puntaje serían un índice útil de la efectividad de las maniobras de reanimación.

Para definir en forma más objetiva la condición del recién nacido se ha analizado varios índices bioquímicos derivados del desastre metabólico que produce el déficit grave de oxígeno en los tejidos, tales como la valoración de la beta 2 microglobulina, la creatininfosfoquinasa en sangre umbilical, el ácido láctico y las hipoxantinas. Pero no se ha encontrado una clara utilidad práctica o valor pronóstico de cada uno de ellos.

En los últimos años se ha centrado la atención en la determinación del estado ácido base de los vasos umbilicales y se ha usado como un criterio más para diagnosticar asfixia. La placenta es el órgano de la respiración fetal y normalmente provee suficiente oxígeno para el crecimiento fetal, bajo condiciones de metabolismo aeróbico. Cuando la transferencia de O₂ se restringe, completar el metabolismo de carbohidratos a CO₂ y agua es imposible.

Hay numerosos trabajos que reportan valores de pH en vasos umbilicales obteniendo sangre de cordón al nacer o bien cordocentesis para conocer el estado bioquímico del neonato o del feto respectivamente.

Se ha intentado definir "acidemia de cordón". En 1982 aparece una primera publicación en el Lancet del Dr. Sykes, que define acidosis como $\text{pH} = 7,11$ posteriormente se ha sugerido distintos valores variando entre $\text{pH}: 7,11$ a $7,27$. La arteria umbilical refleja el metabolismo fetal y la vena umbilical indica el metabolismo útero placentario. Si hay un trastorno de perfusión útero placentario (como una hipotensión materna, tetania uterina, desprendimiento de placenta) la acidosis fetal es evidente en la arteria y vena umbilical. Pero, si existe una compresión de cordón, se producirá acidosis fetal que se reflejará en la arteria umbilical, el entrecimiento de la circulación a nivel placentario aumenta el tiempo de intercambio de O_2 lo que resultará en un estado ácido base normal a nivel de la vena umbilical.

Si existe una sepsis fetal es posible también encontrar una acidemia fetal importante en la arteria umbilical y el pH de la vena umbilical ser normal. La disfunción cardíaca fetal no asociada a una alteración de la perfusión placentaria también puede producir una amplia diferencia arteriovenosa.

Capítulo 3 ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO. Dr. Alfredo Águila R. ACCIONES A REALIZAR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO:

Anamnesis obstétrica: Antes de la atención del RN es necesario prever algunos elementos básicos que van a ayudar en la transición. Adquirir detalles que ilustren acerca de ***factores de riesgo los que se puedan asociar a depresión respiratoria, tales como bradicardia fetal o taquicardia, meconio en líquido amniótico, rotura espontánea o prematura de membranas, fiebre materna, anormalidades placentarias, administración de fármacos o presentación anormal del feto.***

Control de la termorregulación. El mantener un ambiente térmico adecuado es uno de los aspectos importantes en el cuidado neonatal, ya que esto influye en la supervivencia y crecimiento de los RN; los neonatos a término tienen limitadas habilidades para producir calor cuando son expuestos a un ambiente frío, particularmente en las primeras doce horas de vida. Puesto que el RN tiene una gran área superficial para una masa corporal reducida, la pérdida de calor es considerable, en especial si permanece desnudo. Durante el nacimiento y el período de transición se deben tomar todas las medidas necesarias para disminuir y evitar las pérdidas de calor en el RN por medio de medidas ambientales como:

- Calefacción del área en que va a nacer el niño: sala con temperatura ambiente entre $25\text{-}28^\circ\text{C}$ y humedad relativa 50%, por medio de aire acondicionado.

- Termómetros ambientales: la temperatura de la sala se debe mantener estable día y noche y en las diferentes estaciones del año.
- Ventanales fijos con doble vidrio. - Puertas con cierre automático para evitar las corrientes de aire.
- Circuito eléctrico de emergencia: Equipos de calefacción en óptimas condiciones.
- Cuna de procedimientos e incubadora siempre preparadas para su uso.

Elementos necesarios para la atención inmediata: Es fundamental tener preparado los elementos de reanimación y en perfectas condiciones de funcionamiento, tales como laringoscopio con hojas adecuadas y pilas, fuente de aspiración con sonda, tubos endotraqueales de diferentes medidas, bolsa autoinflable para producir presión positiva intermitente con mascarilla y una fuente de oxígeno.

Maniobras inmediatas: *Una vez que ha salido el producto de la gestación, la persona que está atendiendo el parto comprime el cordón con pinza Kocher o similar, una vez que ha disminuido la intensidad del latido (sin desaparecer), 10 a 15 segundos. Efectúa compresión inmediata en caso de madre Rh negativo sensibilizada, sufrimiento fetal agudo, circular irreductible del cordón o líquido amniótico con meconio espeso. Secciona el cordón y extrae sangre para exámenes (Grupo sanguíneo y Rh, VDRL, VIH).*

Maniobras en campo quirúrgico obstétrico: El operador procede a limpiar las vías aéreas superiores, actuando de acuerdo a las características del líquido amniótico. Con líquido amniótico claro se realiza limpieza exterior de cara y boca. Efectuar (sólo cuando las secreciones son muy abundantes) aspiración suave de la orofaringe, mediante sonda conectada a una fuente de aspiración o una pera adecuada para este fin. Con líquido amniótico que contiene meconio se realiza aspiración orofaríngea al aparecer la cabeza y antes de que el niño inicie sus movimientos respiratorios. Obligatoriamente se debe efectuar aspiración laringotraqueal bajo visión de laringoscopio si el RN presenta hipotonía, inadecuado esfuerzo respiratorio o frecuencia cardíaca <100 por minuto.

Maniobras en cuna calefaccionada de procedimientos: Recibir y envolver al niño con mantilla estéril y tibia, trasladarlo a cuna de procedimientos donde se seca vigorosamente y luego cambiar la mantilla por otra, seca y tibia.

Capítulo 10 REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (Dra María Eugenia Hübner G).

FISIOLOGÍA DE LA ASFIXIA. Cuando un recién nacido sufre deprivación de O₂, ocurre un período inicial de respiraciones rápidas sincrónicas; si la asfixia continúa, cesan los movimientos respiratorios. La frecuencia cardíaca comienza a descender y el feto y/o el recién nacido ingresa a un período llamado apnea primaria. La exposición a

O₂ y la estimulación táctil durante la apnea primaria inducirá respiraciones nuevamente. Si la asfixia continúa, el niño desarrolla respiraciones profundas, jadeantes, la frecuencia cardíaca continúa disminuyendo y la presión sanguínea comienza a caer, las respiraciones se hacen cada vez más débiles hasta que el niño presenta un último boqueo y entra en el período conocido como apnea secundaria. En este momento la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la PO₂ continúan disminuyendo. El niño ahora no responde a estimulación y se debe iniciar rápidamente la ventilación artificial con O₂ a presión positiva.

Pasos a seguir en la reanimación:

1. Evitar pérdida de calor. Colocar al RN en una cuna radiante, secarlo, remover el paño húmedo en contacto con el niño. Prevenir la pérdida de calor es vital ya que el frío aumenta el consumo de oxígeno e interfiere con una efectiva reanimación. Otra estrategia para evitar la pérdida de calor es secar al niño y colocarlo sobre el tórax o abdomen piel a piel con su madre. La hipertermia debe ser abolida porque se asocia a depresión neonatal.
2. Posicionar al recién nacido: colocar al neonato en posición decúbito dorsal, con el cuello levemente extendido y leve Trendelenburg.
3. Aspiración: los niños sanos y vigorosos generalmente no requieren succión después del parto. Las secreciones pueden ser retiradas de la nariz y de la boca con una gasa o una toalla. Si es necesario aspirar, se debe succionar primero la boca y después la nariz. Una agresiva succión faríngea puede causar espasmo laríngeo y bradicardia y retardar la instalación de la respiración espontánea. La presión negativa de aspiración no debe exceder los 100 mmHg. Si existen secreciones abundantes el niño puede ser colocado de lado y aspirarlo suavemente. ***Aproximadamente el 12% de los partos están complicados con la presencia de meconio en el líquido amniótico. Cuando existe meconio se debe aspirar la boca, faringe y nariz en cuanto se desprende la cabeza (succión intraparto).*** Esta succión previo al desprendimiento de los hombros reduce el riesgo de presentar síndrome aspirativo meconial. Hay evidencias que la succión traqueal de recién nacidos con meconio que nacen vigorosos no mejora su pronóstico y puede causar complicaciones. Un significativo número de niños que tienen meconio en el LA (20 al 30%) tendrán meconio en la tráquea, el que debe ser aspirado en ausencia de respiración espontánea. ***En presencia de meconio, depresión respiratoria, tono muscular disminuido o frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto, se debe realizar laringoscopia inmediatamente después de nacer para aspirar el meconio residual de la hipofaringe (bajo visión laringoscópica) e intubar y aspirar la tráquea.*** La succión traqueal se puede hacer directamente con el tubo. Se realizarán repetidas intubaciones y aspiración hasta que se recupere escaso meconio o hasta que la frecuencia cardíaca indique que la resucitación debe ser iniciada sin más retardo. Si hay una severa depresión cardiorrespiratoria puede ser necesario iniciar la ventilación a pesar de la presencia de algo de meconio en la vía aérea.

4. Estímulo táctil: tanto el secado como la aspiración de secreciones producen estimulación al recién nacido y ésta puede ser suficiente para inducir el inicio de la respiración, sin embargo si el niño no respira, se debe realizar estimulación táctil adicional, con palmadas en la planta o percutiendo el talón o frotar la espalda 1 ó 2 veces. Se consideran acciones peligrosas: golpear la espalda, comprimir costillas, flectar las piernas sobre el abdomen, usar compresas con agua fría o caliente. El estímulo táctil permite iniciar la ventilación espontánea en los recién nacidos que se encuentran en apnea primaria. Si el niño inicia el esfuerzo respiratorio, efectuar masajes suaves del tronco, extremidades o de la cabeza pueden ser efectivos para mantener este esfuerzo. Comprobar la frecuencia cardíaca, si es mayor de 100 por minuto, se evalúa color, si presenta cianosis generalizada se coloca O₂ a flujo libre 80-100% y al estar completamente rosado se va disminuyendo la concentración de O₂ hasta suspender. Si el recién nacido permanece en apnea y/o la frecuencia cardíaca es menor de 100 por minuto, no se debe insistir en estimulación táctil y se debe comenzar con ventilación con bolsa y máscara.

5. Ventilación: se recomienda iniciar las primeras ventilaciones con una presión de 30 a 40 cms. de agua para continuar con 15 a 20 cms. de agua por 10 a 15 segundos. Observar una buena expansión del tórax es un signo de una apropiada presión en la ventilación; si existe una inadecuada expansión pulmonar se debe verificar el cierre hermético de la mascarilla, reaplicando la máscara, observar si hay obstrucción de la vía aérea (posición del cuello, secreciones en la boca o la nariz, entreabrir la boca) y si es necesario aumentar las presiones de ventilación. La frecuencia debe ser de 40 a 60 ventilaciones por minuto. Los signos de una adecuada ventilación son: expansión bilateral del tórax, presencia de murmullo pulmonar bilateral, mejoría de la frecuencia cardíaca y color. Después de ventilar en forma adecuada por 30 segundos con 100% de oxígeno se debe controlar la frecuencia cardíaca; si es mayor de 100 por minuto y existe respiración espontánea adecuada, se debe discontinuar la ventilación gradualmente hasta suspender, evaluar color y eventual uso de O₂ a flujo libre. Si la respiración espontánea es inadecuada y la frecuencia cardíaca está bajo 100 por minuto, se mantiene la ventilación con bolsa y máscara o con tubo endotraqueal. Si la frecuencia cardíaca es menor de 60 por minuto se continua asistiendo la ventilación (considerar intubación endotraqueal) y se inicia masaje cardíaco. La clave en el éxito de una resucitación neonatal es establecer una adecuada ventilación. Administración de oxígeno: el recién nacido que requiere resucitación está en hipoxia. Tradicionalmente se ha usado oxígeno al 100% para revertir la hipoxia; actualmente hay evidencias bioquímicas y algunas evidencias clínicas preliminares para argumentar una resucitación con concentraciones más bajas de oxígeno. Pero los datos clínicos aún son insuficientes para adoptar esta práctica como una rutina. La recomendación es ventilar a presión positiva con 100% de oxígeno. La administración de oxígeno a flujo libre puede ser con una mascarilla o con una bolsa autoinflable, usar un flujo de 5 lt/minuto; se maximiza la inhalación de oxígeno mientras más cerca esté la mascarilla de la boca y nariz del niño. Muchas bolsas autoinflables no permiten dar un flujo pasivo continuo

de oxígeno. Se debe dar suficiente oxígeno para alcanzar coloración rosada de mucosas.

6. Masaje cardíaco: en la mayoría de los casos establecer una adecuada ventilación y oxigenación puede ser suficiente para reanimar a un recién nacido. Para decidir iniciar masaje cardíaco se debe considerar la frecuencia cardíaca y sus cambios. No se debe iniciar nunca masaje cardíaco mientras no se haya establecido una ventilación adecuada. La ventilación es prioritaria en una resucitación. Técnica del masaje cardíaco: se describen dos técnicas: "la del pulgar" en la que, los dos pulgares son utilizados para deprimir el esternón con las manos rodeando el tórax del niño y "la técnica de los dos dedos" en que la punta del dedo medio e índice o anular de una mano es usada para comprimir el esternón, la otra mano da soporte a la espalda del niño (a menos que se disponga de una superficie dura); se aplica en ambos casos la fuerza sobre una línea que pasa por debajo de ambas mamilas y por sobre el tercio inferior del esternón, la profundidad de la compresión es aproximadamente un tercio del diámetro anteroposterior del tórax, la compresión debe ser adecuada de modo de producir pulso palpable, se coordina con la ventilación en 3:1 con 90 compresiones y 30 respiraciones para alcanzar aproximadamente 120 eventos por minuto.

7. Medicamentos: éstos son raramente indicados en la resucitación de un recién nacido. La bradicardia en el recién nacido resulta de una inadecuada insuflación pulmonar o de una hipoxia profunda. Una adecuada ventilación es la etapa más importante para corregir una bradicardia. Se debe administrar medicamentos si después de una adecuada ventilación con 100% de oxígeno y haber realizado masaje cardíaco se mantiene la frecuencia cardíaca bajo 60 por minuto.

Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Ictericia Isabel Pinto Fuentes Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés:

INTRODUCCIÓN: *La ictericia es la coloración amarillenta de piel, escleras y mucosas por aumento de la bilirrubina (B) y su acumulación en los tejidos corporales.* Se aprecia clínicamente cuando la B sérica es superior a 2 mg/dl (34 $\mu\text{mol/L}$) en niños o mayor de 5 mg/dl (85 $\mu\text{mol/L}$) en neonatos. Este incremento puede producirse en base al aumento de la fracción indirecta no conjugada o a la fracción directa conjugada de la bilirrubina.

Etiopatogenia La ictericia nunca es una entidad en sí misma sino el reflejo de una enfermedad específica subyacente con varias etiologías a distintos niveles del metabolismo de la B.

A la hora del diagnóstico es esencial diferenciar entre hiperbilirrubinemia no conjugada (HBNC), hiperbilirrubinemia conjugada (HBC) y periodo de inicio (neonatal o no) por estar ocasionados estos cuadros por entidades diferentes.

ICTERICIA POR HIPERBILIRRUBINEMIA NO CONJUGADA (HBNC)

1) Ictericia por hiperbilirrubinemia no conjugada en el periodo neonatal

a) Ictericia fisiológica Ictericia monosintomática de inicio a partir del segundo día de vida, con un pico máximo de B de 12- 15 mg/dl en el 3º-5º día, no persistiendo mas allá del 7º día. No requiere tratamiento pero sí observación y seguimiento por si se tratase de una ictericia patológica. Se debe a una limitación del hígado para metabolizar el exceso de B producida en los primeros días de vida.

b) Ictericia por lactancia materna Ictericia asintomática de inicio tardío entre el 4º- 7º día con cifras de B hasta 20 mg/dl en la 2ª-3ª semana que puede prolongarse hasta la 4ª-12ª semana de vida. El diagnóstico es clínico tras la exclusión de otras causas. El tratamiento es aumentar el número de tomas, buena hidratación y, si es preciso por la cifra de B, fototerapia. Es debida principalmente a un incremento de la circulación enterohepática con aumento de la reabsorción de B.

c) *Ictericias patológicas Ictericias hemolíticas*

– *Ictericia isoimmune por incompatibilidad fetomaterna (Rh, ABO, otras) produciendo cuadros de ictericia grave de inicio muy precoz (< 24 horas de vida), asociada a anemia con test de Coombs positivo.*

– Ictericias no isoimmune por policitemia, cefalohematomas, deglución de sangre, etc., presentando ictericia más leve, de inicio más tardío y sin asociarse a anemia. Ictericias por defecto de la conjugación

– Síndrome de Crigler-Najjar tipo I. Se debe a la ausencia de la glucuroniltransferasa con herencia autosómica dominante. Provoca una ictericia precoz, intensa con niveles de bilirrubina indirecta > 25 mg/dl, con el consiguiente riesgo de kernicterus si no se realiza un tratamiento precoz y agresivo. No responde al fenobarbital.

– Síndrome de Lucey-Driscoll o hiperbilirrubinemia neonatal familiar transitoria. Ictericia grave que se inicia en las primeras 48 horas, normalizándose alrededor de los 14 días de vida. Es causada por un inhibidor de la glucuroniltransferasa en el suero de los recién nacidos y sus madres.

– Ictericias por obstrucción del tracto gastrointestinal. La estenosis hipertrófica del píloro, el íleo meconial, la enfermedad de Hirschsprung, etc., se pueden manifestar como ictericia junto con síntomas de obstrucción. Se produce por el aumento de la circulación enterohepática.

– Ictericias por endocrinopatías. El hipotiroidismo, los hijos de madre diabética, la galactosemia pueden presentar ictericia asociada a los síntomas del defecto endocrino.

DIAGNÓSTICO

El estudio de un paciente con ictericia comienza con una anamnesis completa, exploración física y pruebas complementarias que se irán escalonando en función de los resultados obtenidos. La implicación de la ictericia en procesos que pueden ser fatales o dejar secuelas graves hace que en la urgencia nos tengamos que plantear una aproximación diagnóstica lo más precoz posible. Nuestras prioridades serán: diagnosticar si presenta una infección médicamente tratable, identificar alteraciones metabólicas y alteraciones analíticas de riesgo que puedan ser corregidas y detectar lesiones obstructivas extrahepáticas que sean susceptibles de cirugía. Para llegar a un diagnóstico nos ayudará ir respondiendo a estas preguntas:

1. ¿Es la bilirrubina no conjugada o la conjugada la que está elevada?
2. Si es la bilirrubina no conjugada: ¿es un neonato y esa cifra puede causarle daño neurológico?, ¿es debida a un aumento de la producción o defecto de la conjugación?
3. Si es la bilirrubina conjugada ¿es por un problema hepatocelular o del árbol biliar?
4. ¿Es un proceso agudo o crónico?
5. ¿Presenta síntomas o signos de riesgo de posible evolución fatal?

Anamnesis en periodo neonatal: El primer paso es descartar si estamos o no ante una ictericia patológica. Para ello preguntaremos por factores que sugieran una enfermedad hemolítica (historia familiar de enfermedades hemolíticas, inicio de la ictericia antes de las 24 horas de vida, origen étnico, historia de incompatibilidad fetomaterna, palidez), que sugieran un incremento de la destrucción de glóbulos rojos (policitemia, hematomas), que se asocien con aumento de la producción de bilirrubina (hijo de madre diabética, prematuridad, lactancia materna, ayuno prolongado). Se buscarán signos de enfermedades asociadas como infección urinaria, enfermedad metabólica, obstrucción digestiva (vómitos, letargia, apneas, rechazo de la alimentación, inicio de la ictericia después del 3er día de vida, etc.) y signos de colestasis (coloración oscura de la orina, heces claras, persistencia de la ictericia más allá de 3 semanas, etc.).

Pruebas complementarias

Se harán de forma escalonada (Tabla III).

1. Bilirrubina total y fraccionada. En todo niño con ictericia de más de 2 semanas de vida hay que medir los niveles de bilirrubina total y directa (nivel de evidencia C).

2. Si hay elevación de bilirrubina indirecta (sugiere hemólisis) Grupo sanguíneo y Rh del niño y la madre si es neonato.

– **Hemograma completo con reticulocitosis y frotis periférico.**

– **Estudio de coagulación.**

– **Test de Coombs.**

– **Estudio de sepsis.** Otras pruebas, no en Urgencias: T3, T4 y TSH, electroforesis de hemoglobinas, estudio enzimático, test de esferocitosis, etc.

3. Si hay elevación de la bilirrubina directa (sugiere enfermedad hepatobiliar)

– Test de función hepática: AST, ALT, FA, GGT (nos informan sobre el grado de inflamación hepática y de colestasis), tiempo de protrombina, fibrinógeno, proteínas totales, albúmina, glucosa, amonio (reflejan el grado de función de síntesis hepática).

- La elevación predominante de ALT y AST sugiere daño hepatocelular.

- La elevación predominante de FA y GGT sugiere enfermedad biliar.

– Ecografía abdominal: a todo paciente con elevación de la bilirrubina conjugada se le deberá realizar una ecografía abdominal para ver la arquitectura hepática y excluir enfermedad del tracto biliar (nivel de evidencia A).

Para completar el estudio hasta llegar a un diagnóstico etiológico, se pueden realizar otras pruebas ya no en Urgencias, como son: serología de virus hepatotropos, determinación de alantitripsina, estudio inmunológico, test del sudor, biopsia hepática, etc.

TRATAMIENTO

Hiperbilirrubinemia indirecta

– Tratamiento, si lo hubiera, de la causa subyacente.

– ***En el periodo neonatal el tratamiento irá dirigido a evitar la impregnación tóxica del sistema nervioso central por la bilirrubina (kernicterus). Las indicaciones de fototerapia y/o exanguinotransfusión en recién nacidos***

Hiperbilirrubinemia directa

– Tratamiento, si lo hubiera, de la enfermedad hepatobiliar subyacente y tratamiento del síndrome colestásico.

Corrección de las alteraciones clínico metabólicas (edemas, ascitis, infección, hipoglucemia, etc.) si las presentase

<http://www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf>:

La CIA es un defecto del tabique interauricular que comunica las dos aurículas permitiendo el flujo sanguíneo entre ellas. Estos defectos pueden estar localizados en cualquier sitio del tabique interauricular, siendo el más frecuente la región del foramen oval (alrededor del 70%), esta patología es muy difícil de diagnosticar en los primeros

días de vida, cuando el defecto es pequeño, porque se puede confundir con un foramen oval que es normal a esta edad.

Dependiendo de la localización del defecto, dividimos las CIA en:

1. Tipo ostium secundum o foramen oval, cuando se localizan en la zona del foramen oval. Son alrededor de 70% de los defectos

2. Tipo seno venoso, que puede localizarse cerca de la desembocadura de la vena cava superior (FIGURA 130.2B) o cerca de la desembocadura de la vena cava inferior (FIGURA 130.2C). Son alrededor de 5 a 10% de los defectos del complejo septal interauricular

3. Tipo posteroinferior o tipo seno coronario, localizados junto a la desembocadura de esta última estructura. Es el menos frecuente de los defectos interatriales, constituyendo alrededor del 2%.

4. Tipo ostium primum, cuando se localizan en la parte inferior del tabique interauricular. Teniendo en cuenta que este tipo de CIA es un defecto de los cojines endocárdicos, lo trataremos en el capítulo donde se analizan los defectos atrioventriculares.

CIA tipo ostium secundum o tipo foramen oval Estas CIA son de diámetro muy variable y se localizan en la región de la fosa oval (zona media del tabique interauricular), por lo que, cuando son muy pequeñas, son muy difíciles de diferenciar de un foramen oval permeable que puede persistir abierto aun en la vida adulta hasta en un 25% a un 30% de las personas. La fosa oval vista por el lado derecho está limitada por los bordes del septum secundum o limbo de la fosa oval y presenta como piso un tejido delgado (septum primum), que en los casos de verdaderos defectos interauriculares no alcanza a sellar el defecto o presenta diversas fenestraciones. En esta, como en todas las comunicaciones interauriculares, las cavidades derechas, la válvula tricuspídea y el tronco y las ramas de la pulmonar están dilatados por el flujo aumentado que reciben; por otra parte, cuando la CIA es grande, el ventrículo izquierdo y la aorta parecen ligeramente hipo-desarrollados.

Fisiopatología.

Debemos iniciar el análisis del aspecto fisiopatológico refiriéndonos al foramen oval, lo cual es muy importante en el período neonatal porque, dependiendo de las presiones pulmonares, puede originar un cortocircuito de izquierda a derecha, de derecha a izquierda o biauricular, lo que lo hace difícil de diferenciar en el período neonatal de una verdadera comunicación interauricular. Las genuinas comunicaciones interauriculares originan un cortocircuito de izquierda a derecha cuyo establecimiento depende de la capacidad de distensión del ventrículo derecho en relación con la del

izquierdo y, por lo tanto, del grado y velocidad de la disminución de las resistencias pulmonares. Por ello podemos decir que es un “cortocircuito dependiente”.

Las comunicaciones interauriculares pueden tener cierre espontáneo, algunas Cardiopatías congénitas que inicialmente originan una importante repercusión hemodinámica pueden llegar a compensarse posteriormente al disminuir de tamaño. Según el estudio de Radzik en niños menores de tres meses, cuando los defectos medían entre 3 y 5 mm de diámetro, se cerraban en 87% de los pacientes; cuando estaban entre 5 y 8 mm, se cerraban en 80%, y cuando medían más de 8 mm de diámetro, no se cerraban. Otro grupo de pacientes inicialmente cursa asintomático y muchas veces el diagnóstico se hace porque en la valoración pediátrica se encuentra un soplo y el niño es enviado a estudio cardiológico. Un número significativo de ellos permanece asintomático hasta la adolescencia, edad en que empiezan a tener disnea de esfuerzo, pero ello depende del tamaño de la CIA. Tratamiento Indicaciones El cierre de la CIA está indicado cuando hay evidencia de sobrecarga de volumen del ventrículo derecho, y desde el punto de vista hemodinámico. En general, la edad aceptada para hacer el cierre de la CIA está entre tres y cinco años, pero podría hacerse a más temprana edad, teniendo en cuenta los avances actuales en perfusión y protección miocárdica, que pueden garantizar unos muy buenos resultados.

ANÁLISIS MÉDICO LEGAL

Al riguroso escrutinio del EXPEDIENTE DE NEONATOLOGÍA HIJO (QUEJOSA) EXP. [...], FOLIO [...], podemos establecer que:

Con fecha día [...] del mes [...] del año [...], hacia las 21:19 hrs., el pediatra (medico6) procede a recibir a un Recién Nacido de la paciente (quejosa), producto de cesárea, indicada por no progresión del trabajo de parto espontáneo, con síntomas de sufrimiento fetal agudo y desproporción céfalo pélvica. El Recién Nacido presentó apnea, sin respirar, flácido, cianótico. Presenta circular de cordón al cuello, apretado, el cual se liberó.

Se ofrece Reanimación Neonatal, con la primera inspiración a los 120 segundos, se manejó mediante perfusión placentaria sin respuesta, entubándolo. Se ventiló con O₂ al 100% con ambú, reaccionando con buena coloración, esfuerzo respiratorio regular, se anota presencia de meconio. Estando intubado y ventilado se pasa al Recién Nacido a la UCIN. Se diagnostica con depresión neonatal moderada recuperada (apgar 4-7), a descartar Síndrome de Aspiración de meconio.

El (medico20), hacia las 11:16 pm, registra que se aspiran 2 centímetros de meconio directo de tráquea, además de ruptura de 6 horas con 46 minutos. Es manejado mediante cuna térmica encendida, en fase III de ventilación, catéter de onfaloclísis, ayuno.

(medico9), de UCIN, en su nota de las 15:36 hrs del 01/IV/15, lo reporta icterico (++) Fontanela anterior, con Depresión neonatal moderada/taquipnea transitoria del RN/VS síndrome aspirado meconial/incompatibilidad RH/descartar encefalopatía hipóxico-isquémica, no aprecia datos de Síndrome de aspiración de meconio. Lo deja con fototerapia profiláctica.

Hacia las 22:30 hrs., (medico7), diagnostica encefalopatía hipóxico isquémica Sarnat I, reporta baja de parámetros ventilatorios, se encuentra en rangos mínimos. Alcalosis e hiperoxemia, extubaremos. Hacia el día 06/IV/15 advierte de alto riesgo de secuelas neurológicas, pulmonares, visuales, choque, hemorragia pulmonar e inclusive muerte. El día 07/04/15 reporta en fase 1 de ventilación con O2 sin casco patrón respiratorio estable, aunque presenta salvas de polipnea, tolera la vía enteral.

(medico13), neonatóloga que refiere manejo del Recién Nacido los días [...], [...], [...] y [...] del mes [...] del año [...], lo reporta con periodos alternos de hipoactividad-irritabilidad propios de encefalopatía, con tinte icterico kramer II, el ultrasonido transfontanelar le reporta sin hemorragia intraventricular, pero si con edema cerebral moderado, manejo bajo terapia de luz azul, se agrega diurético ante la presencia de oliguria, alimentación enteral VSOG a 25 cc/kg/día/ furosemida/ranitidina/O2 en puntas nasales/se coloca catéter percutáneo. El día 04/IV/15 reporta en fase 1 de ventilación con aporte adicional de oxígeno en escafandra con leves salvas de polipnea, se suspenden diuréticos. Agrega diagnósticos de Hiponatremia. Sangrado de tubo digestivo alto. Comunicación interauricular tipo foramen oval, de 3 mm. Miocarditis Leve. El día 05/IV/15 reporta Ictericia en Remisión.

(medico23), el día 07/IV/15, 15:40 hrs., reporta al Recién Nacido ya sin salvas de polipnea, con signos vitales dentro de parámetros normales, adecuada tolerancia a la vía oral, CIA tipo foramen oval de 3 mm sin repercusión hemodinámica, miocarditis leve. Edema cerebral moderado, se retira oxígeno en casco y se mantiene O2 a 2 litros a flujo libre. 08/04/15, 13:15 hrs., destetado de O2 tolera la vía enteral. 14: 30 Se pasa a terapia intermedia (UTIN), adecuada tolerancia a la vía oral sin oxígeno suplementario, Se reportan salvas de polipnea que llegan hasta 80X' 08:12 del 9/IV/15.

Posteriormente, el 09/04/15, se obtiene un ECO de control, concluyendo edema en franca remisión. Lo reportan en destete de O2 con algunas salvas de polipnea. A partir del día 10/IV/15, inicia manejo de fisioterapia (rehabilitación Punto pectoral Vojta. Masaje Shantal), con valoración Amiel Tison: paso pasivo, clonus. Hijo de madre RH negativo. Riesgo de sepsis.

Es egresado finalmente el día 14/04/2015, registrando problemas clínicos pendientes: toma de tamiz auditivo neonatal. Toma de tamiz metabólico. Plan de manejo y tratamiento: alta a casa. Vía oral a libre demanda. Cita a neurología. Cita a cardiología. Cita a estimulación temprana. Cita a seguimiento pediátrico. Cita audiología. Además,

Referencia y contrarreferencia al DIF, servicio: CRIT con dx de Encefalopatía + cardiopatía, firma(medico 22), el día 14/IV/15.

Los diagnósticos de egreso consisten en:

- 1.- RN masculino término.
- 2.- Depresión neonatal moderada, recuperada.
- 3.- síndrome de aspiración de meconio descartada, x Taquipnea transitoria del RN
- 4.- Encefalopatía hipoxico isquémica, Sarnat I
- 5.- Edema Cerebral moderado.
- 6.- Ictericia.
- 7.- Hipotermia.
- 8.- Sangrado de tubo digestivo alto.
- 9.- CIA tipo FOP
- 10.- miocarditis leve.

Al respecto de los datos obtenidos del expediente médico, el Recién Nacido cursó con diversas patologías, con los siguientes diagnósticos médicos sucesivos:

Sufrimiento Fetal Agudo,
Desproporción Cefalopélvica,
Circular de cordón al cuello,
Depresión neonatal moderada recuperada (apgar 4-7).
RN a término, síndrome de aspiración de meconio.
Edema cerebral moderado sin hemorragia.
Apgar bajo recuperado.
Asfixia perinatal
Taquipnea transitoria del RN
Incompatibilidad RH/
Encefalopatía hipóxico isquémica Sarnat I y Sarnat II,
Tinte icterico kramer II
Edema cerebral moderado,
Hiponatremia.
Sangrado de tubo digestivo alto.
Comunicación interauricular tipo foramen oval, de 3 mm.
Miocarditis Leve.
Hijo de madre RH negativo.
Riesgo de sepsis.

La literatura especializada consultada respecto al caso, nos refiere que:

La asfixia perinatal es un insulto grave, de etiología variada, que causa encefalopatía hipóxico-isquémica, entre otros daños.

La encefalopatía hipóxico-isquémica es un síndrome neurológico ocasionado por la falla en el suministro de oxígeno y de la perfusión cerebral. En un 90% están en relación con el periodo de ante parto e intra parto, como consecuencia de insuficiencia placentaria. El manejo de estos pacientes está hasta ahora acotado a medidas de mantenimiento, puesto que no hay aún medidas que reviertan el daño tisular. Las causas de lesiones son: 1. Interrupción de la circulación sanguínea umbilical. 2. Problemas en el intercambio placentario de gases. 3. Riego materno inadecuado hacia la placenta. 4. Deficiente oxigenación materna. 5. Transición neonatal anormal por alteración en la expansión pulmonar del niño. Las medidas preventivas siguen siendo una intervención esencial.

- Valoración prenatal: estudio antecedentes y control prenatal. - Monitoreo perinatal: la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y estudio ecográfico de flujometría fetal, son exámenes auxiliares que disponemos en nuestro medio. También se puede tomar el pH de piel de la cabeza fetal, cuando es necesario. La presencia de signos de sufrimiento fetal agudo como líquido amniótico con meconio, disminución en la frecuencia cardíaca y ritmo cardíaco fetal, deben ser detectadas a tiempo y llevar a decidir realizar o no una cesárea de urgencia. La incidencia de secuelas neurológicas en los supervivientes es de 20 a 45%, de estas 40% son mínimas y 60% graves. El continuo entrenamiento en reanimación neonatal y manejo protocolizado en terapia intensiva son determinantes en el pronóstico final de morbilidad. Factores de riesgo que se puedan asociar a depresión respiratoria, son bradicardia fetal o taquicardia, meconio en líquido amniótico, rotura espontánea o prematura de membranas, fiebre materna, anomalías placentarias, administración de fármacos o presentación anormal del feto.

Depresión neonatal moderada: El test de Apgar se utiliza para evaluar el bienestar neonatal inmediatamente después del nacimiento. La utilidad de este puntaje se cuestiona porque no siempre se correlaciona con el estado ácido base del paciente, el aspecto clínico o el resultado neurológico. Entre los niños con Apgar entre 0 y 3 a los 5 minutos hubo menos del 1% de parálisis cerebral, este porcentaje aumenta en forma dramática si el Apgar se mantiene bajo 3 a los 20 minutos, llegando a un 57 % de niños con secuelas mayores.

Circular de cordón al cuello: 14,7% de los fetos presenta circular de cordón. Aquellos neonatos que presentaron circular ajustada tuvieron bajos puntajes de Apgar al minuto y mayor riesgo de sufrimiento fetal. Existe controversia sobre si la circular de cordón está asociada con una mayor morbilidad perinatal. En teoría, si la circular está muy ajustada y persiste durante un largo período de tiempo, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto, dificultad en los intercambios de gases materno-fetales con la consiguiente posibilidad de hipoxia, hipercapnia y acidosis. También existe controversia respecto a lo que representa el hecho de encontrar una circular de cordón por medio de la ultrasonografía cerca a la fecha del nacimiento. La

evaluación de la presencia o ausencia de circular de cordón al momento del ingreso a la sala de trabajo de parto no es una herramienta útil para decidir la vía de interrupción del embarazo ya que se asocia con un riesgo neonatal leve.

La ictericia es la coloración amarillenta de piel, escleras y mucosas por aumento de la bilirrubina (B) y su acumulación en los tejidos corporales. Las Ictericias patológicas son Ictericias hemolíticas del tipo isoimmune por incompatibilidad fetomaterna (Rh, ABO, otras) produciendo cuadros de ictericia grave de inicio muy precoz (< 24 horas de vida), En el periodo neonatal el tratamiento irá dirigido a evitar la impregnación tóxica del sistema nervioso central por la bilirrubina (kernicterus). Está indicada la fototerapia y/o exanguinotransfusión en recién nacidos.

La taquipnea transitoria del RN es una alteración leve y autolimitada aunque pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de sibilancias en etapas precoces de la vida. Esta entidad se produce por la distensión de los espacios intersticiales por el líquido pulmonar que da lugar al atropamiento del aire alveolar y el descenso de la distensibilidad pulmonar, o bien, por retraso de la eliminación del líquido pulmonar por ausencia de compresión torácica (parto por cesárea) o por hipersedación materna o bien por aumento del líquido inspirado en cuadros de aspiración de líquido amniótico claro. Debido a que la TTRN es autolimitada el único tratamiento a emplear es la asistencia respiratoria adecuada para mantener un intercambio gaseoso suficiente durante el tiempo que dure el trastorno.

El síndrome de aspiración meconial (SAM) consiste en la inhalación de líquido amniótico teñido de meconio intraútero o intraparto. Se puede observar líquido amniótico meconial en el RN, es en asociación con listeriosis congénita o en presencia de un episodio asfíctico previo. Se consideran factores predisponentes todos los responsables de hipoxia perinatal crónica y desencadenantes todos los causantes de hipoxia aguda intraparto, en algunos casos la aspiración se produjo dentro del útero. Prenatalmente la profilaxis se apoya en la toma de medidas dirigidas a disminuir la hipoxia crónica y la asfixia intraparto; se recomienda intubación y aspiración traqueal inmediata solamente cuando el neonato está deprimido (Apgar al minuto ≤ 6), absteniéndose de esta actuación cuando se trate de un neonato vigoroso (Apgar ≥ 7).

La CIA FOP es un defecto del tabique interauricular que comunica las dos aurículas permitiendo el flujo sanguíneo entre ellas, siendo el más frecuente en región del foramen oval (alrededor del 70%), cuando son muy pequeñas, son muy difíciles de diferenciar de un foramen oval permeable. Las genuinas comunicaciones interauriculares originan un cortocircuito de izquierda a derecha. Las comunicaciones interauriculares pueden tener cierre espontáneo, algunas pueden llegar a compensarse posteriormente al disminuir de tamaño. Según el estudio de Radzik en niños menores de tres meses, cuando los defectos miden entre 3 y 5 mm de diámetro, se cierran en 87% de los pacientes. El cierre de la CIA está indicado cuando hay evidencia de sobrecarga de volumen del ventrículo derecho, y desde el punto de vista

hemodinámico. En general, la edad aceptada para hacer el cierre de la CIA está entre tres y cinco años.

MANEJO: Una vez que ha salido el producto de la gestación, la persona que está atendiendo el parto comprime el cordón de forma inmediata en caso de madre Rh negativo sensibilizada, sufrimiento fetal agudo, circular irreductible del cordón o líquido amniótico con meconio espeso. Secciona el cordón y extrae sangre para exámenes (Grupo sanguíneo y Rh, VDRL, VIH). Cuando existe meconio se debe aspirar la boca, faringe y nariz en cuanto se desprende la cabeza (succión intraparto). En presencia de meconio, depresión respiratoria, tono muscular disminuido o frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto, se debe realizar laringoscopia inmediatamente después de nacer para aspirar el meconio residual de la hipofaringe (bajo visión laringoscópica) e intubar y aspirar la tráquea.

De acuerdo a estas acotaciones literarias, todo parece indicar que tenemos la presencia de *un episodio asfíctico previo al nacimiento*, determinado por una circular de cordón al cuello, que debió estar muy ajustada y durante un largo período de tiempo, ocasionando compresión de los vasos del cordón umbilical, sobre todo durante el trabajo de parto, creando dificultad en los intercambios de gases materno-fetales agravado con la muy probable inhalación intraútero de líquido amniótico teñido de meconio, episodio este que está contemplado en la génesis de la Taquipnea transitoria que sufrió el neonato (y que es también frecuente en la atención del parto por cesárea), pero sobre todo de La encefalopatía hipóxico-isquémica, ocasionada por la falla en el suministro de oxígeno y de la perfusión cerebral. Se evidencia entonces un inadecuado control prenatal, en específico del Monitoreo perinatal de la frecuencia cardíaca fetal y el recomendado estudio ecográfico de flujometría fetal, además de un buen análisis de los factores de riesgo que se presentaron en el presente caso, del tipo de taquicardia fetal, meconio en líquido amniótico, rotura de membranas, y descarte adecuado de otros, tales como fiebre materna (madre con persistente infección de vías urinarias), anormalidades placentarias, administración de fármacos o toxicomanías, o presentaciones anómalas del feto.

Una vez establecido lo anterior, consideramos que el manejo inmediato y posterior de pediatras y neonatólogos después de la recepción del RN al servicio de Ginecología y Obstetricia, luego del análisis del expediente clínico pediátrico, estuvo acorde a lo establecido por la literatura para el tratamiento de cada uno de los eventos patológicos diagnosticados y que se fueron incrementando durante su estancia hospitalaria, estableciéndose a la vez un protocolo de seguimiento adecuado, en el que están inmiscuidas diversas especialidades, tales como neurología, cardiología, estimulación temprana, seguimiento pediátrico, audiología y con Referencia al DIF, al servicio del CRIT.

CONCLUSIONES

1. En lo referente a todo el grupo de médicos pediatras y neonatólogos que intervino en el manejo del Recién Nacido de la paciente (quejosa), no encontramos situaciones de Imprudencia, Negligencia ni inobservancia de Reglamentos.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

La queja se inició por la inconformidad que presentó (quejosa) en contra del personal médico que la atendió el día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos (HMIELM). Argumentó que cerca de las 8:00 horas de ese día empezó con contracciones de su segundo embarazo, que ya estaba en término (40 semanas de gestación), por lo que acudió al HMIELM acompañada de su madre. Llegaron como a las 10:05 horas, y cuando le tocó su turno, un médico le dijo que apenas tenía un centímetro de dilatación, que regresara a su domicilio y que volviera más tarde, que no tenía caso que se quedara, y caminando podría dilatar más. Agregó que como ella y su madre viven en [...], y el médico le había dicho que regresara en cuatro horas, decidieron rentar un cuarto de hotel por cinco horas, ya que en el hospital no había sala de espera. Como a las 14:15 horas regresó al nosocomio; la revisó de nuevo el doctor y le dijo que sólo traía dos centímetros de dilatación, pero como sus contracciones eran más fuertes decidió internarla, pues al ver su expediente se enteró que dos años atrás le habían practicado una cesárea. Le dijo que era muy riesgoso soportar más las contracciones, por lo que tendrían que hacerle nuevamente una cesárea. Precisó que la pasaron al área de labor de parto; que sus contracciones eran más fuertes y constantemente auscultaban el corazón de su bebé, pero hasta después de cinco horas escuchó que llegó un doctor preguntando a los enfermeros si ya estaba preparada la paciente (quejosa) para trasladarla a la sala de operaciones y anestesarla. Un enfermero preguntó a su vez si ella no era para parto normal, y el médico respondió que no, y le indicó que la pasaran de inmediato a la sala de operación.

La quejosa manifestó que cuando la estaban operando sintió que su bebé ya había nacido, pero no lo escuchó llorar, por lo que supo que algo no estaba bien, y escuchó decir al pediatra que necesitaba oxígeno. Le preguntó qué pasaba y por qué utilizaban los aparatos para reanimarlo, a lo que el pediatra contestó que por error del personal la habían tenido mucho tiempo en trabajo de parto y que su bebé había sufrido mucho dentro. Le dijo que se había hecho popó y que la había

inhalado, y que sus pulmones no reaccionaban, lo cual podría ser muy grave, debido a que tampoco había recibido oxígeno al momento de nacer.

Añadió que la llevaron a la sala de recuperación, luego al cuarto donde están las camillas, y le preguntó a un enfermero a qué hora podría ver a su bebé, porque nadie le daba información. El enfermero le respondió que se quedaría en cuneros porque estaba delicado, y que al día siguiente fue a verlo a los cuneros, en donde lo vio entubado y con oxígeno. Al final de la visita la pediatra que lo atendía le dijo que estaba muy grave, que le harían muchos estudios para valorarlo a fondo, porque lo que le había pasado era muy delicado. Agregó que al día siguiente fue de nuevo a los cuneros, en donde le informaron que el estudio de sus pulmones salió bien, pero lo preocupante era que la inflamación de su cerebro por no haber recibido oxígeno al nacer, y se quedaría en observación.

(quejosa) aclaró que a ella la dieron de alta el día [...] del mes [...] del año [...], pero que el 4 del mismo mes regresó al área de Urgencias del HMIELM debido a un dolor en la herida, con fiebre y sangrado, por lo que la volvieron a internar por cuatro días, debido a coágulos en la matriz que tendrían que deshacer con antibiótico, y no salió del hospital hasta el 8 de abril, pero todos los días regresaba a ver a su bebé, a quien dieron de alta el 14 de ese mes, con la orden para nuevas citas con el cardiólogo, el neurólogo y el CRIT. Ella preguntó por qué al CRIT, y le explicaron que necesitaría atención especializada por las graves consecuencias que podría traerle la falta de oxígeno; secuelas que requerirían la atención de dicho centro. Finalmente, la quejosa señaló que su bebé seguía delicado del corazón, que lo estaba tratando con medicamento, y pidió que el hospital se hiciera responsable.

Esta Comisión solicitó al director del HMIELM que proporcionara los nombres del personal médico y de enfermería que atendió a (quejosa), y el directivo informó:

Personal médico

Dr. Manuel Antonio Díaz Ochoa

Dr. Alberto García Hinojosa

Dr. (medico2)

Dra.(medico3)

Dr. (medico4)

Dra. Soledad Castañeda Cárdenas

Personal de enfermería

(enfermera)
(enfermera2)
(enfermera3)
(enfermera4)
(enfermera5)
(enfermera6)
(enfermera7)
(enfermera8)
(enfermero9)
(enfermera10)
(enfermera11)
(enfermera12)
(enfermera13)

Al rendir su informe a esta Comisión, el médico Manuel Antonio Díaz Ochoa, ginecoobstetra del HMIELM, manifestó haber conocido a (quejosa)a las 16:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...], cuando él la ingresó a trabajo de parto, con un diagnóstico de embarazo de término más ruptura de membranas. Dijo que ella acudió a las 11:06 horas de ese día con una dilatación de un centímetro, por lo que fue enviada a deambular y citada en cuatro horas. Añadió que en trabajo de parto el producto estaba en presentación cefálica, con un foco fetal de 139 latidos por minuto (normal), con dilatación de tres centímetros del cérvix y 70 por ciento de borramiento. Que al ser ingresada a la sala de labor recibió varias revisiones, en las que los médicos encontraron una frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, por lo que a las 21:16 horas decidió practicarle la cesárea kerr. Por este medio se obtuvo un producto único, vivo, masculino, con un peso de 3300 gramos y apgar de 4-7, de 52 centímetros, que al parecer fue llevado a la sala de cuidados intensivos del hospital, en el área de neonatología.

El médico Díaz Ochoa agregó que la paciente evolucionó con puerperio en sala del hospital, sin complicaciones, en donde se aplicó inmunoglobulina por ser grupo de sangre O negativo, y fue dada de alta el día [...] del mes [...] del año [...]. Afirmó que no hubo mala praxis de su parte en la atención médica que le

proporcionó, pues dijo que únicamente la atendió en el área de la consulta externa del servicio de Urgencias, pero no en alguno de los eventos quirúrgicos que le practicaron.

De las notas del expediente clínico relativo a la atención médica que se brindó a (quejosa) se advierte que el día [...] del mes [...] del año [...], el médico Manuel Antonio Díaz Ochoa suscribió junto con otros médicos la hoja Frontal para Diagnósticos y Operaciones Qx., en la que se asentó:

[...]

SERVICIO: 31/03/15 Fecha de Ingreso: 31/03/15.

31/03/15 Embarazo a término trab. de parto.
Prob. Ruptura de membranas.

Puerperio fisiológico
(ilegible)

31/03/15 BS Dural.

01/04/15 APEO Implante (ilegible). 02/04/15 ALTA.

También suscribió la nota de ingreso en admisión, a las 16:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...], ubicada en la hoja 2 del expediente clínico, en la que asentó:

[...]

Embarazo de más de 20 semanas:

Semanas amenorrea: 40. Dolor: Sí. Movimientos fetales: (ilegible) Sangrado: No.
Expl. Física: estado general: Dolor Cólico. Edema: No. Contracciones: 3 en 10 min.
Tono Uterino: Normal. Frecuencia cardiaca fetal: 139 x min Ritmo (ilegible).

Presentación: Cefálica.

Dilatación: 3 cms. Borramiento: 70%.

Membranas Íntegras.

Otros datos: Embarazo a término trabajo parto Cesárea previo. Prob. ruptura de membrana.

Pasa a labor.

En el dictamen de responsabilidad profesional que emitieron los peritos médicos de esta Comisión se dejó establecido que en el informe rendido por el ginecoobstetra Antonio Díaz Ochoa, éste refirió que al ser ingresada la paciente a la sala de labor, recibió varias revisiones, en las que los médicos de esa sala encontraron una frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, por lo que a las 21:16 horas del día [...] del mes [...] del año [...] decidió practicarle la cesárea kerr, (situación que no aparece en sus notas propias del expediente). Los peritos precisaron que en su informe, el referido facultativo agregó que el producto al parecer había sido llevado a la sala de cuidados intensivos del hospital, en el área de Neonatología y destacaron que, de forma contradictoria, el médico Díaz Ochoa señaló que únicamente le había correspondido atender a la paciente en el área de la consulta externa del servicio de Urgencias, sin participar en ningún evento quirúrgico de los que se le realizaron, a pesar de que afirma que él decidió intervenirla.

En dicho dictamen también se asentó:

De acuerdo a la revisión del expediente clínico materno, podemos concluir entonces que:

a).- Se incurrió en inobservancia de los deberes al cargo y a la norma NOM-007-SSA2-1993 respecto de la integración correcta del partograma y la vigilancia del comportamiento cardiaco fetal con medios electrónicos, por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, ya que se trataba de una paciente con una cesárea previa por falta de trabajo de parto, puesto que está contraindicada la prueba de trabajo de parto si hay persistencia de la indicación anterior (trabajo de parto prolongado) en pacientes con antecedente de cesárea, infringiendo de igual manera lo enunciado en la norma oficial mexicana 004-2012 SSA3 incurriendo en conducta de inobservancia de reglamentos.

b) Con los datos que se obtienen del expediente de la madre, y los datos obstétricos del producto, así como lo vertido en el informe de la madre ante esta CEDHJ, podemos presumir que estamos ante una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

[...]

Conclusiones

1. Se incurrió en inobservancia de los deberes e inobservancia de reglamentos a su cargo por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.
2. De la misma manera, se verifica una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica por parte de los ginecoobstetras Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.

Por lo anterior, esta Comisión concluye que el médico Manuel Antonio Díaz Ochoa, ginecoobstetra del HMIELM, incurrió en violación del derecho a la protección de la salud de (quejosa), por inobservancia de deberes y reglamentos, así como imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

En lo que respecta al médico Alberto García Hinojosa, ginecoobstetra del HMIELM, se destaca que el día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el (medico), director de ese nosocomio, mediante el cual, en función del requerimiento que esta Comisión le dirigió, anexó una lista con los nombres del personal médico y de enfermería que intervino en la atención de (quejosa), entre los que se encuentra el médico García Hinojosa. Asimismo, el (medico)anexó copia del memorando [...] que dirigió el día [...] del mes [...] del año [...] al médico Alberto García Hinojosa, con el que se le indicó que rindiera el informe que le requirió esta Comisión.

Por ello, mediante acuerdo del día [...] del mes [...] del año [...] se requirió por segunda ocasión a dicho galeno, entre otros, para que rindiera su informe. Para tal efecto, se le dirigió el oficio [...], que se recibió en el HMIELM el día [...] del mes [...] del año [...]. El doctor (medico) giró este mismo oficio al doctor Alberto García Hinojosa con el memorando [...], del día [...] del mes [...] del año [...]. Asimismo, el día [...] del mes [...] del año [...], el médico (medico) informó que su homólogo García Hinojosa laboró en el HMIELM hasta el día [...] del mes [...] del año [...]. No obstante, de las notas que integran el expediente clínico permiten advertir que el doctor Alberto García Hinojosa practicó la cesárea. Sin embargo, sus notas no son claras debido a que la letra es ilegible en algunas partes, tal como se observa en la evidencia 1, incisos g y h, que contienen la hoja prequirúrgica y el reporte final de la cirugía. Además, en el análisis-médico legal del dictamen relativo a la atención de (quejosa) en el

HMIELM se asentó que en principio inicialmente la paciente ingresó para trabajo de parto normal, y no encontraron la nota decisiva para el cambio de criterio. Además de la difícil interpretación e ilegibilidad de sus notas quirúrgicas, se aprecia sólo el apunte de no progresión de la curva de Friedman. Igualmente, los peritos asentaron que el consentimiento informado que suscribió la paciente especifica que se trata de una cesárea electiva, cuando este tipo de cesárea se refiere a la cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto con una indicación clínica específica.

En su dictamen, los peritos médicos asentaron que en una nota del turno nocturno, sin hora, fechada el día [...] del mes [...] del año [...], el ginecoobstetra Alberto García Hinojosa dejó asentado el consentimiento firmado por la paciente para cirugía electiva, con el diagnóstico preoperatorio de embarazo de término, una cesárea previa, más no progresión de trabajo de parto. En el citado dictamen, los peritos concluyeron:

De acuerdo a la revisión del expediente clínico materno, podemos concluir entonces que:

a) Se incurrió en inobservancia de los deberes al cargo y a la norma NOM-007-SSA2-1993 respecto de la integración correcta del partograma y la vigilancia del comportamiento cardíaco fetal con medios electrónicos, por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, ya que se trataba de una paciente con una cesárea previa por falta de trabajo de parto, puesto que está contraindicada la prueba de trabajo de parto si hay persistencia de la indicación anterior (trabajo de parto prolongado) en pacientes con antecedente de cesárea, infringiendo de igual manera lo enunciado en la norma oficial mexicana 004-2012 SSA3 incurriendo en conducta de inobservancia de reglamentos.

b) Con los datos que se obtienen del expediente de la madre, y los datos obstétricos del producto, así como lo vertido en el informe de la madre ante esta CEDHJ, podemos presumir que estamos ante una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

[...]

Conclusiones

1. Se incurrió en inobservancia de los deberes e inobservancia de reglamentos a su cargo por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.

2. De la misma manera, se verifica una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica por parte de los ginecoobstetras Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa...

Por lo anterior, esta Comisión concluye que existen elementos suficientes para determinar que el doctor Alberto García Hinojosa incurrió en violación del derecho a la protección de la salud en agravio de la (quejosa).

En cuanto a la intervención del (medico2), al rendir su informe a esta Comisión, manifestó que labora en el área de Anestesiología, en el HMIELM, con un horario nocturno de 20:00 a 07:30 horas, y que como a las 20:45 horas del día [...] del mes [...] del año [...], en el área de Quirófanos revisó por primera ocasión a la paciente (quejosa), quien se encontraba con diagnóstico preoperatorio de no progresión en TP, cesárea previa (elaborado por otro facultativo que atendió su ingreso). A la exploración física, la encontró en buen estado general, orientada en tiempo, espacio y lugar, bien hidratada; hizo su valoración preanestésica, así como el debido interrogatorio de antecedentes no patológicos, antecedentes anestésicos y antecedentes personales patológicos, y le explicó el tipo de anestesia que le aplicaría, a la par de los posibles riesgos que ello origina, lo cual fue aceptado por la paciente, y que enseguida otro cirujano practicó la cesárea.

Del contenido de las notas que integran el expediente clínico, en las hojas 8 y 9, se aprecian sello, nombre y firma del médico (medico2), correspondientes a la hoja de valoración preanestésica y la relativa a la postanestésica, en las que asentó las condiciones en que encontró a la quejosa, sus antecedentes personales y patológicos, así como los riesgo anestésico y quirúrgico. En el anverso de la hoja 8 asentó el puntual seguimiento de las condiciones que presentaba la quejosa durante la cirugía, como son sus signos vitales y el comportamiento clínico ante a la técnica anestésica que empleó. Que aplicó bloqueo subdural, sin complicaciones y eventos inesperados. Se observa con claridad su nombre, firma y fecha de elaboración de sus notas, por lo tanto, no obran en el expediente evidencias que permitan determinar que el médico (medico2), con su conducta hubiese incurrido en violaciones de derechos humanos de (quejosa), derivadas de los hechos motivo de la queja.

En cuanto a la intervención de la médica(medico3), ginecoobstetra del HMIELM, al informe que remitió a esta Comisión copia simple de un resumen

clínico relativo a la atención que brindó a la (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...], en el que asentó, como antecedentes, que la paciente ingresó con embarazo de término, y se le realizó cesárea; que la dio de alta por mejoría, ya que no tuvo complicaciones en la intervención quirúrgica. Como tratamiento, le dio cita abierta al servicio de urgencias, indicaciones de urgencia a su egreso, receta por medicamentos utilizados y recomendaciones para continuar su recuperación en su domicilio. Aclaró que únicamente tuvo contacto con ella el día [...] del mes [...] del año [...], y la encontró en buen estado general, con signos vitales estables, útero en involución y loquios escasos, por lo que la dio de alta del servicio para que continuara su recuperación en su domicilio.

De las constancias que integran el expediente clínico se aprecia que la (medico3) suscribió, junto con otros médicos, la hoja frontal para Diagnósticos y Operaciones Qx., el día [...] del mes [...] del año [...], ubicada en la hoja 1 del expediente clínico, en la que se asentó:

[...]

SERVICIO: 31/03/15 Fecha de Ingreso: 31/03/15.

31/03/15 Embarazo a término trab. de parto.
Prob. Ruptura de membranas.

Dr. M. Antonio Díaz Ochoa

Puerperio fisiológico
(ilegible) cesárea / (ilegible)

Dr. García Hinojosa

31/03/15 BS Dural.

Dr. (medico2)

01/04/15 APEO Implante (ilegible).
02/04/15 ALTA.

Dra. (medico16)

Dra.(medico3)

Dicha información coincide con lo que manifestó a esta Comisión la (medico3), en cuanto a que atendió a la paciente el día [...] del mes [...] del año [...] y la dio de alta. También obra una nota de evolución clínica en hospitalización, elaborada a las 11:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...], en la que describió las condiciones en que encontró a la paciente.

De las constancias que integran el expediente de queja no se advierten medios de prueba que demuestren que la (medico3) hubiese incurrido en violaciones de

derechos humanos en agravio de (quejosa), derivadas de los hechos motivo de su inconformidad.

Lo mismo sucede respecto del personal de enfermería (enfermera), (enfermera2), Gloria Barajas Huerta, (enfermera4), (enfermera5), (enfermera6),(enfermero9), (enfermera10),(enfermera12) y (enfermera13), ya que tampoco existen evidencias de que hubieren incurrido en violaciones de derechos humanos.

Se aclara que por lo que respecta a los enfermeros (enfermera8), (enfermera11) y (enfermera7), se informó a esta Comisión que tampoco laboraban ya en el HMIELM, por lo que debido a que de las constancias que integran el expediente no existen evidencias que determinen que incurrieron en violaciones de derechos humanos, se les deja fuera del presente razonamiento.

Sin embargo, esta Comisión advierte que la inobservancia de los deberes en que incurrieron algunos médicos del HMIELM se tradujo en violación del derecho a la protección de la salud de la (quejosa) y de su hijo recién nacido, pero éste aún se encuentra en malas condiciones de salud que afectan su vida y su normal desarrollo.

Los ginecólogos que atendieron a (quejosa) el día [...] del mes [...] del año [...] en el HMIELM, desde que llegó a dicho nosocomio, a las 10:05 horas, no le otorgaron una atención adecuada y oportuna, pues no obstante que ella les decía que ya presentaba dolores de parto, la hicieron esperar e ignoraron el antecedente relativo a la cesárea que se le practicó en su último embarazo, lo cual indica que cuando acudió por primera vez a revisión al HMIELM ni siquiera verificaron su expediente clínico, sino hasta después de cuatro horas, cuando se fue del hospital por indicaciones del médico Manuel Antonio Díaz Ochoa, ginecoobstetra del HMIELM, quien informó que la quejosa había acudido a dicho nosocomio a las 11:06 horas y tenía un centímetro de dilatación, por lo que fue enviada a deambular y citada en cuatro horas. Agregó que a las 16:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...] la ingresó a trabajo de parto, con un diagnóstico de embarazo de término más ruptura de membranas. La quejosa manifestó que pasaron cinco horas más y escuchó que llegó un médico preguntando a los enfermeros si ya estaba preparada la paciente (quejosa) para trasladarla a la sala de operaciones y anestesarla, y un enfermero preguntó si no era para parto normal y el doctor respondió que no, que la pasaran de inmediato a la sala de operación.

Esta situación, lamentablemente, afectó al estado de salud del bebé recién nacido de la quejosa (quejosa), ya que por error del personal médico del HMIELM la tuvieron mucho tiempo en trabajo de parto, pues la pediatra que atendía al niño le dijo que estaba muy grave, que le harían estudios para valorarlo porque lo que le había pasado era muy delicado. Le informaron que el estudio de sus pulmones había salido bien, pero lo preocupante era que su cerebro estaba muy inflamado, porque no había recibido oxígeno al nacer, y por ello se quedaría en observación.

Los peritos de esta Comisión concluyeron en el dictamen de responsabilidad profesional que emitieron mediante oficio [...], que los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa incurrieron en inobservancia de reglamentos, entendiéndose esta inobservancia como el incumplimiento de las disposiciones que regulan o dan instrucciones acerca del ejercicio de una determinada actividad. Así se desprende del dictamen que emitieron mediante oficio [...], relativo a la atención que se brindó a la quejosa (quejosa) y a su hijo recién nacido en el HMIELM, documento en el que además resolvieron que no se encontraron situaciones de imprudencia, negligencia ni inobservancia de reglamentos cometidas por parte del personal médico de pediatría que atendió al recién nacido, hijo de la señora (quejosa).

La 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, establece:

4.24 Calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 Calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 Oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

[...]

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

[...]

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

[...]

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

[...]

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

[...]

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

[...]

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

En el dictamen que emitieron los peritos médicos de esta Comisión dejaron establecido que una vez que la paciente ingresó al área de admisión del HMIELM a las 11:06 horas del día [...] del mes [...] del año [...], se evidenció la persistencia de foco fetal con cifras con tendencia al alza. El producto de la gestación no se obtuvo hasta las 21:16 horas, mediante cesárea; es decir, diez horas después de que se presentó la paciente al área de urgencias.

Contrario a lo establecido en la NOM transcrita, tal como lo señalaron los peritos médicos de esta Comisión, ninguno de los médicos dio indicaciones de monitorizar debidamente para la detección oportuna de sufrimiento fetal agudo, situación que se configura con la obtención de líquido meconial (++) y calificación de apgar baja (4-7). Tampoco se realizó un adecuado registro de partograma, ya que únicamente se anotaron las cifras de la frecuencia cardiaca

fetal, omitiendo lo asentado en la NOM-007-SSA2-1993, en sus puntos 5.4.1.5, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, y 5.4.2.3, pero no se tomaron las providencias adecuadas para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica. Los peritos asentaron que los signos de sufrimiento fetal más importantes son los que se obtienen por la auscultación del corazón fetal y advertencia de meconio en el líquido amniótico. Además, se consideran como principales marcadores de sufrimiento fetal alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como bradicardia moderada-severa, desaceleraciones tardías, desaceleraciones variables mantenidas y frecuentes, pérdida de la variabilidad, ritmo comprimido o silente.

Los peritos agregaron que la literatura consultada respecto de los hechos señala como taquicardia fetal el aumento de la FCF basal por arriba de los 160 latidos por minuto, y que es uno de los primeros índices de sufrimiento fetal agudo, pues denota la estimulación del simpático, producida por la hipoxia. La importancia de reconocer el sufrimiento fetal agudo radica en que cuando el problema se detecta rápidamente y se trata de manera apropiada e inmediata, se impide el daño. Se ha recurrido a la presencia de líquido amniótico meconial (LAM) como indicador indirecto de asfixia perinatal (AP). Su presencia se asocia con mayor morbimortalidad perinatal, generalmente en relación directa con la densidad del meconio.

Por lo anterior, debe destacarse que la quejosa (quejosa) acudió a tiempo a que la revisaran en el HMIELM, pero indebidamente fue regresada a su domicilio, retrasando su alumbramiento, lo que tuvo consecuencias graves para la salud del bebé recién nacido, no obstante que, tal como se mencionó, existen procedimientos para monitorear el estado de salud del bebé, lo que en el presente caso no se hizo.

Por las razones descritas, en el dictamen multimencionado se concluyó que hubo inobservancia de los deberes al cargo y a la NOM-007-SSA2-1993 respecto de la integración correcta del partograma y la vigilancia del comportamiento cardíaco fetal con medios electrónicos, por parte de las ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, ya que se trataba de una paciente con una cesárea previa, puesto que está contraindicada la prueba si hay persistencia de trabajo de parto prolongado en pacientes con antecedente de cesárea, infringiendo de igual manera lo enunciado en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

Al efecto, la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, establece:

4.4 Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

[...]

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un sólo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

[...]

6. Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica.

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.2.5 Pronóstico;

6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

6.3 Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

6.3.1 Criterios diagnósticos;

6.3.2 Plan de estudios;

6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.

Los peritos médicos también aseguraron que con los datos del expediente de la madre, los datos obstétricos del producto, así como lo vertido por la madre ante esta CEDHJ, podemos presumir que estamos ante una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica. Por ello, los peritos emitieron las siguientes conclusiones:

1. Se incurrió en inobservancia de los deberes e inobservancia de reglamentos a su cargo por parte de los ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.
2. De la misma manera, se verifica una conducta de imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica por parte de los gineco obstetras, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa.

[...]

Durante la investigación de la queja se recabó copia certificada del expediente clínico relativo a la atención médica del recién nacido hijo de la señora (quejosa), por lo que también se solicitó a los peritos médicos de esta Comisión que emitieran un dictamen sobre la atención médica que recibió el niño en el HMIELM. Al efecto, mediante oficio [...] emitieron un dictamen de responsabilidad profesional, en el que concluyeron: “1.- En lo referente a todo el grupo de médicos pediatras y neonatólogos que intervino en el manejo del Recién Nacido de la paciente (quejosa), no encontramos situaciones de Imprudencia, Negligencia ni inobservancia de Reglamentos.”

Por lo anterior, esta Comisión concluye que no existen elementos de prueba que permitan determinar que los médicos pediatras y neonatólogos que intervinieron en la atención del recién nacido de (quejosa), hubiesen incurrido en violaciones de derechos humanos derivadas de los hechos motivo de la queja.

Según el *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el derecho humano a la protección de la salud se describe de la siguiente forma:

A. Definición

Es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

B. Comentario a la Definición

Implica una permisión para el titular, que tiene la libertad de acceder a los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos por la ley.

Con respecto a los servicios públicos, impone las obligaciones de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios en los términos legales, de realizar la adecuada prestación y en su caso, supervisión de los mismos, y la creación de infraestructura normativa e institucional que se requiera.

Obligación del Estado:

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considerarán servicios básicos de salud los referentes a:

I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno - infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición y

X. La asistencia social a grupos vulnerables.

[...]

C. Bien Jurídico Protegido

La salud

D. Sujetos

1. Titulares. Todo ser humano.

2. Obligados. Cualquier servidor público o particulares que actúen bajo la anuencia o tolerancia de los primeros.

[...]

Uno de los instrumentos internacionales que establecen la protección de los derechos del ser humano por excelencia es, sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la ONU. Nuestro estado de Jalisco, en el artículo 4º de su Constitución Política, reconoce los principios consagrados en dicho documento como derechos de los individuos que se encuentren en esta entidad. El cuidado y protección de la salud figura en el artículo 25 de dicha Declaración.

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Con su actuación, los médicos Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa faltaron a lo dispuesto en diversas

disposiciones de derecho interno y de índole internacional, entre las que destacan:

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que dispone: “Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.”

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece:

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996, dispone:

Artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

Los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia resultan obligatorios para nuestro país, conforme a lo que se establece en los artículos 1º y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y confieren un cuidado especial a la maternidad y a la infancia. En el presente caso no se cumplió con el derecho a la protección de la salud, debido a que no hubo una integración correcta del partograma y de la vigilancia del comportamiento cardiaco fetal con medios electrónicos por parte de los médicos Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa. Además,

porque se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica.

El artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, además, los médicos, con sus conductas, dejaron de cumplir con lo dispuesto en el artículo 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, en cuanto establece:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones:

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, donde fueron aprobados los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales,¹ definió a la víctima de la siguiente manera:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización.

Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

¹ En esta resolución se establece como compromiso internacional de todos los Estados miembros de la ONU el reconocer y respetar el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones.

En un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, el ciudadano se encuentra protegido no sólo por un marco de leyes al que están sujetos tanto las autoridades como los particulares, cuya finalidad, además de favorecer la convivencia pacífica entre sus integrantes, es garantizar el pleno desarrollo del ser humano, sino por la certeza de que tanto su persona como su patrimonio personal y sus derechos se encuentran salvaguardados por las autoridades que lo representan.

En razón de que en estos hechos participaron servidores públicos, y que incurrieron en violación del derecho a la protección de la salud, también es aplicable lo dispuesto en los artículos 1º, 7º, fracciones I, II, IV y XXII; 8º, 9º y 26 de la Ley General de Víctimas, donde se establece:

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo, y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos.

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

I. Derecho a ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos por parte de los servidores públicos y, en general, del personal de las instituciones públicas responsables del cumplimiento de esta Ley, así como por parte de los particulares que cuenten con convenios para brindar servicios a las víctimas;

II. Derecho a solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre; así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a un nuevo trauma;

[...]

IV. Las víctimas, con independencia de que se encuentren dentro un procedimiento penal o de cualquier otra índole, tienen derecho a la protección del Estado, incluido su bienestar físico y psicológico y la seguridad de su entorno, con respeto a su dignidad y privacidad.

Lo anterior incluye el derecho a la protección de su intimidad contra injerencias ilegítimas, así como derecho a contar ella y sus familiares con medidas de protección eficaces cuando su vida o integridad personal o libertad personal sean amenazadas o se hallen en riesgo en razón de su condición de víctima y/o del ejercicio de sus derechos;

[...]

XXII. Derecho a una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño;

Artículo 8

[...]

Las víctimas de delitos o de violaciones de derechos contra la libertad y la integridad, recibirán ayuda médica y psicológica especializada de emergencia en los términos de la presente Ley.

Los servidores públicos deberán brindar información clara, precisa y accesible a las víctimas y sus familiares, sobre cada una de las garantías, mecanismos y procedimientos que permiten el acceso oportuno, rápido y efectivo a las medidas de ayuda contempladas en la presente Ley.

Artículo 9

Las víctimas tendrán derecho a la asistencia y a la atención, los cuales se garantizarán incluyendo siempre un enfoque transversal de género y diferencial.

Se entiende por asistencia el conjunto integrado de mecanismos, procedimientos, programas, medidas y recursos de orden político, económico, social, cultural, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política. Entre estas medidas, las víctimas contarán con asistencia médica especializada incluyendo la psiquiátrica, psicológica, traumatológica y tanatológica.

Se entiende por atención, la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a las víctimas, con miras a facilitar su acceso a los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación integral, cualificando el ejercicio de los mismos.

Las medidas de asistencia y atención no sustituyen ni reemplazan a las medidas de reparación integral, por lo tanto, el costo o las erogaciones en que incurra el Estado en la prestación de los servicios de atención y asistencia, en ningún caso serán descontados de la compensación a que tuvieran derecho las víctimas.

Artículo 26

Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por los daños que ha sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

Asimismo, debe destacarse que los servidores públicos que incurrieron en violaciones de derechos humanos también faltaron a lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto establece:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Reparación del daño

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*.) En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño, como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: "... la

obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.³

En el caso que nos ocupa, quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud en agravio de (quejosa) y su hijo recién nacido. Como consecuencia de ello, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente a las víctimas de la mala actuación de servidores públicos.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos. Es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

En ocasiones, los criterios internacionales rebasan las escasas legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México, de conformidad con los artículos 1º y 133 de la Constitución federal y 4º de la Constitución local.

Por ello, considerando que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, y que México ha reconocido su competencia, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen:

Artículo 62.

³ Comité de Derechos Humanos, caso Kelly (Paul) c. Jamaica, párr. 5.7 (1991).

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...

En uso de sus facultades, la Corte ha sentado los siguientes criterios.

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II,⁴ que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado incluso una concepción general de derecho, que toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etc. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado, invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

El punto 49 establece:

⁴ Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law, American University, Washington, 1998, pp. 729 y 731.

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada.

Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional.

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, (*restitutio in integrum*) lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El desiderátum es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87: “En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños y para la del daño moral, ha recurrido a los principios de equidad.”

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se expone en los puntos 5 y 10 del mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que dicen: “5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de

derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes.”

10 ... El incumplimiento de las obligaciones convencionales, como se sabe, compromete la responsabilidad internacional del Estado, por actos u omisiones, sea del Poder Ejecutivo, sea del Legislativo, sea del Judicial. En suma, las obligaciones internacionales de protección, que en su amplio alcance vinculan conjuntamente todos los poderes del Estado, comprenden las que se dirigen a cada uno de los derechos protegidos, así como las obligaciones generales adicionales de respetar y garantizar estos últimos, y de adecuar el derecho interno a las normas convencionales de protección tomadas conjuntamente...

No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se adapte a las condiciones prevalecientes en cada país, por cuanto debe, *contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estados parte.

El deber de indemnizar se fundamenta, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder, adoptada por la Asamblea General de la ONU, mediante Resolución 40/34, que señala en los siguientes puntos:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

Asimismo, la reparación del daño se fundamenta en el principio general de buena fe al que deben apegarse todos los actos de autoridad, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

México, en su proceso de armonización del derecho interno con el internacional, modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, lo que dio origen a la creación de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a lo señalado en las leyes.

Tomando en consideración los hechos, evidencias y razonamientos previamente descritos y relacionados con la violación de derechos humanos en que incurrieron servidores públicos del HMIELM, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el Estado para con la sociedad, y con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local.

La reparación del daño tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que la administración pública estatal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos. No es sólo responsabilidad de los servidores públicos involucrados en violaciones de derechos humanos, sino una responsabilidad directa de las dependencias o instituciones de sus adscripciones, que están obligadas a brindarles la preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

IV. CONCLUSIONES

Quedó plenamente acreditado que los médicos ginecoobstetras Soledad Castañeda Cárdenas, Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, incurrieron en violación del derecho a la protección de la salud en agravio de la (quejosa) y de su hijo recién nacido, por inobservancia de deberes y reglamentos, así como por imprudencia, consistente en que se omitieron los procedimientos adecuados para reducir el tiempo entre la generación de sufrimiento fetal y la intervención quirúrgica por parte de los ginecoobstetras Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, por lo que esta Comisión dicta las siguientes:

Recomendaciones:

Al doctor Jaime Agustín González Álvarez, secretario de Salud y director general del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco:

Primera. Disponga lo conducente para que se realice la reparación integral del daño a la (quejosa), conforme a la Ley General de Víctimas y a la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, de forma directa, como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de violaciones de derechos humanos que cometieron servidores públicos de esa secretaría.

Segunda. Instruya a quien tenga las facultades legales para que inicie, tramite y concluya un procedimiento sancionatorio en contra de los médicos Soledad Castañeda Cárdenas, Manuel Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa, todos del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, con base en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, en el que se consideren las evidencias, razonamientos y fundamentos expuestos en esta resolución, para que se determine la responsabilidad que les pueda corresponder por las violaciones de derechos humanos en que incurrieron.

Tercera. Disponga lo necesario a fin de crear conciencia en el personal médico que atiende a las pacientes en urgencias, acerca de dar un real seguimiento a las condiciones en que se presenten las pacientes para evitar que en el futuro sucedan errores tan graves como el que motivó la presente Recomendación.

Cuarta. Ordene a quien corresponda, que se agregue copia de esta resolución a los expedientes administrativos de los médicos Soledad Castañeda Cárdenas, Manuel Antonio Díaz Ochoa y Alberto García Hinojosa; ello, no como sanción, sino para que quede constancia de las violaciones de derechos humanos en que incurrieron.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos lo hace con el ánimo de que cada día la Secretaría de Salud Jalisco preste con mayor calidad y calidez el servicio público encomendado. En este sentido, las proposiciones de este organismo deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Las anteriores recomendaciones tienen el carácter de públicas, por lo que esta institución deberá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación, con base en el artículo 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de este organismo, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se le notifique, para que informe a este organismo si la acepta o no; en caso afirmativo, dispondrá de los quince días siguientes para acreditar su cumplimiento.

Atentamente

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente

Esta es la última hoja de la Recomendación 12/2016, que consta de 101 páginas.