Palabras del presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), al dar a conocer la síntesis de la Recomendación 16/2014, dirigida al secretario de Salud y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco, Jaime Agustín González Álvarez, por violación del derecho a la protección de la salud por imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos. Guadalajara, Jalisco, 28 de mayo de 2014.

El 11 de julio de 2013 un hombre se quejó ante la Comisión debido al mal servicio médico que le brindaron a su esposa en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, lo que trajo como consecuencia la muerte de su bebé.

Explicó que el 6 de julio acudió a llevar a su pareja a dicho nosocomio porque cursaba la semana 42 de gestación y tenía fuertes dolores y fiebre. Afirmó que en el área de urgencias la revisaron y le dijeron que tenía 2 centímetros de dilatación, que regresara a su casa hasta que se le reventara la fuente. Él insistió en que le hicieran la cesárea, pero la respuesta fue negativa porque estaba programada para parto natural.

Agregó que al día siguiente su esposa continuó con la sintomatología y como no se le reventaba la fuente, volvieron al hospital aproximadamente a las 13:30 horas del 8 de julio. Tras revisarla, la internaron, pero no la atendieron sino hasta el día siguiente, cuando le practicaron la cesárea de urgencia, pero el bebé ya había fallecido.

Finalmente, el quejoso dijo que también el 5 de julio habían acudido al hospital y responsabilizó al director porque en esas fechas se suscitó la huelga de los trabajadores del Seguro Popular, y no se contaba con suficiente personal.

De la investigación que practicó esta Comisión no se advierte alguna evidencia que acredite que la señora haya sido atendida el 5 de julio, pues en dicho nosocomio existe un formato de registro de pacientes en el área de urgencias, en donde cada usuaria especifica el día y hora en que acude, y no se localizó su nombre.

Incluso se solicitó al director del Seguro Popular que proporcionara copia del pago de consulta de urgencias de la quejosa, relativo a los días 1, 5 y 6 de julio. Al respecto informó que en la base de datos sólo se localizó que la paciente acudió a urgencias el 1 y el 8 de julio de 2013, por lo que no existen evidencias que demuestren que haya acudido a recibir atención el 5 y el 6 de julio de 2013.

Con lo narrado en el informe de la doctora Adriana Salinas Veloz quedó demostrado que a las 17:30 horas del 8 de julio revisó a la paciente, y no obstante que observó líquido amniótico meconial, evidencia de sufrimiento fetal, omitió indicar vigilancia estrecha o remitir a la paciente con urgencia a quirófano.

Si bien Salinas Veloz precisó que los quirófanos se encontraban ocupados con pacientes que fueron derivadas del Hospital General de Occidente con preclampsias severas, en el expediente clínico de la quejosa no asentó que requería pasar a quirófano de urgencia, por lo que incurrió en una omisión que originó que no se le atendiera con la debida oportunidad, lo cual contribuyó a la muerte de su hijo.

Además, en el expediente asentó notas contradictorias, con tachaduras y enmendaduras que daban lugar a confusiones, pues no dejan claro si la paciente tenía 4 o 7 cm de dilatación, y tampoco precisó si los amnios estaban rotos o no.

En otra nota establece la continuidad al trabajo de parto con pronóstico reservado, contraponiendo lo establecido en la nota anterior que al parecer se realizó a la misma hora y que consignan la espera de quirófano. Sin embargo, como se dejó registrado en el dictamen que emitió la perita médica de esta Comisión, la paciente continuó en trabajo de parto hasta las 7:00 horas del 9 de julio de 2013, con consecuencias fatales para el producto de la gestación.

En el dictamen pericial se precisó que si después de su ingreso se hubieran estudiado los procesos de hipomotilidad a los que hizo alusión la paciente al momento de ser valorada el 8 de julio, congregados en la nota de ingreso en admisión por el médico obstetra Manuel Antonio Díaz Ochoa, y se hubiese detectado la macrosomía del feto con los procesos de investigación clínica pertinentes para este caso, se habría identificado que se trataba de un embarazo postérmino.

De igual manera, se demostró que la servidora pública incurrió en inobservancia de reglamentos, derivada de la alteración de diversas notas que ella suscribió, con lo cual infringió lo dispuesto en la NOM SSA 004 2012 del expediente clínico.

Por otra parte, en el dictamen pericial también se estableció que la doctora Joselyn Eugenia Cardona Díaz no realizó un adecuado interrogatorio y evaluación física que se tradujeran en una valoración y, por consiguiente, en una estrecha vigilancia obstétrica que podría haber evitado que se concluyera con una cirugía de urgencia.

Tampoco revisó la nota previa realizada por la doctora Salinas Veloz, elaborada a las 17:30 horas del 8 de julio, en la que describió presencia de líquido amniótico meconial, y sólo indicó continua monitorización de la frecuencia cardiaca fetal, pero omitió ordenar una prueba de bienestar para conocer en ese momento las características propias del producto.

La muerte del feto se debió a asfixia intrauterina, por interrupción de la circulación materno-fetal, derivada de la falta de vigilancia obstétrica, ya que en el partograma de la paciente no se describieron las bradicardias, sino hasta las 7:00 horas del 9 de julio, en la nota prequirúrgica, y no existe otra nota de algún médico adscrito durante el transcurso de la guardia nocturna del 8 al 9 de julio.

Con lo expuesto, queda de manifiesto que también existe una clara transgresión de lo que se establece en la NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido.

También se observa que durante el turno nocturno no se cuenta con personal que realice el diagnóstico materno fetal para quienes acuden al área de urgencias obstétricas, no obstante que es un hospital especializado en el que resulta básico e indispensable que durante las 24 horas de todos los días del año se tenga personal que realice esos estudios, para una debida y oportuna atención de las usuarias que acuden a solicitar el servicio, y con ello evitar que vuelva a darse otro lamentable caso como el analizado.

Por ello, se estima necesario solicitar al secretario de Salud que disponga la contratación del personal y la adquisición del equipo que se requiera para la realización de esos estudios durante la jornada nocturna.

En la investigación de la queja también se involucró al director del hospital; cuatro médicos más y personal de enfermería; sin embargo, de la investigación practicada por este organismo no se advierten elementos de prueba y medios de convicción suficientes que acrediten que hubiesen incurrido en alguna violación de derechos humanos.

Quedó plenamente acreditado que las médicas Adriana Salinas Veloz y Joselyn Eugenia Cardona Díaz vulneraron el derecho a la protección de la salud en agravio de la víctima; la primera por imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos, y la segunda por imprudencia y negligencia, por lo que esta Comisión dicta las siguientes:

Recomendaciones:

Al doctor Jaime Agustín González Álvarez, secretario de Salud y director del OPD Servicios de Salud Jalisco:

Primera. Inicie, tramite y concluya un procedimiento administrativo en contra de las médicas involucradas, ambas adscritas al Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos.

Segunda. Agregue copia de esta resolución a los expedientes laborales de las servidoras públicas, como constancia de la violación de derechos en que incurrieron.

Tercera. Realice el pago de la reparación del daño a la agraviada, con base en los argumentos vertidos en esta resolución.

Cuarta. Lleve a cabo un análisis integral de las necesidades del área de urgencias gineco-obstétricas del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, y se realicen las acciones que sean necesarias para garantizar que durante las 24 horas, y los 365 días del año, se cuente en ese hospital con equipo y personal para la realización de los estudios de bienestar fetal.

Quinta. Se instruya a todo el personal médico del nosocomio en cuestión, respecto de la obligatoriedad en la aplicación de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

La siguiente autoridad no está involucrada en los hechos motivo de la queja; sin embargo, por estar dentro de sus atribuciones y competencia, se le dirige la siguiente petición al maestro Rafael Castellanos, fiscal central del Estado:

Agilice la investigación relativa al acta de hechos 3259/13, que se integra en la agencia del Ministerio Público número 4 de Responsabilidades Médicas, y en su oportunidad se resuelva como en derecho corresponda.

Las autoridades a las que se dirigen estas Recomendaciones tienen diez días hábiles, contados a partir de la notificación correspondiente, para que informen a esta Comisión sobre su aceptación.