

Trabajo de parto, sufrimiento fetal

Caso CONAMED

*Maria del Carmen Dubón Peniche^a,
Maria Eugenia Romero Vilchis^b*



archivo

Tanto en el contexto nacional como en el internacional, el arbitraje como medio alternativo de solución de controversias, representa una vía segura, rápida y confidencial.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente refirió que por negligencia médica en la atención del parto, su hijo presenta parálisis cerebral grave.

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 27 años de edad que el 14 de marzo de 2011 asistió a la Clínica de Medicina Familiar, donde se reportó: gesta I, fecha de última menstruación 10 de octubre de 2010, fecha probable de parto 17 de julio de 2011. Impresión diagnóstica: embarazo de 21.5 semanas. Se indicó calcio efervescente (1 tableta/24 h) y sulfato ferroso (1 tableta/8 h).

En total, se realizaron 5 consultas de control prenatal, durante las cuales se solicitaron estudios de laboratorio clínico y 2 ultrasonidos obstétricos que no mostraron alteraciones.

El 9 de junio de 2011, la paciente fue enviada de la Clínica de Medicina Familiar, al Servicio de Gineco-obstetricia del hospital público para valoración especializada, la nota de referencia señaló: Grupo "O", Rh positivo; transfusionales y alérgicos negativos; atención prenatal regular, sin complicaciones de la gestación. Exploración física: tensión arterial 100/70; peso 76 kg; cardiopulmonar sin compromiso; fondo uterino de 32 cm de altura; feto único, vivo, intrauterino; situación longitudinal; frecuencia cardíaca rítmica de 132-136 por min; sin actividad uterina ni edema. Impresión diagnóstica: primigesta con embarazo de 35.2 semanas calculadas por la fecha de su última menstruación.

Cabe mencionar que el hospital público sólo emitió la hoja de egreso hospitalario, que indica que la paciente ingresó el 4 de julio de 2011 a las 9:53 h, con diagnóstico de embarazo de 39 semanas en fase latente de trabajo de parto. Se realizó cesárea

^aDirección de la Sala de Arbitraje. Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, DF.

^bSubdirección jurídica de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, DF.

porque se obtuvieron datos de baja reserva placentaria, y se obtuvo un recién nacido vivo, varón, Apgar 6/8. Cursó el puerperio sin complicaciones, por lo que fue dada de alta el 6 de julio de 2011.

La historia clínica perinatal reportó: recién nacido con peso 3,150 kg, talla 50 cm. Apgar al min, 6; a los 5 min, 8. Silverman 2. Nacimiento mediante cesárea, sufrimiento fetal agudo. Trauma perinatal: caput. Reanimación: laringoscopía directa. Exploración física: cabeza: caput, normocéfalo, suturas, fontanelas, oído externo, ojos, nariz, boca, mentón cuello; tórax, glándula mamaria, precordial, abdomen, extremidades, genitales y neurológico normales. Capurro 40. Impresión diagnóstica: recién nacido de término, eutrófico.

El recién nacido fue dado de alta el 10 de julio de 2011, la hoja de egreso hospitalario señaló el siguiente diagnóstico de admisión: obtenido por cesárea, asfixia perinatal. Diagnósticos finales al egreso: recién nacido de término, eutrófico, asfixia perinatal descartada, hiperbilirrubinemia tratada y remitida. Ingresó a cuneros por presentar dificultad respiratoria, líquido amniótico con meconio; se trató con líquidos endovenosos, soporte de oxígeno. Durante su estancia presentó ictericia; se realizaron mediciones de bilirrubina y se requirió de fototerapia; se inició la alimentación por vía oral y fue tolerada, y se retiró el oxígeno. La evolución fue favorable, presenta signos vitales estables; se encuentra activo, reactivo, hidratado, con buena coloración de tegumentos, neurológicamente normal, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin compromiso, extremidades simétricas con buen tono y fuerza muscular, llenado capilar normal, por lo que se decide su egreso de la unidad hospitalaria por mejoría. Indicaciones: seno materno a libre demanda, medidas higiénico dietéticas, cita en la Unidad de Medicina Familiar para dar seguimiento, cita abierta a Urgencias.

El 24 de enero de 2012 se efectuó un estudio electroencefalográfico digital que indicó datos de inmadurez en relación con la edad bioeléctrica del menor. Posteriormente, Neurología Pediátrica lo reportó con mirada fija, cabeza en gota, aumento de tono generalizado, hiperreflexia global, manos empuñadas, pulgar aducto bilateral. La impresión



Dean J.

diagnóstica fue: parálisis cerebral infantil espástica, riesgo de retraso mental y epilepsia; fue remitido al Servicio de Rehabilitación, donde se reportó daño neurológico.

ANÁLISIS DEL CASO

Para su estudio, se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Si bien es cierto que el trabajo de parto y el parto son procesos fisiológicos, en el campo obstétrico no se debe permitir que la naturaleza siga su curso hasta un punto en que se dejen de lado los principios básicos establecidos por la literatura gineco-obstétrica. En ese sentido, durante dichos procesos debe establecerse la correcta vigilancia del binomio materno-fetal para anticipar y tratar cualquier condición anormal que se presente.



Archivo

Las unidades médicas con atención obstétrica, deben contar procedimientos para la atención del parto, con especial énfasis en la elaboración de expediente clínico, e invariablemente deben integrar historia clínica y partograma.

La finalidad de la vigilancia durante el trabajo de parto es prevenir la hipoxia; la detección de sufrimiento fetal agudo puede realizarse a través del registro de la frecuencia cardiaca fetal, la cual debe estar entre 120 y 160 latidos por min.

El significado de los parámetros de los trastornos del ritmo cardíaco depende en gran parte de su cronología respecto a la contracción uterina, por lo tanto, es necesario efectuar el registro simultáneo de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas. El control de este último parámetro permite detectar anomalías del trabajo de parto y prevenir sufrimiento fetal.

La monitorización obstétrica, disminuye la mortalidad perinatal por hipoxia fetal, al permitir la detección al comienzo de hipoxia.

Las contracciones uterinas sirven como punto de referencia útil para analizar la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal, debido a su naturaleza repetitiva y estresante. Las contracciones reducen el intercambio dióxido de carbono y oxígeno entre los compartimentos fetal y materno, comprimen físicamente la cabeza del feto y/o el cordón

umbilical entre la parte presentada y la pelvis materna. Un feto en buen estado, puede tolerar el estrés respiratorio de 3 o 4 contracciones en intervalo de 10 min; sin embargo, un feto con compromiso o sufrimiento agudo, presenta alteraciones de la frecuencia cardiaca, manifestadas por bradicardia, taquicardia, arritmias o falta de variabilidad de la frecuencia cardiaca de la línea de base, las cuales pueden advertirse en el registro cardiotocográfico.

Cuando el sufrimiento fetal es leve, en algunos casos puede manifestarse exclusivamente por falta de variabilidad de la frecuencia cardiaca base, la cual puede detectarse mediante monitorización y registro continuo. Si el sufrimiento fetal es acentuado, la simple auscultación durante la contracción y posterior a ella puede mostrar datos sugestivos caracterizados por desaceleraciones graves de la frecuencia cardiaca fetal.

Cabe mencionar que la función del control monitorizado es complementar y no reemplazar el control clínico del parto, así como ayudar a manejar sus diferentes fases. Es decir, este control no reemplaza la elaboración del partograma, ni la vigilancia clínica de la embarazada.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007 SSA2 1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, establece respecto del control del trabajo de parto, entre otras cosas, que:

- A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, expediente clínico, historia clínica y partograma.
- El control del trabajo de parto normal debe incluir:
 - » Verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 min.
 - » Verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales.
 - » Registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada 4 h, considerando la evolución clínica.

- » Mantener la hidratación adecuada de la paciente.
- » Registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

En el presente caso, la paciente asistió a la Clínica de Medicina Familiar para recibir atención prenatal. Se reportó gesta I con fecha de última menstruación el 10 de octubre de 2010; se efectuaron exámenes de laboratorio y ultrasonido, éste último el 14 de mayo de 2011, que señaló: feto único, vivo, intrauterino de 29 semanas de gestación por medidas fotométricas. Al contar con 35.2 semanas de gestación, fue referida a un hospital público.

Durante el juicio arbitral, la paciente manifestó que el 4 de julio de 2011 a las 9:00 h asistió al Servicio de Urgencias del hospital, donde la ingresaron debido a la avanzada dilatación que presentaba. Le colocaron monitor para registrar la frecuencia cardiaca fetal a las 10:30 h; de las 11:00 a las 14:00 h se quejó con todos los residentes y con el médico que la ingresó, quienes le informaron que aún le faltaba tiempo para el parto. Pese a que se quejó una y otra vez, sólo se le informó que aún le faltaba tiempo; después dejaron de monitorear al feto y todos se fueron.

Por su parte, el prestador del servicio médico manifestó en su informe que el 4 de julio de 2010 la paciente fue valorada a las 9:10 h, siendo el diagnóstico gesta I, embarazo de 39 semanas por fecha de última menstruación; trabajo de parto en fase de aceleración, por lo que ingresó al hospital con pelvis útil para eutocia; se calculó el peso estimado del feto en 3,255 g; el ultrasonido del 2 de julio de 2011 del Servicio de Perinatología reportó 39.1 semanas, con líquido normal y placenta grado III; frecuencia cardiaca de 141 latidos por min. Se tomaron exámenes de laboratorio, registro cardiotocográfico a las 10:00 h que mostró prueba sin estrés, reactiva, con variabilidad IIB con 2 ascensos en 10 min; frecuencia cardiaca basal 140 latidos por min. Por lo que se decidió conducción del trabajo de parto con oxitocina. Se mantuvo monitorizada, se tomó registro cardiotocográfico a las 12:47 h, y se observó frecuencia cardiaca fetal basal



HOGG

La finalidad de la vigilancia durante el trabajo de parto es prevenir la hipoxia; la detección de sufrimiento fetal agudo puede realizarse a través del registro de la frecuencia cardiaca fetal, la cual debe estar entre 120 y 160 latidos por minuto.

de 130 latidos por min con 2 ascensos en 10 min. Buena variabilidad; 6 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, 3 contracciones en 10 min, producto libre, continuándose conducción.

Sobre este punto, si bien es cierto que el demandado describió que brindó atención a la paciente en los términos antes referidos, también es cierto que durante este juicio, no aportó elementos probatorios para acreditar sus afirmaciones. Luego entonces, no se tuvo por cierto que la atención brindada se ajustara a la *lex artis* de la especialidad.

En la especie, la Norma Oficial Mexicana NOM-007 SSA2 1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, establece que a toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le debe elaborar expediente clínico, historia clínica y partograma. Así mismo, que el control del trabajo de parto normal, debe incluir verificación y registro de la contractilidad uterina y latido cardíaco fetal; la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales;

El significado de los parámetros de los trastornos del ritmo cardíaco depende en gran parte de su cronología respecto a la contracción uterina, por lo tanto, es necesario efectuar el registro simultáneo de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas. El control de este último parámetro permite detectar anomalías del trabajo de parto y prevenir sufrimiento fetal.

registro del pulso, tensión arterial y temperatura, así como registro de los medicamentos usados durante el trabajo de parto. El demandado no demostró haber cumplido lo dispuesto por el ordenamiento citado.

De igual forma, el expediente clínico de la atención brindada a la paciente demuestra incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, y es de especial interés señalar, para la resolución de la controversia planteada, que en términos de lo previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En razón de lo anterior, todo paciente debe tener expediente clínico y en él deben registrarse los actos médicos realizados en términos de la *lex artis*, las notas de evolución del paciente, y en su caso, las notas deliberativas del personal médico, las notas de enfermería, los resultados obtenidos mediante el concurso de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, en general, la información clínica referente al caso y agregarse los documentos inherentes a la relación jurídica médico paciente, entre ellos, los relativos al consentimiento bajo información.

La emisión y conservación del expediente clínico es obligatoria, en términos de lo que especialmente

previenen el citado artículo 51 de la Ley General de Salud, los artículos 9 y 32 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. Conforme a las disposiciones citadas, la falta de expediente clínico y las irregularidades en su integración son imputables al prestador del servicio, pues es su instrumento esencial de trabajo y él mismo es el encargado de producirlo.

Así las cosas, la paciente manifestó que hasta las 14:00 h, el médico que la ingresó regresó con un nuevo médico, quien preguntó los pendientes que había, respondiendo que sólo estaba ella, pero que aún le faltaba, entonces el médico la revisó, y cuando supo cuánto tiempo llevaba en labor, volvió a colocarle el monitor e informó que existía sufrimiento fetal y que era necesario realizar cesárea de urgencia. Dicho facultativo, preguntó por los resultados de laboratorio y una médica residente contestó que no los tenían porque se habían coagulado las muestras, así que nuevamente tomaron sangre y el médico indicó a la residente que no se moviera del laboratorio hasta que le dieran los resultados y fue llevada a quirófano. No pudo ver a su hijo hasta el 7 de julio de 2011; durante la estancia en Cuneros, le diagnosticaron asfixia perinatal y lo dieron de alta el 19 de julio.

Al respecto, el demandado en su informe médico reconoció que se colocó el monitor a las 14:35 h y se reportaron descensos variables, por lo que se efectuó aniorrexis y se observó líquido meconial. Esto confirma la mal praxis por negligencia en que incurrió el personal médico a cargo de la vigilancia del trabajo de parto de la paciente.

En efecto, la correcta vigilancia del binomio materno-fetal debe efectuarse a fin de anticipar y tratar cualquier condición anormal que se presente, lo cual no sucedió en el presente caso debido a las omisiones en que incurrió el personal médico del demandado. En ese sentido, a las 14:35 h, el feto ya presentaba signos de sufrimiento fetal (variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y meconio en el líquido amniótico), como el propio demandado reconoce en su informe. Esto confirma la negligencia del personal médico, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que

el caso ameritaba, mostrando una actitud contemplativa en la atención.

Cabe mencionar, que en el sufrimiento fetal existe asfixia progresiva, que si no es evitada o corregida, ocasiona descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando daño permanente del sistema nervioso central.

En el caso que se presenta, el médico que identificó el sufrimiento fetal, procedió a interrumpir el embarazo mediante operación cesárea, y no se observan irregularidades al respecto, pues ante la urgencia de atención de la paciente, estaba indicada la interrupción del embarazo.

Aunado a dichos actos, se debe puntualizar que en el expediente clínico exhibido por el demandado tampoco obran constancias que demuestren la debida atención al recién nacido.

La paciente refirió que en la consulta de Neonatología del 5 de agosto de 2011 le informaron que el recién nacido no tenía nada; sin embargo, un pediatra particular sugirió consultar a un neuropediatra, quien informó que era evidente que el menor tenía retraso y por ello era necesario realizar diversos estudios, los cuales se efectuaron en el hospital demandado en Neurología Pediátrica donde le informaron que su hijo presentaba parálisis cerebral severa, resultado de la asfixia perinatal que sufrió.

Sobre el particular, la nota de egreso del recién nacido fechada el 10 de julio de 2011, confirma lo manifestado por la paciente en el sentido de que dieron de alta al recién nacido informando que estaba normal. Esto es un elemento más para tener por cierta la negligencia en que incurrió el personal médico del demandado.

Debido a la negligencia, el menor presenta parálisis cerebral infantil espástica con riesgo de retraso mental y epilepsia, tal y como lo acreditan la notas de Neurología Pediátrica, así como la nota de Medicina de Rehabilitación, la cual señala que presenta déficit en respuesta visual y sonora, reflejos primarios con pobre movilidad en forma generalizada, fontanela anterior abierta, pequeña, nulo control de cuello (gota) aumento de tono en forma generalizada (++); no logra llevar las manos a la línea media y alteraciones de la deglución, lo cual desemboca en una impresión diagnóstica de daño neurológico.



En el sufrimiento fetal existe asfixia progresiva, que si no es evitada o corregida, ocasiona descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando daño permanente del sistema nervioso central.

Respecto de la parálisis cerebral infantil, la literatura especializada refiere que corresponde a un grupo de síndromes que se manifiestan como alteraciones motoras. Se conoce como un trastorno aberrante en el control del movimiento y la postura; el diagnóstico siempre involucra déficit motor y, generalmente, el paciente presenta retraso en el desarrollo psicomotor u otros datos de disfunción cerebral como retraso mental, retraso en el lenguaje, epilepsia y trastornos sensoriales.

APRECIACIONES FINALES

- En este caso se demostró la *mal praxis* por negligencia, observada por personal médico del demandado durante las atenciones de la paciente y su recién nacido.
- La vigilancia permanente y apropiada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para la disminución de riesgos, la detección de com-



Archivo

La parálisis cerebral infantil corresponde a un grupo de síndromes que se manifiestan como alteraciones motoras. Se conoce como un trastorno aberrante en el control del movimiento y la postura; el diagnóstico siempre involucra déficit motor y, generalmente, el paciente presenta retraso en el desarrollo psicomotor u otros datos de disfunción cerebral como retardo mental, retardo en el lenguaje, epilepsia y trastornos sensoriales.

plicaciones, y es una oportunidad para brindar la atención de calidad que requiere la mujer gestante.

- El registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto (partograma) es fuente invaluable de información para el análisis y toma de decisiones en gineco-obstetricia.

RECOMENDACIONES

- Si bien el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos y complicaciones tanto para la madre como para el feto, por ello, los factores

que puedan incidir negativamente en el binomio deben ser identificados para intervenirlos en forma preventiva.

- Las unidades médicas que brinden atención obstétrica, deben contar con procedimientos para la atención del parto, con especial énfasis en la elaboración de expediente clínico, e invariablemente deben integrar historia clínica y partograma.
- Los procedimientos documentados y el expediente clínico, además de ser instrumentos indispensables para la debida atención de las pacientes, sirven para acreditar que se cumplieron los mínimos esenciales de estudio y tratamiento ante una controversia. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Bear L. Early Identification of Infants at Risk for Developmental Disabilities. *Ped Clin North Am.* 2004;51(3):685-701.
- Dildy G. Intrapartum Assessment of the Fetus: Historical and Evidence-Based Practice. *Obstet Gynecol Clin.* 2005;32(2): 255-71.
- Fidel-Rimon O, Stuart E. Neonatal of the Relationship Between Intrapartum Events and Cerebral Palsy. *Clin Perinatol.* 2007; 34(3):439-49.
- Guía para la Vigilancia y el Manejo del Parto. México: Secretaría de Salud; 2009.
- Low J, Pickersgill H, Killen H, Derrick E. The Prediction and Prevention of Intrapartum Fetal Asphyxia in Term Pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):724-30.
- Low J. Intrapartum Fetal Asphyxia: Definition, Diagnosis, and Classification. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(5):957-9.
- Malagon J. Parálisis Cerebral. *Medicina (Buenos Aires).* 2007; 67(6/1):586-92.
- Nelson K. The Neurologically Impaired Child and Alleged Malpractice at Birth. *Neurol Clin.* 1999;17(2):283-92.
- 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".
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, "Del Expediente Clínico".
- Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- Perlman J. Intrapartum Asphyxia and Cerebral Palsy: Is There a Link? *Clin Perinatol.* 2006;33(2):335-53.
- Ramírez M, Ostrosky F. Atención y Memoria en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. *Rev Neurol UNAM.* 2009;9(1): 55-64.