

Responsabilidad profesional de enfermería: vigilancia del trabajo de parto que condicionó muerte fetal

Professional nursing responsibility: surveillance of labor that conditioned fetal death

Wendy Lorena Marín Niño,* Leticia De Anda Aguilar,**
María de los Ángeles López Valladares**

RESUMEN

Síntesis de la Queja. La paciente refirió que debido a una mala vigilancia en su trabajo de parto y a la falta de atención por parte del personal médico y de Enfermería, su hijo tuvo sufrimiento fetal lo que le condicionó su fallecimiento.

Palabras clave: Muerte fetal, enfermería, responsabilidad profesional.

ABSTRACT

Summary of the complaint. The patient reported that due to poor surveillance in her labor and the lack of attention from the medical and nursing staff, her son had fetal distress which conditioned her death.

Key words: Fetal death, nursing, professional responsibility.

* Programa de Servicio Social en Investigación CONAMED, México.

** Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México.

* **Correspondencia:** WLMN, kingstarz@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Marín NWL, De Anda AL, López VMA.

Responsabilidad profesional de enfermería: vigilancia del trabajo de parto que condicionó muerte fetal. Rev CONAMED 2018; 23(2): 79-87.

Abreviatura:

sic: palabra latina que puede traducirse como «así». Su empleo se vincula a la expresión *sic erat scriptum*, que quiere decir «así fue escrito»

Recibido: 21/07/2017.
Aceptado: 02/05/2018.

RESUMEN CLÍNICO

Notas de atención materna

05 de abril de 2013. Resumen clínico de la atención brindada en unidad de medicina familiar:

Paciente femenino de 26 años de edad, quien acudió a un total de 10 consultas prenatales, siendo su primer consulta al momento de contar 9.2 semanas de gestación. En notas de atención prenatal se obtuvieron los siguientes datos de interés: paciente sin antecedentes personales patológicos y no patológicos, así como heredofamiliares de importancia; primera gesta, fecha de última menstruación: 30 de enero de 2013, fecha probable de parto: 06 de noviembre de 2013. Durante el desarrollo de su embarazo se mantuvo con signos vitales en parámetros normales, sin pérdidas transvaginales, sangrado, edema o datos de vasoespasmo; estado nutricional adecuado; estudios de laboratorios y ultrasonidos obstétricos sin alteraciones. Durante el control prenatal enfermería le brindó la orientación sobre datos de alarma obstétrica, métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, actividad física, cuidado de pies, toma de tamiz neonatal, cuidados generales y prevención de muerte súbita en el recién nacido.

05 de noviembre de 2013, 09:32 horas. Unidad de medicina familiar. Médico adscrito:

Acude a revisión con embarazo de 39.6 semanas de gestación, refiriendo expulsión de tapón mucoso 12 horas antes y contracciones esporádicas. A la exploración física se encontró: altura de fondo uterino (AFU) a 33 cm del borde superior de sínfisis de pubis, producto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal (FCF) de 141 latidos por minuto. Se indicó cita abierta a urgencias y control por médico familiar en 72 horas.

06 de noviembre de 2013, 15:30 horas. Urgencias de la unidad hospitalaria. Médico adscrito:

En nota médica se registró: paciente con dolor obstétrico de cuatro horas de evolución, escasa salida de material transvaginal líquido, transparente con presencia de disuria y polaquiuria de cuatro horas de evolución. AFU de 31 [sic] cm,

producto único vivo, cefálico, longitudinal, FCF de 142 latidos por minuto, cantidad adecuada de líquido amniótico (mediante rastreo por ultrasonido), cérvix posterior, con 30% de borramiento y 2 cm de dilatación, producto en primer plano de Hodge. Impresión diagnóstica: embarazo de 40 semanas de gestación (SDG) + trabajo de parto en fase latente. Se pasó a la sala de tococirugía para realizar estudio cardiotocográfico con revaloración al término.

06 de noviembre de 2013, 16:40 horas. Urgencias de unidad hospitalaria. Médico pasante de servicio social:

Nota de revaloración de prueba sin estrés reportó: FCF basal 130 latidos por minuto, variabilidad de 15 a 20 latidos por minuto, con presencia de siete ascensos (hasta 160 latidos por minuto), sin registro de descensos, movimientos fetales presentes, una contracción en 20 minutos de moderada intensidad. Se indicó cita abierta a urgencias y revaloración en 12 horas.

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Urgencias de unidad hospitalaria. Médico pasante de servicio social:

Paciente acudió nuevamente por aumento de la contractilidad uterina. Se registró motilidad fetal normal, contracciones uterinas palpables (dos en dos minutos) [sic], producto único, vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, FCF de 140 latidos por minuto, cérvix central con 4 cm de dilatación y 50% de borramiento, en segundo plano de Hodge, membranas íntegras. Impresión diagnóstica: trabajo de parto en fase activa. Se ingresó a tococirugía con las siguientes indicaciones: ayuno, solución Hartmann 500 cm³ para 30 min; solución glucosada al 5%, 1,000 cm³ + 5 UI de oxitocina a 12 gotas por minuto, sin medicamentos, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno.

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Tococirugía. Hoja de registros de enfermería:

Tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.5 °C. En su valoración describió: paciente consciente, orientada,

quejumbrosa, buena coloración, sin pérdidas transvaginales, movimientos fetales presentes. Ingresó primigesta con 1 [sic] cm de dilatación, se pasa a siguiente turno, con 8 [sic] cm dilatación con ruptura de membranas [sic], resto de nota ilegible [sic].

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En hoja de vigilancia y atención del parto (partograma) se registró: 1-3 contracciones en 10 minutos, membranas íntegras, FCF de 140 latidos por minuto, intensidad ++, Rh: O +, producto en segundo plano de Hodge, 5 cm de dilatación. Impresión diagnóstica: embarazo 40 SDG + trabajo de parto en fase activa. Plan: conducción y atención del parto.

07 de noviembre de 2013. Tococirugía. Resumen de atención médica brindada por médico pasante de servicio social de las 01:15-04:45 horas:

Reportó signos vitales de la paciente en parámetros normales, FCF dentro de parámetros normales (valores normales 120-160 latidos por minuto); registró evolución de dilatación cervical de 4 a 7 cm, así como borramiento de 50 a 80%. Después de las 04:45 horas no obra registro alguno de frecuencia cardíaca fetal.

07 de noviembre de 2013, 06:45 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En partograma se registró amniorrhexis, encontrando meconio +++, FCF de 144 latidos por minuto.

07 de noviembre de 2013, 07:00 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En nota médica reportó descenso de FCF hasta 87 latidos por minuto, se iniciaron maniobras de reanimación neonatal *in utero* [sic]. En registro cardiotocográfico se reportó FCF basal de 100 latidos por minuto, tres contracciones en 10 min. A la exploración física a nivel cervical, 8 cm de dilatación y 90% de borramiento, producto en segundo plano de Hodge, se solicitó interconsulta a cirugía general [sic].

07 de noviembre de 2013, 07:10 horas. Tococirugía. Cirugía general:

Se reportó no contar con médico ginecólogo de guardia. En nota de valoración se indicó cesárea de

urgencia tipo Kerr con diagnóstico preoperatorio: embarazo de 38 SDG + líquido meconial + pérdida del bienestar fetal, bajo reserva fetal/bradicardia.

07 de noviembre de 2013, 07:10 horas. Tococirugía. Registro de enfermería:

En hoja quirúrgica, sin hora, se registró extracción de producto único, hipotónico, se pinzó y cortó cordón umbilical, se entregó a pediatra para RCP (reanimación cardiopulmonar), se extrajo manualmente la placenta, se procedió a realizar legrado uterino [sic] e histerorrafia en dos planos, se corroboró hemostasia, conteo de gases e instrumental completo, se procedió a cerrar planos hasta piel. Se colocó apósito, pasando al servicio de recuperación bajo efectos anestésicos. Se encontró registro de medición de signos vitales cada 15 minutos en cifras normales.

07 de noviembre de 2013, 08:30 horas, Tococirugía. Cirugía general:

En nota postquirúrgica se refirió en síntesis: paciente bajo bloqueo subaracnoideo, previa asepsia y antisepsia de región abdominal y genital, instalación de sonda Foley y colocación de campos estériles; se realizó incisión en piel, diéresis por planos hasta llegar a cavidad, se efectuó histerectomía [sic], extrayendo producto hipotónico. Diagnóstico postquirúrgico: embarazo de 38 semanas de gestación/puerperio quirúrgico. Se estableció como hallazgo producto único, masculino, que nació sin frecuencia cardíaca, ni ventilación espontánea, con peso de 3,900 gramos, talla 50 centímetros, Apgar de 0, placenta con calcificaciones grado IV, pequeña.

Resumen de evolución clínica del 07 al 09 de noviembre de 2013

Posterior evento quirúrgico, la paciente se reportó estable, con evolución satisfactoria, sin datos de complicación postquirúrgica inmediata, por lo que pasó a piso para continuar observación y vigilancia. Su evolución durante el 08 y 09 de noviembre fue reportada como buena, con signos vitales normales, con tolerancia a la vía oral y emunitarios al corriente; a la exploración física cabeza y cuello sin alteraciones, cardiopulmonar normal, abdomen con

herida quirúrgica, bordes afrontados, limpia; útero contraído, involucionando, extremidades con pulsos normales.

10 de noviembre de 2013. 11:00 horas. Nota de evolución y egreso. Médico ginecólogo:

Se refirió paciente con evolución satisfactoria, asintomática, tolerando vía oral, deambulando, loquios normales, sin datos de vasoespasmo, cifras tensionales dentro de parámetros normales, evacuaciones y micciones presentes. A la exploración física, se reportó paciente consciente, orientada, tranquila, bien hidratada, con buena coloración de tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, herida quirúrgica con bordes afrontados, limpia; útero contraído, involucionando, extremidades con pulsos normales, llenado capilar distal normal. Se decide alta del hospital con las siguientes indicaciones: paracetamol una tableta cada seis horas en caso de dolor, ampicilina una tableta cada seis horas durante cinco días, amikacina 500 mg una ampulla intramuscular cada 24 horas durante cinco días, bromocriptina una tableta cada ocho horas, baño diario, dieta normal, signos de alarma obstétrica (visión borrosa, zumbido de oídos, dolor de cabeza, fiebre, sangrado transvaginal fétido) con cita abierta a urgencias en caso de presencia de cualquier síntoma, cita en consulta externa en clínica en una semana para retiro de puntos.

Nota de atención del recién nacido

07 de noviembre de 2013, sin hora. Historia clínica de recién nacido. Médico pediatra:

Hora de nacimiento: 07:38 horas, producto único, masculino, obtenido vía cesárea por sufrimiento fetal agudo más líquido meconial +++ más bradicardia fetal. Ruptura de membranas dos horas previas al nacimiento [sic], cordón umbilical normal, color verde; placenta calcificada. Apgar 0/0, peso 3,900 g, talla 51 cm. Se recibió sin esfuerzo respiratorio y con ausencia de frecuencia cardiaca, se realizó intubación orotraqueal y se hicieron maniobras de reanimación sin respuesta, se administraron dos dosis de adrenalina, sin lograr frecuencia cardiaca, declarando fecha y hora de muerte, el 07 de noviembre de 2013 a las 08:05 horas. Diagnósticos de defunción: sufrimiento

fetal agudo, síndrome de aspiración de meconio, probable cardiopatía congénita [sic].

Análisis de caso

Para la resolución de la controversia planteada, se recurrió a los términos previstos 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».¹

En relación con la atención prenatal se estimaron las siguientes consideraciones:

El embarazo es una secuencia de eventos que comienza con la fecundación y finaliza idealmente con el nacimiento alrededor de 38 o 40 semanas después de la última menstruación.² Como proceso reproductivo natural produce numerosos cambios en la fisiología de la mujer, exigiendo un esfuerzo adicional a todos los sistemas de su cuerpo, con la posibilidad de que surjan complicaciones y/o peligros que afecten la salud de la madre y el feto, por lo que se recomienda control prenatal por personal capacitado al respecto.

En el presente caso, de acuerdo con notas del control prenatal, la paciente cursó con un embarazo de bajo riesgo, considerando los siguientes criterios referidos en la literatura:

Se califica como embarazo de bajo riesgo si la embarazada es sana y no presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: edad menor de 15 años o mayor de 40 años, obesidad, factor sanguíneo Rh negativo, enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cardiopatía, nefropatía, etc.), parto, aborto o cirugía uterina en los 18 meses previos, tres o más partos, dos o más abortos, dos o más cesáreas, enfermedades o complicaciones desarrolladas en el embarazo actual: hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, sangrado, líquido amniótico escaso o excesivo, infecciones, alergias, cirugías durante el embarazo, etc., pero también deben considerarse factores tales como los socio-culturales (ej. no hablar el idioma o dialecto de los prestadores de servicios de salud), económicos (ej. escasos ingresos), ambientales (ej. tener contacto con fauna nociva), entre otros.³

Atendiendo a la literatura y normatividad especializada, las actividades para la vigilancia del embarazo comienzan con las consultas prenatales, definidas como acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.⁴

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos, refiere que la embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales, en las que deben incluirse actividades como elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso, talla y presión arterial, valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto, determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL, determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina, detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica), aplicación de toxoide tetánico, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, integrar a la familia al control de la embarazada, incentivo de la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud y establecimiento del diagnóstico integral.⁵

Enfermería, por ser uno de los profesionales de salud que tiene mayor contacto con la paciente, tiene la responsabilidad de crear un ambiente de confianza, brindar una atención de calidad y calidez, resolver inquietudes, lograr un alto nivel de satisfacción de la gestante y asegurar el cumplimiento de los indicadores de calidad; para ello debe aprovechar todas las visitas a la consulta y facilitar información de interés durante el periodo prenatal.^{6,7}

En el presente caso, como se mencionó, la paciente acudió a 10 consultas prenatales, en las cuales no se identificaron factores de riesgo que influyeran en el desarrollo normal del embarazo o trabajo de parto. No se apreció mala práctica en la vigilancia realizada en el control prenatal, ya que cumplió con

lo establecido en la literatura. Enfermería evidenció cumplimiento de sus funciones en el control prenatal, puesto que realizó anotaciones al pie de las hojas de valoración del médico tratante, en las que se refirió brindar orientación sobre temas pertinentes al embarazo.

Respecto a la atención y vigilancia del parto, se estiman las siguientes precisiones: el trabajo de parto se ha definido de diversas maneras; una definición clásica de tipo obstétrico establece que es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como finalidad la expulsión del producto de la concepción (feto) y sus anexos (placenta y membranas);⁸ otro ejemplo de definición obstétrica establece que es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo, con la salida del producto desde el útero a través del canal del parto, de un feto (vivo o muerto) seguido de sus anexos.⁹

El trabajo de parto se divide en tres periodos:⁸

- Primer periodo (dilatación y borramiento): es el intervalo entre la aparición de las contracciones y la dilatación completa del cuello uterino (10 cm); el periodo de dilatación a su vez se divide en dos fases: 1) la fase latente, que comprende el borramiento y la dilatación inicial del cuello del útero hasta antes de 3 cm; y 2) la fase activa, durante la cual se produce una dilatación más rápida del cuello del útero que suele iniciarse aproximadamente a partir de 4 cm de dilatación.
- Segundo periodo (expulsión del feto): abarca desde la dilatación completa del cuello del útero hasta la expulsión del recién nacido.
- Tercer periodo (alumbramiento): periodo comprendido desde el pinzamiento y corte de cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.

La escuela anglosajona establece un cuarto periodo de trabajo de parto, y éste abarca aproximadamente las dos horas siguientes a la expulsión de la placenta, durante las cuales la paciente experimenta adaptaciones fisiológicas significativas.

La finalidad de la vigilancia durante el trabajo de parto es evitar o tratar oportunamente problemas o accidentes que se pudieran presentar durante el trabajo de parto; por ello, debe ser atendido por personal capacitado.

Dentro de las intervenciones interdependientes de enfermería, entendiendo éstas como las actividades que se llevan a cabo junto con otros miembros del equipo de salud (también llamadas multidisciplinarias, puesto que implican la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros) se encuentra particularmente la vigilancia del trabajo de parto, ya que, en ésta, enfermería interactúa de forma estrecha con médicos (obstetras y pediatras/neonatólogos).¹⁰

En relación con el trabajo de parto del caso presentado, cabe señalar que la paciente acudió a valoración el 5 y 6 de noviembre de 2013, sin presentar en esas revisiones criterios para internamiento hospitalario.

El 07 de noviembre se decidió su ingreso a tococirugía por presentar fase activa de trabajo de parto, se inició protocolo para la vigilancia del mismo. Enfermería, que es responsable, junto con el médico, del registro de signos vitales, sólo tomó en una ocasión los mismos, los cuales estaban normales, siendo importante señalar que no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos, que establece que el registro e interpretación de los signos vitales deben medirse cada dos horas, de acuerdo con las condiciones clínicas de la paciente, por lo cual se aprecia el incumplimiento a dicha normatividad, ya que no se mantuvo una vigilancia constante de la paciente.

Esta actividad puede considerarse como una intervención de enfermería independiente, definida como la actividad que ejecuta el personal de enfermería, dirigida a la atención de las respuestas humanas, pues son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar, de acuerdo con su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.¹⁰

Enfermería en tococirugía, posterior al ingreso de la paciente, registró en su nota, sin hora

de valoración: *primigesta con 1 cm de dilatación, se pasa a siguiente turno, 8 cm de dilatación con ruptura de membranas*. En relación con esta nota, es de señalar que la misma fue muy escueta, además incongruente y falta de claridad, por lo que no aportó elementos probatorios para acreditar el cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,¹⁶ del expediente clínico, en la cual se menciona que la hoja de enfermería debe contener los procedimientos y observaciones realizados por el profesional. Entonces, no se tuvo por cierto que la atención brindada se ajustara a lo descrito en la normatividad.

De acuerdo con notas médicas, la vigilancia del trabajo de parto inició a la 01:15 horas, aparentemente con monitoreo electrónico continuo y registro documental de frecuencia cardiaca cada 15 minutos; sin embargo, a partir de las 4:45 a las 06:45 horas no existe evidencia de que se haya continuado con el registro documental de dicha vigilancia del trabajo de parto por parte del personal médico, sin que obre evidencia en registro de enfermería de que se haya efectuado valoración médica alguna en este periodo. Cabe mencionar que, de acuerdo con notas médicas en el momento de los hechos, el hospital no contaba con personal médico de la especialidad en ginecología y obstetricia y que la vigilancia siempre estuvo a cargo del médico pasante y enfermería.

Al respecto, la literatura médica y la normatividad señalan que el personal de salud a cargo de un trabajo de parto debe tener el nivel de competencia requerida para solucionar eficazmente los problemas tanto de la madre como del recién nacido. Si bien dentro de las competencias de los médicos pasantes y personal de enfermería se encuentra la atención del trabajo de parto, en estricto sentido, los primeros son considerados personal médico en formación, por lo que no es atribuible la responsabilidad absoluta y única de la atención de pacientes en trabajo de parto; en relación con los segundos, su capacitación es en torno a la asistencia del personal médico y no como responsable directo; entonces, debe atribuirse la mala práctica a las autoridades institucionales por no contar con personal suficiente e idóneo en el hospital, como lo establece la Ley General de Salud.

Respecto a la causa del fallecimiento del recién nacido se establecen las siguientes apreciaciones:

El sufrimiento fetal agudo (SFA) es una perturbación metabólica debida a la disminución de los intercambios fetales y maternos que ocasiona una alteración del medio interno fetal (hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis) y da lugar a signos que pueden ser apreciados antes del nacimiento por clínica (alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, presencia de meconio en el líquido amniótico, alteraciones en el pH del cuero cabelludo), así como por cardiotocografía (estudio en el cual se grafica frecuencia cardíaca fetal, contractilidad uterina y movimientos fetales, trazos no reactivos, silentes, sinusoidales, saltatorios, entre otros).

La alteraciones metabólicas y del equilibrio ácido base interfieren con el funcionamiento celular normal y conducen a daños en los tejidos que pueden ser irreversibles y llevar a la muerte fetal,¹¹ generalmente se establecen durante el trabajo de parto y se relacionan con mucha frecuencia con problemas o accidentes propios del trabajo de parto.

La detección del SFA puede realizarse a través del registro de la frecuencia cardíaca fetal, la cual debe estar entre 120 y 160 latidos por minuto, y de la monitorización de las contracciones uterinas, que sirven como punto de referencia útil para analizar la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal, debido a su naturaleza repetitiva y estresante, ya que las mismas reducen el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno entre los compartimentos fetal y materno y comprimen físicamente la cabeza del feto y/o el cordón umbilical entre la presentación y la pelvis materna. Un feto en buen estado puede tolerar el estrés respiratorio de tres o cuatro contracciones en intervalos de 10 min; sin embargo, un feto con compromiso o sufrimiento agudo presenta alteraciones de la frecuencia cardíaca manifestadas por bradicardia, taquicardia, arritmias o falta de variabilidad de la frecuencia cardíaca de la línea de base, las cuales pueden advertirse en el registro cardiotocográfico como previamente se comentó.^{12,13}

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos del presente caso, al

respecto señala en su numeral 5.4.2.1 que debe efectuarse «la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos».

En el presente caso, como ya se señaló por espacio de dos horas, de 04:45 a 06:45 horas, no obra registro médico alguno de la frecuencia cardíaca fetal, ni de las contracciones uterinas en partograma, desconociendo el motivo de esta falta de monitorización por parte del personal médico; sin embargo, enfermería, dentro de sus intervenciones interdependientes e independientes, debió colaborar en dicha vigilancia, ya que, de acuerdo con su hoja de registro, glosó lo siguiente: *a las 05:00 horas feto comienza con bradicardia en ocasiones*; sin embargo, no existe evidencia que documente que ante tales alteraciones dicho personal reportara las mismas al personal médico y que con ello no se haya realizado intervención alguna, lo que advierte una deficiente comunicación entre el equipo de salud.

Ante toda sospecha de sufrimiento fetal agudo es necesario descartar aquellos procesos que pueden condicionarlo y que, al ser eliminados, permitan la recuperación del estado fetal. En esos términos, si bien enfermería detectó alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal una hora antes de que el médico pasante diagnosticara sufrimiento fetal y ante la ausencia de personal médico, dadas sus capacidades y habilidades, pudo comenzar con las medidas preventivas que señala la literatura de enfermería en obstetricia, tales como: continuar con la medición de la frecuencia cardíaca fetal; en caso de persistir con alteraciones en la misma, suspender la solución con oxitocina hasta que el médico descarte SFA, ya que el uso de ésta puede conducir a la hiperestimulación del útero y éste a su vez, a insuficiencia útero-placentaria, perjudicando la oxigenación fetal y con ello desencadenar acidosis metabólica y depresión fetal; colocar a la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo para disminuir la compresión del cordón umbilical, suministrar oxígeno con puntas nasales para producir un aumento de la presión parcial de oxígeno en los tejidos fetales y notificar inmediatamente al personal médico.¹²⁻¹⁴

Cabe mencionar que la evaluación de las respuestas depende del estado general de la parturienta

y de la adecuada prioridad de las habilidades en la atención de enfermería. Sin embargo, como ya se comentó, en el expediente no se aprecia evidencia documental que indique que el personal de enfermería haya realizado actividades al respecto, lo que influyó en la progresión del sufrimiento fetal.

A las 06:45 horas, se realizó amniorrexis por parte del médico pasante, encontrando meconio +++, se registró FCF de 144 latidos por minuto, sin otra alteración evidente. A las 07:00 horas se presentó descenso de FCF de hasta 87 latidos por minuto, por lo que se consultó a servicio de cirugía general (ya que aún no se contaba con personal de ginecología y obstetricia), el cual decidió cesárea de urgencia por sufrimiento fetal.

En el caso que se presenta, el cirujano general que identificó el sufrimiento fetal procedió a interrumpir el embarazo mediante operación cesárea, de la cual no se observan irregularidades al respecto, pues ante la urgencia de atención de la paciente, estaba indicada la interrupción del embarazo vía abdominal.¹⁵

En relación con la atención brindada por parte del personal de enfermería que asistió la cesárea, se aprecian irregularidades en la hoja quirúrgica, ya que no cumple con lo referido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico. En la valoración preoperatoria no existe registro de los signos vitales, medicamentos preoperatorios, procedimientos realizados y observaciones en el estado de salud de la paciente y del feto.

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería que atendió el trabajo de parto no tomó en cuenta sus intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, por lo que incumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- La documentación integrada en el expediente clínico sobre el cuidado de la paciente no cumple con los criterios referidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico.
- El personal médico y de enfermería a cargo de la vigilancia del trabajo de parto no continuó con la

monitorización de la paciente y del feto a partir de las 04:45 horas, por lo que incumplieron con lo referido en la literatura especializada.

- Las autoridades institucionales del hospital demandado incurrieron en mala práctica por no contar con personal suficiente e idóneo en la atención y vigilancia del trabajo de parto. Sin embargo, debido a los conocimientos, habilidades y competencias del personal médico (médico pasante en medicina) y de enfermería, estos pudieron buscar alternativas para brindar una atención adecuada y oportuna a la paciente, tales como referir a la paciente a otro hospital con especialidad en ginecología y obstetricia.

Recomendaciones

- El actuar de enfermería debe estar basado en evidencia científica y de acuerdo con la normatividad vigente, por lo cual debe actualizar sus conocimientos continuamente y buscar mayor participación en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- En el presente caso no se consultaron las Guías de Práctica Clínica sobre intervenciones de enfermería por no encontrarse vigentes en el año de los hechos ocurridos; sin embargo, en la actualidad, los profesionales de enfermería cuentan con el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Médica del Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud de la Secretaría de Salud (www.cenetec.gob.mx), el cual al momento de la elaboración del presente artículo cuenta con 74 guías de práctica médica en el área de enfermería, mismas que pueden ser consultadas para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.
- Las hojas de enfermería son un documento legal, por lo cual deben realizarse de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico. Deben documentar cualquier eventualidad que se presente con respecto a la atención del paciente, anotar la hora en que se realiza cada intervención, valoración o diagnóstico de enfermería, además debe ser escrita con letra legible y evitando abreviaturas.

- La comunicación efectiva es parte fundamental para mejorar la calidad de la atención médica y en especial la seguridad del paciente, su cumplimiento demuestra el trabajo en equipo, el alto sentido de profesionalismo del personal de salud involucrado y el liderazgo de las autoridades. Un adecuado flujo de información permite reportar oportunamente acontecimientos adversos y problemas de seguridad relacionados con el paciente, fijando prioridades en la atención del mismo.
- La valoración de enfermería debe ser constante y de acuerdo con las respuestas humanas de cada individuo, ya que son las que guiarán las intervenciones que realizará el profesional y de ellas depende el bienestar del paciente y el actuar oportuno ante cualquier complicación que se presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 08-12-2017. [Internet] México: Diario Oficial de la Federación; 2017 [Acceso 2016-01-07] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf
2. Tortora JG, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11 ed. México: Panamericana; 2009. p. 1181-1207.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo, parto y cuarentena. [Internet]. México: CONAMED; 2012 [Acceso 2017-04-03]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/dipticorecom_mujerembarazada.pdf
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones. [Internet] México: Secretaría de Salud; 2009. [Acceso 2017-03-03]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
5. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación; 1994-10-31.
6. Ángeles-Ávila G, Rojas-Carbajal F, Maciel-Vilchis AC. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal. Revista Horizontes en Salud UAEM [Internet]. 2013 [Acceso 2017-04-04];5(2):9-18. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf
7. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá. Guía de Cuidado de Enfermería en Control Prenatal. Enfermería basada en la evidencia (EBE) [Internet]. Bogotá: ©Secretaría Distrital de Salud; 2010 [acceso 2017-04-05]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20prenatal.pdf>
8. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C. Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Libro 3. México: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2008.
9. Cunningham G, MacDonald P, Gant N. Williams de Obstetricia. 20a ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999. pp. 241-293.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2013-07-18.
11. Socarrás IN. Enfermería Ginecobstétrica. [Internet]. Cuba: Biblioteca Virtual de Salud; 2009. [Acceso 2017-04-06]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-11--11-es-50-0-020-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-0-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.10.7>
12. Dubón-Peniche MC, Romero-Vilchis ME. Trabajo de parto, sufrimiento fetal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2012 [Acceso 2017-04-13];55(6):36-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un126g.pdf>
13. Castelazo-Ayala L. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [Acceso 2017-04-17];77(1):114-120. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom092h.pdf>
14. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. [Internet]. 2002 [Acceso 2017-04-16]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1
15. Secretaría de Salud. Cesárea Segura. Lineamiento Técnico [Internet]. 2002 [Acceso 2017-04-20]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 2012-10-15.