

RECOMENDACIÓN No.11/2019

SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBIÓ V1, EN EL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER "DR. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA".

San Luis Potosí, S.L.P, a 18 de junio de 2019

**DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

Distinguida Directora:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 1VQU-416/17, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1.

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

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, en relación a la atención médica especializada que recibió en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" en San Luis Potosí, con motivo su segundo embarazo de término, y que posteriormente derivó en el fallecimiento de su bebé, quien nació con síndrome de aspiración de meconio.

4. V1 manifestó que a las 10:00 horas del 27 de mayo de 2017, ingresó al Hospital del Niño y la Mujer al presentar dolores inherentes al trabajo de parto, que después de revisarla una doctora le indicó que todo está bien y le suministraron medicamento para comenzar con dilatación. A las 18:00 horas comenzó con dolores más intensos, y al pedir ayuda le indicaron que no había personal que la atendiera.

5. La víctima señaló que hasta las 21:00 horas, la pasaron a quirófano para realizarle una cesárea, que al nacimiento de su hijo escuchó muy tenue su llanto, y minutos después le informaron que había nacido en condiciones graves. El 29 de mayo de 2017, le permitieron ver a su bebé, el cual estaba conectado a aparatos médicos, que la dieron de alta el 30 de mayo y el 2 de junio de 2017, se le informó que su hijo había fallecido.

6. Por su parte, Q1, esposo de V1, manifestó que durante la estancia hospitalaria no se le dio información precisa del estado de salud de su esposa como de su bebé, quien permaneció en el área de neonatales en condiciones graves de salud conectado a aparatos médicos, e incluso en dos ocasiones se les fue la luz, sin que contara con planta de energía alterna, y se tuvo que dar oxigenación manual a su hijo.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 1VQU-416/17, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsables, se entrevistó a los quejosos, se recabó expediente clínico, opinión médica cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

8. Acta circunstanciada de 7 de junio de 2017, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1, quien manifestó que el 27 de mayo de 2017, ingresó a las 10:00 horas al Hospital del Niño y la Mujer donde se le practicó cesárea después de varias horas de encontrarse en sala de labor de parto; sin embargo, su hijo nació en malas condiciones, que lo mantuvieron conectado a equipo médico y falleció el 2 de junio de 2017. A su queja agregó:

8.1 Acta de nacimiento con número 526289, de 2 de junio de 2017, expedida por el Oficial 5 del Registro Civil en la Ciudad de San Luis Potosí, en la que asentó el registro de nacimiento del producto de V1 y Q1.

8.2 Acta de defunción con número 541237, de 2 de junio de 2017, expedida por el Oficial 5 del Registro Civil en la Ciudad de San Luis Potosí, en la que se asentó que el producto recién nacido de V1, falleció a las 09:15 horas del 2 de junio de 2017 en el Hospital del Niño y la Mujer a causa de choque cardiogénico, hemorragia pulmonar, coagulopatía, y síndrome de aspiración de meconio.

9. Acta circunstanciada de 7 de junio de 2017, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de Q1, quien denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, su esposa, misma que a las 10:00 horas del 27 de mayo de 2017, ingresó al Hospital del Niño y la Mujer donde nació su hijo, quien falleció el 2 de junio de 2017.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

10. Oficio 16552 de 26 de junio de 2017, firmado por Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud del Estado, quien con relación a los hechos atribuidos a personal del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", respecto de la atención médica que recibió V1, precisó:

10.1 El 22 de mayo de 2017, V1 acudió al área de urgencias del Hospital del Niño y la Mujer, quien presentaba su segunda gestación a los 37 años de edad, con un antecedente de cesárea en el año de 2008, que cursaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación, a quien se le interrogó y se realizó exploración física, encontrándose una frecuencia cardíaca fetal de 141 latidos por minuto, sin actividad uterina y cérvix cerrado, razón por la que se sugirió revaloración en setenta y dos horas y se indicaron datos de alarma.

10.2 Que a las 11:23 horas del 27 de mayo de 2017, nuevamente acudió V1, por presentar dolor obstétrico, por lo que inmediatamente se le brindó atención médica, tan es así, que se le realizó ultrasonido encontrándose índice de líquido amniótico normal, fotometría para 36 semanas de gestación, placenta grado II-III, se realizó registro cardiotocográfico encontrando trazo categoría II, por lo que ingresó a sala de labor con diagnóstico de segundo embarazo intrauterino de 39.4 semanas de gestación por ultrasonido, sin trabajo de parto, probable baja reserva fetal, que desde las 12:46 horas hasta las 21:00 horas se realizó partograma a V1, el cual registró frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales.

10.3 A las 19:45 horas del 27 de mayo de 2017, en sala de labor del Hospital, se decidió interrupción abdominal, es decir práctica de cesárea por sospecha de desprendimiento de placenta, siendo a las 21:22 horas se reportó nacimiento de recién nacido masculino de 2,320 gramos, de 40 semanas por Capurro se le realizaron pruebas Apgar de 8/9, Silverman-Anderson 1, nació con meconio espeso 3+++; los primeros minutos de vida con distress respiratorio, por lo que se le colocó casco cefálico, se pasó al recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para manejo y vigilancia, y se mantiene en ayuno, con soluciones parenterales, sin embargo persistió el recién nacido con dificultad respiratoria por lo cual fue trasladado a la sala de Terapia Intensiva Neonatal, en

donde persiste la misma sintomatología, con quejido aleteo nasal y disociación toracoabdominal, razón por el que se le colocó presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP nasal) con fracción de oxígeno (FiO₂) al 100% y 6 centímetros de H₂O, manteniendo saturaciones entre 80-85%, al no presentar mejoría en la dificultad respiratoria, se procedió a colocar tubo endotraqueal, drenado material hemático de sonda orogástrica se dejaron parámetros altos de ventilación mecánica.

10.4 Que constantemente se cuidó el estado de salud del menor, así como de la madre y en todo momento se informó a los padres y/o familiares sobre el estado de salud del recién nacido, sin embargo a pesar de todos los cuidados y tratamientos prescritos, el 2 de junio de 2017, el recién nacido presentó un deterioro hemodinámico y ventilatorio (choque cardiogénico) aún con el aumento en parámetros de ventilación de alta frecuencia con bajas oximetrías, presentó bradicardia progresiva y paro cardiorrespiratorio por lo que se aplicó reanimación cardiopulmonar por 30 minutos, 5 dosis de adrenalina a dilución 1:10, 000, bolo de gluconato de calcio, bolo de bicarbonato de sodio, sin embargo no se obtuvo respuesta a la reanimación, por lo que a las 09:15 minutos, se declaró fallecimiento del recién nacido.

10.5 Señaló que no cuenta con registro de falla en el suministro de energía eléctrica en el Hospital ni tampoco reporte de encendido de la planta de emergencia la cual enciende en menos de 20 segundos.

11. Oficio 22586, de 6 de septiembre de 2017, signado por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud, quien anexó copia certificada del expediente clínico que se integró de V1, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", de cuyas constancias se destacan:

11.1 Triage obstétrico de 22 de mayo de 2017, en el que se asentó que V1, acudió a valoración, sin datos de alarma, cérvix cerrado, temperatura de 36.3, frecuencia cardiaca de 103 latidos por minuto y tensión arterial de 142/93.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

11.2 Hoja frontal de expediente clínico en el que se asentó que V1, ingresó para valoración ginecoobstetrica, monitorización materno fetal, toma de laboratorios, quien no aceptó método anticonceptivo.

11.3 Carta de consentimiento bajo información de 27 de mayo de 2017, para llevar el procedimiento terapéutico que se requiera a V1.

11.4 Nota de revisión de 27 de mayo de 2017, en la que se asentó que a las 11:23 horas V1 acudió al presentar dolor obstétrico, con diagnóstico de 36 semanas de gestación, pasa a labor de parto, con probable BRF.

11.5 Historia clínica obstétrica de ingreso de 27 de mayo de 2017, ilegible hora de ingreso y nombre de médico, en la que se asentó que V1 acudió por dolor obstétrico, sangrado transvaginal escaso, en estado consciente, alerta, orientada, buen estado de hidratación, con diagnóstico de ingreso de segundo embarazo de 39.4 semanas de gestación, PSS categoría II, con plan de manejo para conducción de trabajo de parto en sala de labor.

11.6 Nota de ingreso en labor, de 27 de mayo de 2017, en la que AR2 personal médico anotó que a las 14:05 horas, V1 de 37 años de edad, ingreso proveniente del área de urgencias, con frecuencia cardiaca fetal de 141 latidos por minuto, ingresa a labor para inductoconduccion.

11.7 Nota de evolución de labor, de 27 de mayo de 2017, en la que AR1, personal médico asentó que a las 19:50 horas, V1 en trabajo de parto, prueba sin estrés (PSS) con datos polisistolia, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, cérvix posterior largo, apenas dehiscente, amnios integro (ya sin oxitocina) escaso sangrado transvaginal. Se realiza registro cardiotocográfico, con descensos de 120 x 110, se sospechó de datos de desprendimiento por lo que se programó cesárea. El personal médico asentó que sólo se encuentra como médico ginecolo-obstretra. equipo quirófano incompleto.

11.8 Hoja de evolución y/o interconsulta de 27 de mayo de 2017, en la que se anotó que a las 20:38 horas, V1 encontró bajo anestesia para cirugía de cesárea.

11.9 Partograma sin fecha de registro, a nombre de V1, quien gestó su segundo embarazo de 39.4 semanas de gestación por ultrasonido, en la que se asentó que a las 12:46 horas se registró una frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto; a las 14:00 horas de 120 latidos por minutos; a las 15:00 horas de 130 latidos por minuto, a las 16:00 horas de 148 latidos por minuto, a las 17:00 horas de 117 y a las 21:00 horas de 126 latidos por minuto, y tensión arterial de 110/70, 110/70, 110/70, 110/88, 110/70 en las mismas horas de registro.

11.10 Nota postquirúrgica de 27 de mayo de 2017, en la que se hace constar que a las 21:22 horas nació masculino de 2320 gramos, apgar 8-9, de 40 semanas de gestación, mas Capurro con meconio espeso de 3, por lo que V1 pasó a recuperación.

11.11 Nota preoperatoria de 27 de mayo de 2017, en la que se asentó que a las 19:45 horas, se registró probable desprendimiento de placenta por lo que se sospechó pérdida del bienestar fetal, plan quirúrgico de cesárea. Descripción de la técnica quirúrgica, se obtiene producto con meconio de 3+, espeso, se entregó a pediatra, se pinzan bordes sin desgarro, alumbramiento completo. Se registró nacimiento a las 21:22 horas de masculino de 2320 gramos, con pagar de 8-9, de 40 semanas de gestación.

11.12 Registro de ingreso Gineco-obstétrico de 27 de mayo de 2017, en la que se hace constar que a las 12:45 horas, V1 pasa a sala de labor y vigilancia de evolución materno fetal siendo valorada a las 13:40, 14:20 y 20:45 horas.

11.13 Registro de indicaciones médicas de 27 de mayo de 2017, en la que se hace constar que a las 12:46 horas, V1 pasó a labor de trabajo de parto, por indicación médicas de AR1. Segunda revisión a las 14:00 horas con indicación de suministro de medicamento y oxitocina, por parte de AR3, Ginecólogo obstetra. A las 18:50 horas, AR1 indicó suspensión de oxitocina, por parte de la misma

doctora. A las 20:20 horas se indica pasar a quirófano urgente. A las 22:20 horas se indica cuidados de herida quirúrgica por cesárea, vendaje abdominal

11.14 Nota de egreso hospitalario en la que se asentó que V1, de 37 años de edad, ingresó el 27 de mayo de 2017, al contar con un embarazo de 39.4 semanas de gestación, que acudió al área de urgencias por dolor abdominal intenso y trabajo de parto en fase activa, pasó a labor con 0 cm de dilatación y 0% de borramiento para vigilancia de actividad uterina con sangrado transvaginal escaso. En labor se realizó PSS con taquisistolia, se suspende oxitocina. Se obtuvo RCTG en categoría II con múltiples desaceleraciones tardías, frecuencia cardíaca fetal de 110 latidos por minuto, se sospecha de desprendimiento prematuro de placenta por lo que pasa a cesárea. A las 22:22 horas se obtiene recién nacido masculino de 40 semanas de gestación sin malformaciones aparentes. Se encuentra meconio espeso 3+. Se verifica adecuado tono uterino e involución en la paciente y pasa a sala de recuperación, siendo dada de alta hospitalaria el 30 de mayo de 2017.

8

12. Opinión Médica de 2 de julio de 2018, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluye la practica medica de la atención proporcionada a V1, no fue realizada en forma adecuada, oportuna, completa y eficaz, no se aplicó la normativa correspondiente.

12.1 No fue adecuada ya que llegó hasta las 40.2 semanas sin valoración previa por el servicio de ginecología, no se envió a valoración entre las semanas 34-36, no se detectó retraso en el crecimiento y la morbilidad acompañante. No se tomó en cuenta talla 1.41 mts, ausencia de parto vaginal previo.

12.2 No fue oportuna ya que, si se hubiera tomado en cuenta la edad 37 años, antecedente de cesárea previa, el detectar el retraso en el crecimiento probablemente no se hubiera optado por ofrecer prueba de trabajo de parto y se hubiera programado cesárea efectiva de repetición en la fecha adecuada.

12.3 No fue completa ya que no se detectaron factores de riesgos y diagnóstico en su momento, no se realizó medición de flujo doppler que probablemente hubiera permitido diagnosticar compromiso del feto y tomar una mejor decisión en la interrupción del embarazo.

12.4 No fue eficaz ya que se obtuvo un feto con meconio +++, que tuvo que ingresar a sala de cuidados intensivos neonatales y tuvo evolución tórpida que finalizó con muerte neonatal al sexto día de vía extrauterina.

12.5 Por otra parte, también existe responsabilidad institucional ya que al darse preponderancia para que exista y se atienda al parto vaginal después de una cesárea se debe contar con personal suficiente para valorar a las pacientes con cesárea previa en la edad gestacional adecuada, vigilar la normativa que existe para la atención obstétrica de pacientes con cesárea previa, tener un quirófano de emergencia para que en 30 minutos poder realizar cesárea de emergencia, tener la infraestructura suficiente ultrasonido con flujo doppler, cardiotocografos para poder llevar a cabo un registro continuo en pacientes sometidas a inducción de trabajo de parto, tener el personal suficiente ginecólogos, anestesiólogos, pediatras y enfermera quirúrgicas para poder realizar los procedimientos urgentes en el momento indicado.

12.6 Las omisiones que se presentaron si eran previsibles si se hubiera aplicado las Normativas correspondientes y se contara con la infraestructura necesaria para poder llevar a cabo los procedimientos indicados en su momento.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

13. El 7 de junio de 2017, este Organismo Estatal de Derechos Humanos inició queja presentada por Q1, esposo de V1, quien denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de su esposa con motivo de la atención médica que recibió en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

14. Los hechos indican que V1, cursaba su segundo embarazo, a los 37 años de edad, con antecedente de cesarea previa en el año de 2008, quien de acuerdo a su control prenatal su talla es de 1.41 centímetros. Que el 22 de mayo de 2017 acudió al Hospital del Niño y la Mujer a revisión, sin datos de alarma siendo dada de alta, quien acudió por segunda ocasión de acuerdo a los registros clínicos el 27 de mayo de 2017.

15. A las 11:23 horas del 27 de mayo de 2017, V1 es valorada por personal médico al presentar dolor tipo obstétrico, se le realizan estudios y ultrasonido encontrándose gestación de 36 semanas, placenta grado II-III, por lo que es ingresada a sala de labor por encontrarse en fase activa sin borramiento ni dilatación, y sangrado vaginal escaso donde es valorada por AR, AR2 y AR3 personal médico, y a las 19:50 horas se sospechó de datos de desprendimiento de placenta por lo que se programa cirugía de cesarea urgente, sin que se contara con equipo de quirófano completo.

16. A las 21:22 horas del 27 de mayo de 2017, se obtiene producto de gestación co meconio espeso nivel 3, con peso de 2320 gramos, apgar de 8-9 de 40 semanas de gestación, quien paso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y posteriormente a la Sala de Terapia Intensiva donde falleció el 2 de junio de 2017, de acuerdo con el acta de defunción a cusa de choque cardiogénico, hemorragia pulmonar, coagulopatía, y síndrome de aspiración de meconio.

17. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado un procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

18. Es importante señalar que la actuación de toda autoridad debe tener como objetivo principal el respeto, protección y garantía de los derechos humanos, por lo que esta Comisión Estatal hace hincapié en la necesidad de que los servidores públicos cumplan con el deber que les exige el cargo público, que lo realicen con la debida diligencia en el marco de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de que todas las autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

19. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo tampoco le compete la investigación de los delitos, sino indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios, velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancione a los responsables de las violaciones cometidas.

20. En este contexto, atendiendo al interés superior de las víctimas del delito, y del abuso de poder reconocido en el derecho internacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y demás relativos de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, se emite la presente Recomendación favoreciendo en todo tiempo a las víctimas la protección más amplia que en derecho proceda.

21. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 1VQU-416/17, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 atribuibles a los Servicios de San Luis Potosí a través de la atención proporcionada en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto

López Hermosa", derivado de la inadecuada atención médica que recibió V1 y que tuvo como consecuencia el nacimiento de V1, con síndrome de aspiración de meconio.

22. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que el 18 de agosto de 2016, V1 inició con control de su segundo embarazo, con antecedente de cesárea previa en el año 2008, y contando con 37 años de edad y una talla de 1.41 centímetros, quien de acuerdo al expediente clínico del Hospital del Niño y la Mujer contó con 4 consultas prenatales.

23. El 22 y 27 de mayo de 2017, V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer para valoración médica, en el primero de los días no presentaba datos de alarma y en la valoración del 27 de mayo presentó dolores inherentes al trabajo de parto por lo que fue ingresada a ese nosocomio siendo valorada a las 11:23 horas para ingresar a labor de trabajo de parto, y a las 19:50 horas se decidió su interrupción vía abdominal por sospecha de desprendimiento de placenta, obteniéndose a las 21:22 horas, feto con síndrome de aspiración de meconio determinándose su ingreso a sala neonatal, donde falleció el 2 de junio de 2017.

24. En acta de defunción con número 541237, de 2 de junio de 2017, expedida por el Oficial 5 del Registro Civil en la Ciudad de San Luis Potosí, se certificó que el recién nacido de V1 y Q1, falleció a las 09:15 horas del 2 de junio de 2017 en el Hospital del Niño y la Mujer a causa de choque cardiogénico, hemorragia pulmonar, coagulopatía, y síndrome de aspiración de meconio.

25. En este contexto, en la opinión emitida por médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en el capítulo de consideraciones advierte que cuando V1, ingresó al Hospital del Niño y la Mujer lo hace porque refería dolor obstétrico y ya contaba con 40.2 semanas de gestación, a su ingreso le realizan ultrasonido obstétrico y registro cardiotocográfico el cual clasifican en categoría II, con trazos de frecuencia cardiaca fetal que exigen evaluación y vigilancia continua tomando en consideración las circunstancias

clínicas asociadas y deciden iniciar prueba de trabajo de parto con oxitocina, además de saber que no tiene antecedentes de trabajo de parto vaginal previo.

26. La opinión médica valora que la prueba de trabajo de parto se suspendió a las 18:50 horas del 27 de mayo de 2017, ya que V1 presentaba taquisistolia y frecuencia cardíaca fetal entre 120 y 110 latidos por minuto, se sospechó desprendimiento de placenta e indica interrupción por operación cesarea. Transcurrieron más de 60 minutos para pasar a V1 a quirófano, no había suficiente personal de quirófano, y el feto se obtiene a las 21:22 horas con líquido meconial +++. Peso de 2320 gramos que indica retraso de crecimiento, quien pasó a la unidad de cuidados intensivos neonatales donde continuó con insuficiencia respiratoria y falleció el 2 de junio de 2017.

27. Ahora bien del informe rendido por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud del Estado, se desprende que en la revisión realizada a V1, el 27 de mayo de 2017, se le encontró con índice de líquido amniótico normal, fotometría para 36 semanas de gestación, placenta grado II-III, registro cardiotocográfico encontrado en categoría II, por lo que es ingresada a sala de labor, sin trabajo de parto, probable baja reserva fetal, y que por tal motivo desde las 12:46 horas hasta las 21:00 horas se realizó partograma a V1.

28. De este informe, se puede advertir lo que señaló el análisis de la opinión médica respecto que al ingreso de V1, al reportarse registro cardiotocográfico en categoría II, con trazos de frecuencia cardíaca fetal que exigen evaluación y vigilancia continua, lo cual no sucedió en este caso, como se corrobora con el registro de indicaciones médicas del 27 de mayo de 2017, en el que se asienta que 12:46 horas V1 pasa a sala de labor, a las 14:00 horas se indica suministro de medicamento de oxitocina, la cual se suspende a las 18:50 horas y a las 20:20 horas se indica pase urgente a quirófano, lo que indica registro de atención médica a su ingreso y solo en tres ocasiones cuando se encontraba en labor de trabajo de parto es valorada por AR1, AR2 y AR3, personal médico.

29. Si bien, se reportó en el partograma que a las 12:46, 14:00, 15:00, 16:00 a las 17:00 horas, se registró frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minutos la cual descendió considerablemente a 120, a la siguiente hora de 130, a las 16:00 horas reportó un incremento de 148 latidos y a las 17:00 horas desciende a 117 latidos por minutos; no es hasta las 21:00 horas que se vuelve a registrar la frecuencia cardiaca fetal, advirtiéndose que desde las 17:00 horas se mostró un descenso y no es hasta las 19:50 horas que se decide la interrupción del trabajo de parto para la práctica de una cesarea.

30. En este orden de ideas, se destaca que en el registro del partograma se evidenció que V1 no fue oportunamente valorada puesto que desde las 17:00 horas se reportó un descenso en la frecuencia cardiaca fetal y la subsiguiente atención medica la recibió a 18:50 horas, cuando se indicó suspensión de oxitocina, y hasta las 19:50 horas se asentó en la nota de evolución de labor de parto que se sospechó de desprendimiento de placenta por lo que se decidió programar cesarea; sin embargo, por la falta de equipo de quirófano se retrasa su práctica como lo señala la opinión médica que transcurrieron más de 60 minutos para que V1 fuera pasada a quirófano, como lo asentó AR1 al señalar en la nota de evolución de labor, que se encontraba como médico Gineco-obstetra con equipo de quirófano incompleto.

31. Estas condiciones de no contar con un monitoreo continuo, no solo en los registros del partograma si no en la atención médica proporcionada a V1, tuvieron como resultado que el feto naciera con síndrome de aspiración de meconio nivel 3 espeso, y que consecuentemente deterioraron su salud hasta su fallecimiento.

32. Además de lo anterior, es hasta que nació el feto, que se advierte que había un retraso en el crecimiento, lo que tampoco fue valorado de manera oportuna. En este orden de ideas la Opinión Médica que sobre el caso se documentó se concluyó que la atención médica proporcionada en el Hospital del Niño y la Mujer no fue oportuna puesto que, si se hubiera tomado en cuenta la edad de V1, su antecedente de cesarea, así como la detección del retraso en el crecimiento,

probablemente no se hubiera optado por ofrecer prueba de trabajo de parto y se hubiera programado cesarea efectiva.

33. Es de considerarse que, al respecto la víctima describió que desde las 18:00 horas comenzó con dolores más intensos, y al pedir ayuda a personal que se encontraba en la labor de parto, le indicaron que no había personal que la pudieran atender en ese momento.

34. Además, concluye la opinión que la atención médica del 27 de mayo de 2017, no fue completa al no detectarse factores de riesgo y de diagnóstico en su momento, no se realizó medición de flujo doppler que pudiera diagnosticar el compromiso del feto y tomar la decisión en la interrupción del embarazo. Que la atención no fue eficaz porque se obtuvo un feto con meconio, que tuvo que ingresar a sala de cuidados intensivos neonatales y tuvo una evolución tórpida que finalizó con muerte neonatal.

35. En el presente caso se dejó de observar la Norma Oficial Mexicana NOM-0070SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y de la persona recién nacida, que establece que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

36. Al respecto, la opinión médica concluyó que en el caso existe responsabilidad institucional ya que al darse preponderancia para que exista y se atienda al parto vaginal después de una cesárea se debe contar con personal suficiente para valorar a las pacientes con cesárea previa en la edad gestacional adecuada, vigilar la normativa que existe para la atención obstétrica de pacientes con

cesárea previa, tener un quirófano de emergencia para que en 30 minutos poder realizar cesárea de emergencia, tener la infraestructura suficiente ultrasonido con flujo doppler, cardiotocografos para poder llevar a cabo un registro continuo en pacientes sometidas a inducción de trabajo de parto, tener el personal suficiente ginecólogos, anestesiólogos, pediatras y enfermera quirúrgicas para poder realizar los procedimientos urgentes en el momento indicado.

37. Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto con referencia a la adecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible, en lo que respecta al Servicios de Salud por no contar con personal suficiente para valorar a las pacientes con cesárea previa en la edad gestacional adecuada, vigilar la normativa que existe para la atención obstétrica de pacientes con cesárea previa, tener un quirófano de emergencia e infraestructura suficiente.

38. En este contexto, es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes, para lo cual resulta indispensable que de conformidad con el artículo 1, párrafo tercero, de nuestra Carta Suprema, las autoridades garanticen el derecho humano a la salud con base a los principios de progresividad el cual constituye el compromiso de los Estados para adoptar providencias, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas sociales.

39. En otro aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital del Niño y la Mujer, ya que no se documentó y anexó la atención medica que recibió V1, el 22 de mayo de 2017, en la que constara la atención médica brindada, ya que solo se anotó la atención

en el Triage obstétrico, lo cual es relevante para que en el expediente clínico constara mayores datos del control de embarazo.

40. Respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4,5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cal deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció, puesto que los nombres de los médicos que atendieron a V1, no se encuentran completos en las notas médicas, quienes son identificados en el presente expediente como AR1, AR2 y AR3, al no tener la certeza de que se trate de la misma persona, puesto que firman con un solo apellido, y la quejosa refirió que quien la atención en la primera vez y en sala de labor fue una doctora, y en hojas de atención médica aparece AR3, como doctor, situación primordial para deslindar la responsabilidad en que hayan incurrido.

17

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

42. Cabe precisar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

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

44. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Contradicción de Tesis 239/2011, precisó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para México, con independencia de que haya sido o no parte del litigio; que esa fuerza vinculante se desprende del artículo 1 Constitucional ya que el principio pro persona obliga a resolver atendiendo a la interpretación más favorable a la persona.

18

45. Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica se advirtió que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la oportuna, completa, adecuada y eficaz que debería de corresponder.

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

47. También se incumplió lo que señalan los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de

los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que, en síntesis, establecen el derecho a la vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

48. Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 56, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí, vigente en el momento de los hechos, que establece que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la deficiencia de ese servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión, por lo que debe deslindarse la responsabilidad en que pudieron haber incurrido AR, AR2 y AR3.

49. Por lo que respecta al pago de la reparación del daño, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 7, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, señalan la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, formule una recomendación que incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño.

50. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI; 96, 106, 110, fracción V, inciso c); 111, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como de los artículos 61, 63, 64, 64 fracción I, 67, 68, 70 y 88 fracción II, 97 fracción I, de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse

violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

51. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

52. De igual forma, como garantía de no repetición, deben garantizarse las condiciones que permitan que, en el Hospital del Niño y la Mujer, se cuente con personal suficiente para atención de pacientes con cesárea previa, quirófano de urgencia con infraestructura y personal que permita intervenir de urgencia a pacientes, ultrasonido con flujo doppler, cardiotocografos para registro continuo en pacientes sometidas a inducción de trabajo de parto., ginecólogos, anestesiólogos, pediatras y enfermeras quirúrgicas para la atención de procedimientos urgentes.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para garantizar a V1, el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción de la misma en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se le otorgue atención psicológica especializada y en su caso, previo agote de los

procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que le beneficie en su condición de víctima. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus apreciables instrucciones a efecto de que en el Hospital del Niño y la Mujer “Adolfo López Hermosa” se cuente con suficientes médicos con especialidad en ginecología, anestesiólogos, pediatras, así como enfermeras quirúrgicas para la atención de procedimientos urgentes, se habilite debidamente el quirófano de urgencia con la infraestructura necesaria, así como equipo médico de ultrasonido con flujo doppler, cardiotocografos para registro continuo en pacientes sometidas a inducción de trabajo de parto, y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

21

TERCERA. Gire instrucciones precisas a efecto de que, el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, investigue de manera pronta, exhaustiva, diligente, acuciosa, puntual, ágil, completa, imparcial, objetiva, expedita, independiente, autónoma, objetiva, técnica y profesional, debiéndose desahogar sin demora, las diligencias efectivas para el debido procedimiento y pronta resolución del Procedimiento Administrativo que se inicie con motivo de la vista realizada por este Organismo con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que se determine la responsabilidad administrativa en que pudo incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer sobre una capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

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

55. Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la recomendación, deberán informarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

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

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE