

**“Año del Ciento Cincuenta Aniversario de la Institucionalización
del Poder Judicial del Estado de Campeche”**

Oficio VG/3941/2008.
Asunto: Se emite recomendación

San Francisco de Campeche, Campeche, a 9 de diciembre de 2008.

DR. ÁLVARO EMILIO ARCEO ORTIZ,
Secretario de Salud del Estado
P R E S E N T E.-

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche con fundamento en los artículos 1, 2, 3, 6 fracción III, 14 fracción VII, 40, 41, 43, 45, 48 y 49 de la Ley que crea a este Organismo, examinó los diversos elementos relacionados con la queja presentada por el **C. Eduardo Humberto Vivas Balán** en agravio de la **C. Claudia Ruth Vivas Balán** y vistos los siguientes:

ANTECEDENTES

Con fecha 04 de abril del 2008, el C. Eduardo Humberto Vivas Balán presentó un escrito de queja en contra de la Secretaría de Salud del Estado, específicamente de personal médico del Hospital General “Álvaro Vidal Vera” con sede en esta ciudad, por considerarlos responsables de hechos presuntamente violatorios de derechos humanos **en agravio de los C. Claudia Ruth Vivas Balán y su menor hijo.**

En virtud de lo anterior, una vez admitido el escrito de queja, esta Comisión integró el expediente **093/2008-VG**, y procedió a la investigación de los siguientes:

HECHOS

El C. Eduardo Humberto Vivas Balán, manifestó:

“...1.- El día 28 de marzo del año en curso aproximadamente a las seis de la mañana ingresó a su hermana al Hospital General “Dr. Álvaro Vidal Vera”, debido a que presentaba dolores continuos de parto, por lo

que es ingresada a esa hora siendo atendida en ese turno por una doctora de apellido Alayola y como a las nueve de la mañana ya no seguía dilatando y nunca fue atendida por esa doctora, por lo cual como a las 12:00 del día mi hermana solicitó a los estudiantes de medicina que eran los que la estaban atendiendo, le avisaran a la doctora para que le practicara una cesárea, pero la doctora nunca se apareció desde que fue ingresada, pero los estudiante le refirieron que no se la iban a realizar ya que su parto tenía que ser natural, por lo anterior, un estudiante de medicina del sexo masculino se sube en la camilla y le empieza a presionar el área superior del estómago para que al parecer el bebé bajara más rápido, y es que empieza a nacer pero cuando lo empiezan a sacar por otro estudiante de medicina del sexo masculino traía el cordón umbilical enrollado en el cuello, por lo que al seguir sacándolo es que deja de respirar por cinco minutos y después que lo estabilizan lo llevan a la incubadora, siendo atendido posteriormente por un pediatra el domingo 30 de marzo del presente año en el turno de la mañana, preguntándole mi hermana que cómo estaba mi sobrino a lo que le respondió que se encontraba grave pero estable quedándose en ella hasta el día miércoles 02 de abril del presente, éste día en la tarde es que una pediatra le refiere a mi hermana que el menor estaba mejorando pero que tenía el nervio de su brazo izquierdo lastimado, que presentaba puntos de sangre en sus ojos, pero que ya estaba mejor y el jueves 03 de abril en la tarde le dice otro pediatra que el bebé ya está mejor y le informaron a mi hermana que el día de hoy 04 de abril del año en curso le iban a dar de alta. Cabe señalar que cuando fue ingresada mi hermana estaban mis padres esperando que se aliviara, por lo que al pasar un tiempo prudente es que le preguntan al personal médico de la guardia de la mañana del día 28 de marzo del año en curso que cómo se encontraba ella y el bebé a lo que les respondían que como no podían dar ninguna información al respecto ya que sólo se los dan a los padres del bebé, respuesta que no tiene ningún sentido ni fundamento ya que se les explicó desde que ingresó que mi hermana es madre soltera.

2.- No omito manifestar que mi hermana llevó todo su control médico desde que supo que se encontraba embarazada en el referido Hospital pero ahí nunca le hicieron un ultrasonido para saber cómo se encontraba mi sobrino o si se podía presentar algún problema al momento del parto, lo cual efectivamente sucedió el día 28 de marzo del año en curso en donde por la inadecuada prestación del servicio que le brindaron en ese hospital y la negligencia médica mi sobrino presenta secuelas en su salud y muy probablemente sean definitivas...”

En observancia a lo dispuesto en el Título IV, Capítulo III del Reglamento Interno de esta Comisión de Derechos Humanos, se llevaron a cabo las siguientes:

ACTUACIONES

Mediante oficio VG/749/2008 de fecha 10 de abril de 2008, se solicitó al C. doctor Álvaro Emilio Arceo Ortíz, Secretario de Salud del Estado, un informe acerca de los hechos narrados en el escrito de queja, así como copia del expediente clínico y demás documentos relacionados con la queja; en respuesta, mediante oficio 4731 de fecha 29 de abril de 2008, suscrito por la C. licenciada Rosa Lourdes Díaz Centurión, nos fue remitido similar signado por el doctor Francisco Javier Araiza Moreno, Director del Hospital General “Dr. Álvaro Vidal Vera”, al que adjuntó resumen clínico de la C. Claudia Ruth Vivas Balán.

Con fecha 07 de mayo de 2008 personal de este Organismo se comunicó con el C. licenciado Fernando Matos Paat, personal de la Secretaría de Salud del Estado, con la finalidad de hacerle de su conocimiento que no había sido remitido el expediente clínico de la C. Claudia Ruth Vivas Balán, mismo que fuera obsequiado a este Organismo mediante el oficio 6059 de fecha 26 mayo del 2008.

Mediante oficio VG/1224/2008 de fecha 09 de junio de 2008, se solicitó al C. doctor Álvaro Emilio Arceo Ortíz, Secretario de Salud del Estado, copias certificadas de todas las valoraciones médicas realizadas al menor de la C. Vivas Balán, misma que fueran remitidas mediante el oficio 72224 de fecha 18 de junio del año en curso.

EVIDENCIAS

En el presente caso, las evidencias las constituyen los elementos de prueba siguientes:

- 1.- El escrito de queja presentado por el **C. Eduardo Humberto Vivas Balán** el día 04 de abril del 2008 ante este Organismo.
- 2.- Informe de la autoridad (Secretaria de Salud del Estado) rendido mediante oficio 4731, de fecha 29 de abril de 2008, suscrito por la C. Rosa Lourdes Díaz Centurión, Subdirectora de Asuntos Jurídicos de esa Secretaria.
- 3.- Copias certificadas del expediente clínico de la C. Claudia Ruth Vivas Balán, remitidas por la C. licenciada Rosa Lourdes Díaz Centurión, Subdirectora de Asuntos Jurídicos de la Secretaria de Salud del Estado.
- 4.- Copias certificadas de las valoraciones médicas realizadas al menor de la C. Vivas Balán, remitidas por la C. licenciada Rosa Lourdes Díaz Centurión, Subdirectora de Asuntos Jurídicos de la Secretaria de Salud del Estado.

Una vez concluida la investigación correspondiente al caso que nos ocupa, se procede al análisis de los argumentos, hechos y pruebas recabadas por este Organismo, en los términos siguientes:

SITUACIÓN JURÍDICA

Al analizar las constancias que integran el expediente de mérito se observa que a las 6:00 horas del día 28 de marzo del año en curso, la C. Claudia Ruth Vivas Balán, ingresó al Hospital General "Dr. Álvaro Vidal Vera" de esta ciudad, para atención de trabajo de parto, presentándose dificultad para expulsión por distocias de hombros (dificultad del parto al atorarse los hombros del bebé dentro la madre) y circular de cordón en cuello (vuelta del cordón umbilical alrededor del cuello), siendo que a las 13:10 horas dio a luz a producto único vivo del sexo masculino quien seguidamente fue canalizado al área de neonatos entubado para vigilancia y recuperación y la C. Vivas Balán a sala de recuperación; luego por la mañana del

día siguiente la presunta agraviada fue dada de alta del servicio mientras el bebé, en tanto mejoraba, hasta el día 4 de abril del actual.

OBSERVACIONES

El C. Eduardo Humberto Vivas Balán manifestó: **a)**- que el día 28 de marzo del año en curso a las seis de la mañana la C. Claudia Ruth Vivas Balán ingresó al Hospital General “Dr. Álvaro Vidal Vera”, para atención de trabajo de parto siendo inicialmente atendida la doctora Alayola, como a las 9:00 de la mañana dejó de dilatar y fue entonces atendida por estudiantes de medicina quienes como a las 12:00 horas le dijeron que su parto tenía que ser natural, por lo que uno de ellos se subió en la camilla y le presionó el área superior del estómago, mientras otro comenzó a sacar al bebé quien traía el cordón umbilical enrollado en el cuello, que por tal circunstancia y como consecuencia de la maniobra el bebé dejó de respirar por cinco minutos, una vez expulsado y estabilizado fue trasladado a la incubadora; **b)** que el día 30 de marzo un pediatra le dijo a la C. Claudia Ruth Vivas Balán que el bebé estaba grave pero estable, el 2 de abril otro le refirió que estaba mejorando pero que tenía lastimado el nervio de su brazo izquierdo y presentaba puntos de sangre en sus ojos, con fecha 3 de abril le informaron que estaba mejor y que sería dado de alta al día siguiente; **c)** que el día del parto les fue negada información a los padres de la C. Claudia Ruth Vivas Balán respecto al estado de salud de su hija y de su bebé, diciéndoles que sólo se les da información a los padres del niño, lo anterior a pesar de que desde su ingreso informaron que la C. Vivas Balán era madre soltera; y **d)** que la presunta agraviada llevó todo el control médico de su embarazo en el referido nosocomio sin que nunca le hicieran un ultrasonido para saber cómo se encontraba el bebé o si se podía presentar algún problema al momento del parto.

En consideración a los hechos expuestos por el quejoso, se solicitó un informe al Secretario de Salud del Estado, en respuesta, por conducto de la C. Rosa Lourdes Díaz Centurión, Subdirector de Asuntos Jurídicos, nos fue remitido resumen clínico de la C. Claudia Ruth Vivas Balán, anexado mediante similar suscrito por el doctor Francisco Javier Araiza Moreno, Director del Hospital de Campeche, “Dr. Álvaro Vidal Vera”, documento en el que se señaló:

“..Se trata de mujer de 26 años de edad referida del centro de Salud Urbano, “Dr. Wilbert Escalante” donde lleva control prenatal, hasta las 34 semanas de embarazo, inicia control en esta unidad el día 3 de marzo 2008, donde se valora y se da nueva cita para el día 27 de marzo 2008, en las dos ocasiones sin alteraciones del estado gestacional, en última cita se dan indicaciones de alarma y cita abierta a urgencias obstétricas del hospital (Modulo Mater) donde acude el día 28 de marzo a las 6 hrs, por presentar dolor abdominal y signos clínicos de trabajo de parto, en el momento de exploración cardiopulmonar sin compromiso abdomen en fondo uterino de 34 cm, con producto cefálico, longitudinal frecuencia cardiaca fetal de 130 por minuto, a la exploración vaginal cerviz central con 3 cm de dilatación, a un grueso, se decide su ingreso a piso de obstétrica para conducción y vigilancia de trabajo de parto, se informa a paciente y familiar, se integra diagnóstico de secundigesta con embarazo de 40.1 semanas, trabajo de parto en fase latente. Ingres a servicio a las 9 hrs, se realiza ingreso y rutina de enfermería, se ingresa a sala de labor, se le explora encontrando en ese momento cardiopulmonar estable, frecuencia cardiaca fetal de 144 por minuto, se perciben movimientos fetales, actividad uterina moderada, se realiza nuevo tacto vaginal, encontrado: cerviz lateralizado posterior 4 cm de dilatación cuello semiborrado, salida de moco sanguinolento, se indica vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina.

*A las 11 hrs, refiere mayor aumento de actividad uterina se le explora nuevamente encontrando frecuencia cardiaca fetal de 140 por minutos, al tacto vaginal cerviz intermedio semi borroda blanco con 5 cm de dilatación, salida de líquido claro con grumos, se menciona realizar ammiotomía a las 10:25 hrs. Se indica nuevamente vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina, a las 13:30 hrs se indica paso a sala de expulsión por contar con dilatación y borramiento completo, se realiza rutina de trabajo de parto, se realiza asepsia y antisepsia de la región genital, episiotomía medio lateral derecha en coronamiento, **producto presenta dificultad para expulsión, por presentar distocias de hombros se realizan maniobras para liberar hombros, se visualiza, circular de cordón en cuello y en cuerpo se***

libera, producto se entrega a pediatra, para reanimación, se realiza epsiorrafia con técnica habitual, se comenta en nota de atención de parto producto único vivo con apgar 3-5-7, con hora de nacimiento 13:10 hrs, sube paciente a neonatos entubado para vigilancia y recuperación, paciente pasa a sala de cama de hospitalización a las 18 hrs, en turno, se valora nuevamente con evolución satisfactoria, pendiente realizar oclusión tuba rica solicitada, el día 29 por la mañana se valora nuevamente con evolución satisfactoria, útero con involución adecuada. Loquios normales, se decide su alta del servicio, con recomendaciones generales, cita en centro de salud en dos semanas, y cita abierta a urgencias en caso de cualquier eventualidad”:

Adicionalmente al informe antes transcrito igualmente solicitamos a la autoridad señalada como responsable, nos remitiera copias certificadas del expediente clínico de la presunta agraviada, documentos que nos fueron obsequiados y con relación a los hechos materia de investigación se corrobora:

- Antecedentes (notas médicas) de la C. Claudia Ruth Vivas Balán de trabajo de parto que data del 25 de octubre del 2002, en el mismo Hospital General de Campeche, “Dr. Álvaro Vidal Vera”, se hizo constar parto natural obteniéndose producto único vivo del sexo masculino de 3.10 kg.
- Que a las 6:35 horas del día de los hechos 28 de marzo de 2008, la C. Claudia Ruth Vivas Balán fue valorada en el Hospital Álvaro Vidal Vera por el “Dr. Serrano” quien, entre otras anotaciones médicas, diagnosticó: *“secundigesta con embarazo de 40.1 SDG (semanas de gestación) por FUM (fecha de última menarca) en TDPFL,/ Plan. Se ingresa a piso de GO. (gineco obstetricia) para conducción de TDP (trabajo de parto).*
- A las 8:45 horas se asentó una nota que señala *“Ingresa a labor”* firmada por el “Dr. Padilla”, a las 9:00 y a las 11: 00 horas fue valorada por la “Dra. Pérez Bojorquez MBGO” (médico de base gineco obstetra) y por el MIP (médico internista de pregrado) “Pérez” apuntándose en esta última valoración, entre otras cosas: *“paciente femenina la cual se encuentra en*

TDPFA, refiere aumento de AU y **movimientos fetales adecuados**, se le encuentra tranquila, orientada, conciente, cooperadora, cardiopulmonar sin compromiso aparente, coloración de tegumentos adecuados (...) con PUVI (producto único vivo) **FCF: 140 x'**, (frecuencia cardíaca fetal 140 por minuto) etc.", y a las 13:30 horas se apuntó una nota de posparto que entre otras cosas refiere:

*“Pasa paciente a sala de expulsión con borramiento y dilatación completa, se coloca en posición ginecológica y se realiza asepsia u antisepsia del área genitourinaria con colocación de campos estériles se infiltra lidocaína al momento del coronamiento al 2% y se realiza episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" por una parte para abreviar y facilitar el parto y por otra prevenir los desgarros en esa zona) mediolateral derecha, sin embargo **producto presenta distocia de hombros, se coloca en posición Mac Roberts** (presión suprapúbica) **y se liberan hombros, hallazgo de circular de cordón apretado en cuello y en cuerpo, se entrega a pediatra en turno, se espera alumbramiento placentario sin complicaciones...(...)** pasa paciente a sala de recuperación...(...) Hallazgos: PUV (producto único vivo) sexo masculino peso: sube a neonatos intubado...”*

DRA. PÉREZ B.

RIGO ESPADAS

MIP. PÉREZ

- Luego se observan diversas valoraciones médicas de la paciente con evolución favorable hasta su alta de fecha 29 de marzo de 2008.

Por otra parte, solicitamos también a la Secretaría de Salud, copias de todas las valoraciones médicas realizadas al menor de la C. Vivas Balán, constancias que nos fueron obsequiadas y de las que medularmente se observa que los médicos pediatras apuntaron:

- Que dicho menor ingresó al servicio de neonatos el día 28 de marzo de 2008, con el diagnóstico de asfixia perinatal severa/ Pb. sx de aspiración de L.A. (síndrome de aspiración de líquido amniótico)/ hipotermia/ riesgo de

sepsis por multiinvasión.

- Que el curso del embarazo fue aparentemente normoevolutivo de término, que inició trabajo de parto de manera espontánea por lo que se le ingresó para conducción y vigilancia del trabajo de parto, sin eventualidades con periodo expulsivo prolongado, difícil la extracción con circular de cordón a nivel del cuello y tórax obteniéndose sin esfuerzo respiratorio flácido, al parecer sin frecuencia cardíaca, se inició reanimación con masaje cardiaco y presión con bolsa y máscara, **sin mejoría por dificultades técnicas con el ambu**, (marca de balón autoinflable provisto de mascarilla que se utiliza en asistencia respiratoria, provee respiración artificial manual) **no daba adecuada presión y no se contaba con otro**, se dio un ciclo de presión positiva de 30 segundos con lo que se recuperó la frecuencia cardíaca al minuto, sin recuperar esfuerzo respiratorio, se continuó ventilación mejorando coloración, sin embargo persistió flácido y sin adecuado automatismo ventilatorio por lo que se decidió intubar obteniéndose abundante líquido claro de tráquea, se trasladó al servicio de cuidados intensivos neonatales en incubadora.
- En subsecuentes notas médicas se determinó que el menor se encontraba grave y que contaba con ventilación mecánica, con riesgo de morbimortalidad elevado para desarrollar falla cardíaca.
- Para el 30 de marzo de 2008 ya estaba extubado, tranquilo, con buena coloración, con adecuada hidratación de tegumentos, con ruidos respiratorios conservados con buena entrada y salida de aire.
- El día 31 de marzo de 2008 se observó con adecuada coloración e hidratación, con buena entrada y salida de aire con ruidos agregados, **se observó parálisis de plexo braquial** (entrecruzamiento de fibras nerviosas. Procede por el cuello, la axila y el brazo) **izquierdo**, abdomen sin datos de distensión, extremidades con buen llenado capilar, pulsos acorde al central, con evolución estable, **se solicitó rayos X de tórax incluyendo clavículas y brazos para descartar fractura por trauma obstétrico**.

- En diversa valoración del mismo día (31 de marzo de 2008) se observó la persistencia de hipoactividad con reactividad disminuida del brazo izquierdo comprensión conservada y mantenida al lado del hemicuerpo con poca/nula movilidad, evolución lenta a la mejoría, buena mecánica ventilatoria, cardíaco en límites normales, sintomatología de trauma obstétrico manifestada por parálisis plexo braquial izquierdo, etc.
- A las 23:45 horas del mismo día se encontró en buenas condiciones generales, activo, reactivo, con adecuada coloración e hidratación de tegumentos, con buen patrón respiratorio, signos vitales estables, sin datos de dificultades respiratorias, campos pulmonares bien ventilados, precordio ruido rítmico de buena intensidad, abdomen blando, extremidades íntegras, buen llenado capilar. Se observó radiografía de tórax del 28 de marzo de 2008, no se apreciaron datos de fractura clavicular u otro nivel, sin embargo a la exploración física se percibió crepitación de clavícula izquierda, por lo que **se esperaba radiografía que no se había podido hacer por no servir el aparato de rayos X portátil.**
- El 1 de abril de 2008, entre otras observaciones de evolución satisfactoria se apreció mayor movilidad de brazo izquierdo, el día 2 de abril ya se encontraba en “terapia intermedia 3” y se advirtió pronóstico favorable, el día 3 de abril se observó extremidad superior izquierda con movilidad disminuida, paciente en buenas condiciones y se indicó valorar egreso en breve.
- El día 4 de abril se observa su nota de egreso en la que se apuntó que ingresó por apgar bajo (APGAR primer examen que se realiza a los recién nacidos que incluye cinco factores: actividad y tono muscular, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, coloración y esfuerzo respiratorio) que con esa fecha se tenía como paciente recuperado, que durante su estancia no presentó datos de dificultad respiratoria, que **no se realizó radiografía al no contar con equipo, equipo descompuesto,** encontrándose en condiciones generales estables.

- Y finalmente, se observa nota de consulta de pediatría del día 13 de mayo de 2008, apuntando la doctora Montoya que acude a control por el diagnóstico de asfixia perinatal y parálisis de plexo braquial, que en esa fecha se observó en buen estado general, sonriente, no parálisis de plexo braquial con empuñamiento de manos, sin otra patología citada a estimulación temprana y a control en un mes; en otra nota de consulta de la misma doctora realizada al día siguiente se reiteró: parálisis braquial ya remitido, buen estado general, sonriente, sin compromiso cardiopulmonar, abdominal ni neurológico, se cita a estimulación temprana y en un mes a cita habitual.

Una vez efectuados los enlaces lógico-jurídicos derivados de las probanzas anteriormente relacionadas, arribamos a las siguientes consideraciones:

En primer término, hemos de observar que en su escrito de queja el C. Eduardo Humberto Vivas Balán mencionó que su hermana Claudia Ruth, llevó control de todo su embarazo en el nosocomio en cuestión, sin embargo nunca se le realizó un ultrasonido para saber cómo se encontraba el producto o si se podía presentar un problema; circunstancia que en parte se corrobora con el resumen de la historia clínica de dicha ciudadana que nos remitiera la Secretaría de Salud, en el que se apunta que llevó control prenatal hasta las 34 semanas de embarazo en el centro de Salud Urbano “Dr. Wilbert Escalante”, y luego fue referida al Hospital General “Dr. Álvaro Vidal Vera”, donde inició control el día 3 de marzo de 2008 siendo valorada y citada para el 27 de marzo encontrándose en ambas ocasiones sin alteraciones del estado gestional.

Concretamente en cuanto a que nunca se le hizo un ultrasonido durante su embarazo, las constancias que integran el presente expediente inducen a considerar que efectivamente no se la practicó dicho estudio de imagen, no obstante, es de significarse que **acorde a la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”, el estudio de ultrasonido no se encuentra específicamente considerado como una de las actividades que se deben realizar durante el control**

prenatal, máxime que en el caso en particular no se refirió haberse detectado alteraciones del estado gestional ni tampoco se observó ninguna dificultad en los antecedentes de su primer parto en el 2002, (lo que de haberse advertido pudiese haberse discutido como causal suficiente para que el criterio del médico se viese motivado a auxiliarse con el uso de la tecnología), por lo que en ese sentido no apreciamos se incurriera en alguna irregularidad.

En lo tocante a que al momento del parto la presunta agraviada fue atendida por estudiantes de medicina, del expediente clínico de la C. Claudia Ruth Vivas Balán, observamos que todas las notas médicas de la atención de su parto, además de algún médico internista de pregrado, fue signada también por personal de base especializado en gineco obstetricia, específicamente por la gineco obstetra Pérez Bojorquez, con lo que documentalmente se infiere su intervención, y por ende no contamos con elementos de prueba ajenos a los intereses de las partes, que nos permitan determinar fehacientemente la inasistencia o desajenación de personal médico especializado.

Respecto a las dos dificultades que se presentaron al momento de parto consistentes en “distocias de hombros” y “circular de cordón en cuello y en cuerpo” y a la atención que se le dio, a manera de ilustración, a continuación expondremos información relativa que consideramos apropiada por el comprensible lenguaje empleado.

DISTOCIAS DE HOMBROS

Primeramente, señalamos que la definición de distocia es: “*Dificultad en el parto provocada por una anomalía de origen maternal o fetal*”.¹

Ahora bien, en lo concerniente a “distocias de hombros” aludimos al artículo publicado en diciembre de 2007, por la “March of Dimes Foundation” en su página web² en el que se explica:

Distocia de los hombros

¹ © El Pequeño Larousse Interactivo, 2002

² http://www.nacersano.org/centro/9255_10687.asp

“La distocia de los hombros ocurre cuando la cabeza de un bebé pasa por la vagina durante el nacimiento, pero sus hombros se atorán dentro de la madre. Esto puede ser riesgoso para ambos la madre y el bebé. Distocia significa un “parto o alumbramiento lento o difícil.”

La distocia de los hombros puede ocurrir cuando:

- *El bebé es más grande que lo usual. Las mujeres con sobrepeso y las mujeres con diabetes tienen un riesgo mayor de tener bebés más grandes.*
- *La abertura de la pelvis de la madre es muy pequeña para que los hombros del bebé puedan pasar.*

Mientras que existen factores de riesgo para la distocia de los hombros, los profesionales de la salud por lo general no pueden predecirla o evitarla. En la mayoría de los casos se descubre una vez el parto ha comenzado.

Factores de riesgo

Una mujer embarazada puede correr el riesgo para la distocia de los hombros si:

- *Su bebé es muy grande. (Pero en la mayoría de los casos el peso del bebé es normal. Y la distocia de los hombros no ocurre en la mayoría de los bebés muy grandes.)*
- *Ella tiene diabetes.*
- *Ella está embarazada con más de un bebé.*
- *Ella es obesa.*
- *Ella da a luz luego de la fecha probable de parto.*
- *Ella ha tenido distocia de los hombros o un bebé muy grande en el pasado.*

La distocia de los hombros puede ocurrir cuando la mujer no tiene factores de riesgo.

Qué ocurre en la sala de parto

En la mayoría de los casos, el bebé nace seguramente. Estas son algunas de las cosas que pueden hacer:

- *Presionar los muslos de la mujer contra su barriga.*
- **Aplicar presión en la barriga de la madre.**
- *Pedirle a la mujer que se posicione en sus manos y rodillas.*
- **Voltear los hombros del bebé mientras está dentro de la madre.**
- **Hacerle una episiotomía en la vagina de la mujer.**
- *Hacer una cesárea luego de que el parto haya comenzado. Dado que la distocia de los hombros es difícil de predecir, una cesárea programada por lo general no es recomendada para prevenirla.*

Complicaciones

Por lo general, la madre y el bebé están bien y no sufren de daños permanentes. Pero puede haber algunas complicaciones. Para el bebé, los riesgos incluyen:

- **Lesión a los nervios de los hombros, brazos y manos. Esto puede causar temblor o parálisis. En la mayoría de los casos, los problemas desaparecen de seis a 12 meses.**
- *Una fractura en el brazo o en la clavícula.*
- **Falta de oxígeno.** *En la mayoría de los casos graves, que son muy raros, esto puede causar daño cerebral y hasta la muerte.*

Complicaciones para la madre incluyen:

- *Sangrado abundante después del parto*
- *Desgarre en el útero, la vagina, el cuello uterino o el recto*
- *Contusión en la vejiga*

En la mayoría de los casos, las complicaciones pueden ser tratadas y manejadas.”

De igual manera, aludimos la publicación del doctor Eduardo A. Valenti³ "páginas para obstétricas. Distocias de Hombros"⁴ en la que entre otros puntos expone:

"La distocia de hombros es una de las más serias complicaciones del parto que exponen a la madre y al neonato a riesgo de injuria.

Es una emergencia obstétrica con las siguientes características

- *infrecuente*
- *no puede predecirse*
- *alta morbilidad neonatal*
- *consecuencias médico legales costosas*

(...)

Las complicaciones fetales más importantes son la injuria del plexo braquial y la encefalopatía hipóxica-isquémica con daño neurológico.

*Algunos consideran que la verdadera distocia de hombros es **la que necesita maniobras específicas** para el desprendimiento de los hombros además de la tracción habitual y la episiotomía.*

***Hay servicios que utilizan de rutina la maniobra de McRoberts o la presión suprapúbica en los partos vaginales** por lo tanto ellos definen distocia de hombros cuando es necesaria la maniobra de Woods o el desprendimiento del brazo posterior.*

(...)

*El viejo concepto "la distocia de hombros se presenta cataclísmicamente" debe ser cambiado ya que muchas pueden y deben ser previstas por el análisis de los factores de riesgo. Algunos especialistas han demostrado que no puede ser prevista y **por lo tanto NO DEBE SER CONSIDERADA COMO EVIDENCIA DE MALA PRAXIS.***

³ Doctor en Medicina. Especialista Consultor en Obstetricia. Jefe de Guardia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires. Docente Autorizado de Obstetricia, Facultad de Medicina. UBA

⁴ <http://www.perinatologia.org.ar/vald.PDF>

La lesión del plexo braquial puede ocurrir intraútero antes del trabajo de parto y no estar relacionada con el desprendimiento de los hombros.

(...)

La distocia de hombros es la complicación del parto que causa más daño por trauma al nacer.

Es poco frecuente, difícil de predecir, tiene importante morbimortalidad neonatal, baja morbilidad materna e implicancias médico legales de trascendencia.

Es difícil establecer su incidencia pero constituye el factor de riesgo más importante para lesión del plexo braquial.

Debe sospecharse cuando estamos en presencia de macrosomía fetal.

Las maniobras para resolver la distocia van de las más simples hasta las más complejas, estas últimas con riesgo de vida para la madre y el recién nacido”

De lo antes expuesto, apreciamos que por lo general la distocia de los hombros no puede predecirse o evitarse por los médicos ya que en la mayoría de los casos se descubre una vez iniciado el parto, las maniobras que según las constancias que integran el expediente de mérito se realizaron a la C. Claudia Ruth Vivas Balán (Mac Roberts, episiotomía) son consideradas dentro las que se pueden hacer, y las complicaciones que tuvo el menor “parálisis de plexo braquial” y “falta de oxígeno”, son propias de la distocia de hombros, siendo que la primera incluso pudo ocurrir antes del trabajo de parto y no estar relacionada con el desprendimiento de hombros.

CIRCULAR DE CORDÓN EN CUELLO

En el sitio web⁵ del Centro Rosarino de Estudios Perinatales⁶, encontramos un artículo del 28 de febrero de 2008, denominado “Circular de Cordón Ajustada al Cuello” en el que se explica:

“La circular del cordón umbilical (CCU) alrededor del cuello fetal es frecuente en embarazos y partos de término. La circular única, se observa entre el 20% y 25%.

Si la circular es muy ajustada y persiste durante un largo período de tiempo, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical (arteria y vena) lo que pueden ocasionar (sobre todo durante el trabajo de parto) dificultad en los intercambios materno fetales con la consiguiente posibilidad de hipoxia, hipercapnia y acidosis metabólica (sufrimiento fetal).

En la mayoría de los casos, la circular del cordón umbilical no se asocia a asfixia y no requieren una intervención de urgencia; cordones largos y oligoaminios predisponen a la compresión de los vasos umbilicales. La presencia de meconio en el líquido amniótico y ciertas alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal podrían sugerir sufrimiento fetal. “

En dicho artículo se concluye:

El diagnóstico del grado de compresión del Cordón Umbilical es difícil de realizarlo por observación ecográfica. Signos indirectos clínicos y/o cardiotocográficos pueden evaluar el estado de salud fetal y en base con éstos resultados se podrá decidir la vía y momento oportuno del nacimiento.

(Ecografía: También conocida comúnmente como ultrasonido, la ecografía es un procedimiento para diagnóstico; que utiliza las ondas ultrasónicas para producir

⁵ <http://www.nacerlatinoamericano.org/home.htm>

⁶ Fundado en 1984, en la ciudad de Rosario (Argentina), Centro Colaborador de la OMS en Salud Materno-Infantil.

imágenes de estructuras internas del cuerpo humano o del producto en desarrollo dentro de la madre.)

(Cardiotocografía: Es un estudio que le permite al médico vigilar los latidos cardíacos del bebé en el útero, incluso durante el trabajo de parto.)

En otro artículo “Vueltas del Cordón Umbilical”⁷ publicado por un equipo de médicos especialistas de argentina⁸, se presenta la siguiente información:

*“La aparición de enrollamiento del cordón alrededor del bebé es un hallazgo frecuente en los partos normales. El 20% del total de partos vaginales normales presentan vueltas de cordón en alguna parte del bebé. Su aparición no siempre está asociada con alteraciones en la oxigenación del bebé. Actualmente pueden diagnosticarse enrollamientos de cordón umbilical mediante el uso de monitoreo fetal y estudios de Doppler obstétrico. **Muy pocos son los casos que complican la salud del bebé y que contraindican un parto vaginal. A veces ocurre que en el trabajo de parto, con el descenso del bebé hacia el canal del parto una circular del cordón puede afectar el pasaje de sangre y en consecuencia privar al bebé del oxígeno y nutrientes necesarios para la evolución normal del parto (...)**”*

Por otra parte, en la obra del autor S. Recasens “*Tratado de Obstetricia*”⁹ se expone lo siguiente:

“Circulares del cordón”.- Frecuentemente el cordón umbilical da una o más vueltas alrededor del tronco o miembros del feto, sin que la existencia de estas circulares perturbe en lo más mínimo la circulación de los vasos del mismo, hasta el periodo expulsivo del parto. El cuello es la región en que más frecuentemente se encuentran estas vueltas; en algunos casos el número de vueltas es grande y se produce a

⁷ http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_cordon.php.

⁸ Dr. Claudio S. Climent (Miembro Titular de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires), Dra. Doris Rodríguez Vidal (Miembro Titular de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires), Dra. Patricia E. Climent (Miembro Titular de la Sociedad de Pediatría de Buenos Aires), y otros.

⁹ Recasens S. *Tratado de Obstetricia*. Ed. Salvat Editores.S.A. Séptima Edición. Barcelona Madrid 1961, pág.554.

consecuencia de ello una cortedad accidental del cordón, impidiendo la salida del feto en el momento de la expulsión.”

De lo anterior, podemos observar que la circular del cordón alrededor del cuello del producto es una circunstancia frecuente, y en su mayoría no se asocia con asfixia, enfrentando riesgos sólo si es muy ajustada, (como lo fue en el caso que nos ocupa, además de presentar circular en tórax), y si persiste durante un largo periodo de tiempo.

Sin embargo, el grado de comprensión es difícil detectarlo por observación ecográfica, siendo los signos indirectos clínicos y/o cardiotocográficos evaluadores del estado de salud fetal y base para decidir la vía del parto (cesárea ó vaginal) y el momento oportuno del parto; cabiendo considerar que los signos clínicos previos al parto de la C. Claudia Rut Vivas Balán, no demostraron alguna irregularidad ya que como antes se apuntó, previo al parto, se tuvo una frecuencia cardíaca fetal 140 latidos por minuto, lo que es dentro los parámetros normales (*La frecuencia cardíaca fetal o fetocardia de feto humano son los latidos del corazón en un minuto. La frecuencia cardíaca fetal basal oscila entre 110 y 160 latidos por minuto; se habla de taquicardia fetal cuando ésta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia está por debajo de 110 latidos por minuto; estos cambios se relacionan con el estado anímico materno, la alimentación, la hipoxia fetal, los medicamentos*¹⁰), por otra parte, observamos también que la afectación producida por circular de cordón (privación al bebé de oxígeno) puede suscitarse hasta en el momento del parto, cuando desciende el bebé en el periodo expulsivo del parto.

Por todo lo anterior, esta Comisión considera que las dificultades y complicaciones presentadas en el parto de la C. Claudia Ruth Vivas Balán, así como las consecuencias reflejadas en su bebé, son ajenas a alguna mala practica atribuida al personal que intervino, por lo que se concluye que no se acredita la violación a derechos humanos consistente en **Negligencia Médica**.

No obstante lo anterior, debemos significar que del análisis de los documentos que nos fueron remitidos por la autoridad señalada como responsable respecto a la

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Frecuencia_card%C3%ADaca_fetal

atención dada al menor, observamos, de anotaciones de los propios médicos que intervinieron, que una vez expulsado el bebé y al iniciarse su reanimación con motivo de las dificultades antes expuestas, inicialmente **no se obtenían mejorías en virtud de que el ambu**, dispositivo autoinflable para asistencia respiratoria, **no daba la presión adecuada y no se contaba con otro**; además que encontrándose el niño en el servicio neonatal con fecha 31 de marzo de 2008 fue indicado se le practicara estudios de rayos X de tórax, clavículas y brazos para descartar fractura con motivo de las distocia de hombros suscitada, sin embargo **dicho estudio no se le practicó en virtud de encontrarse descompuesto el equipo de rayos X portátil**, por lo menos desde el día en que se solicitaron las radiografías, hasta el día de su egreso 4 de abril de 2008; con lo anterior se acredita **responsabilidad institucional** de la Secretaría de Salud del Estado, al ser una de sus finalidades garantizar el derecho a la protección a la salud, función que no cumplió debidamente ante los desperfectos de los equipos médicos señalados, con lo que incluso (ante falla de ambu) se puso en peligro la vida del menor recién nacido, en consecuencia, por las razones expuestas este Organismo concluye que la C. Claudia Ruth Vivas Balán (por su calidad de madre) y su menor hijo fueron objeto de la violación a derechos humanos consistente en **Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**.

Lo anterior, sin dejar de observar la labor realizada por el personal médico que atendió el parto de la C. Vivas Balán, ya que a pesar de la falla técnica del referido equipo de sobrevivencia, lograron la reanimación del producto.

FUNDAMENTACIÓN EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Para los efectos de los artículos 40, 41, 43 y 45 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, en este apartado se relacionan los conceptos que en materia de derechos humanos se han considerados en esta resolución como violentados en perjuicio de la C. Claudia Ruth Vivas Balán y su menor hijo, por parte de la Secretaría de Salud del Estrado.

INADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO OFRECIDO POR DEPENDENCIAS DEL SECTOR SALUD

Denotación:

- 1.- Cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud,
- 2.- por parte del personal y/o institución encargada de brindarlo,
- 3.- que afecte los derechos de cualquier persona.

FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4. (...)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

(...)

FUNDAMENTACIÓN EN LEGISLACIÓN NACIONAL

Ley General de Salud

Artículo 1. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda personas en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

(...)

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

(...)

Artículo 23. Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

I.- De atención médica.

(...)

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

(...)

II.- Curativas: que tiene como fin de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

FUNDAMENTACIÓN EN LEGISLACIÓN ESTATAL

Ley de Salud del Estado de Campeche:

Artículo 1. La presente Ley reglamenta en el Estado el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades conforme al artículo 128 de la Constitución local, para el acceso a los servicios de salud con la concurrencia de la Federación en materia de salubridad general, así como del Estado, con la concurrencia de sus Municipios en materia de salubridad local. Es de aplicación en toda la entidad federativa y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2. En término del artículo 2° de la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud, tiene las finalidades siguientes:

(...)

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

(...)

Artículo 24. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la población del Estado de Campeche, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 28. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

(...)

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

(...)

Artículo 33. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 34. Las actividades de atención médica son:

(...)

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio

5. Especificaciones

(...)

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

FUNDAMENTACIÓN EN TRATADOS INTERNACIONALES

Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 25.1. 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 u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

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.

Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derecho Económico, Social y Cultural

Artículo 10.1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Artículo 10.2. 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.

(...)

Una vez hechas las observaciones correspondientes, así como la adminiculación de pruebas y los razonamientos lógico-jurídicos pertinentes, éstos dan lugar a las siguientes:

CONCLUSIONES

- Que no existen elementos para acreditar que la C. Claudia Ruth Vivas Balán y su menor hijo, fueron objeto de la violación a derechos humanos consistente en **Negligencia Médica** por parte de personal del Hospital General de Campeche “Dr. Álvaro Vidal Vera”.
- No obstante la conclusión anterior, se acreditó responsabilidad institucional de la Secretaría de Salud del Estado, por desperfectos técnicos de equipo de supervivencia y de rayos X portátil, en el Hospital General aludido, acreditándose la violación a derechos humanos consistente en **Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**.

En la sesión de Consejo, celebrada el día 19 de noviembre de 2008, fue escuchada la opinión de sus integrantes, en cuanto a la queja presentada por el C. Eduardo Humberto Vivas Balán en agravio de la C. Claudia Ruth Vivas Balán y de su menor hijo, y aprobada la presente resolución. Por tal motivo, esta Comisión de Derechos Humanos, respetuosamente formula la siguiente:

RECOMENDACIÓN

PRIMERA.- Se sirva girar instrucciones expresas a las áreas correspondientes de la Secretaría de Salud del Estado para que el Hospital General de Campeche “Dr. Álvaro Vidal Vera” cuente con la cantidad y calidad de dispositivos “ambu” necesarios acorde a la demanda del servicio de gineco obstetricia, así como de equipo de rayos X portátil funcional, lo anterior con el objeto de garantizar eficazmente el derecho a la salud de los usuarios de los servicios médicos que brinda la Institución.

SEGUNDA.- Se tomen las medidas administrativas necesarias para que, en lo sucesivo, se subsanen a la brevedad posible las deficiencias en la prestación del servicio hospitalario derivadas de desperfectos de equipos técnicos, ya sea mediante la reparación inmediata del equipo requerido o implementándose estrategias alternas de solución.

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche en vigor, le solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación nos sea informada dentro del término de 15 días hábiles, contados a partir de su notificación y que, en su caso, las pruebas correspondientes a su cumplimiento sean enviadas dentro de los treinta días hábiles siguientes a esta notificación.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión de Derechos Humanos quedará en libertad para hacer pública esta circunstancia.

De la misma manera, le hago saber que se remitirá a la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado, copia fotostática de la presente resolución para que de acuerdo con lo previsto en la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, tenga conocimiento del asunto y ejerza las atribuciones y facultades legales que le competen en el presente caso.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

MTRA. ANA PATRICIA LARA GUERRERO
PRESIDENTA

La autoridad remitió pruebas con las que cumplió satisfactoriamente los puntos de la recomendación.

C.c.p. Minutario.
APLG/PKCF/LOPL/racs.