

Saltillo, Coahuila a 14 de septiembre de 2010.

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO
MÉDICO DE LA SECCIÓN 38.
PRESENTE.-

"La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, con fundamento en los artículos 195 de la Constitución Política Local; 1, 2, fracción XI, 3 y 20 fracciones II, III y IV, de la Ley Orgánica de esta Institución, después de examinar las constancias que integran el expediente [REDACTED] iniciado con motivo de la queja interpuesta ante este Organismo por la C. [REDACTED], por actos cometidos por personal médico de la Clínica del Magisterio Unidad Saltillo, que presta sus servicios a los Trabajadores de la Educación al Servicio del Estado, Municipios, Universidad Autónoma de Coahuila y Universidad Autónoma Agraria "Antonio Narro" Sección 38, en perjuicio de su hijo [REDACTED] consistentes en **violación a los derechos sociales de ejercicio individual, en su modalidad negligencia médica**, siendo competente esta Comisión para conocer de la referida queja, procede a resolverla; y,

I. HECHOS

PRIMERO.- En fecha siete (07) de julio del año dos mil ocho (2008), presentó queja ante este Organismo la C. [REDACTED] por violaciones a los derechos humanos de su hijo [REDACTED] señalando como autoridades responsables a personal médico de la Clínica del Magisterio Unidad Saltillo, manifestando lo siguiente: "En virtud de que después de que realizaron una cirugía a mi hijo [REDACTED], actualmente de [REDACTED] años de edad en el codo del brazo derecho y como los médicos tratantes no obtuvieron que la cirugía practicada mejorara el brazo de mi hijo sino que al contrario requiere ahora de atención médica especializada en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, donde es sometido a cirugías en el Hospital San José y que esta atención medica privada quedó establecido con la Clínica del Magisterio que será pagado por ellos toda vez que mi esposo, el señor [REDACTED] es empleado de la Secretaría de Ecuación Pública del Estado y por ese motivo mi hijo es derechohabiente de este servicio médico; siendo el caso que en dos ocasiones le han rebajado el costo de las cirugías y en otras ocasiones le han devuelto las cantidades descontadas indebidamente, pero es el caso que los últimos rebajes al salario de mi esposo lo quieren manejar como si fuera un

préstamo personal a mi esposo, lo que me parece a todas luces inadecuado pues mi hijo tiene derecho a ese nosocomio le proporcione la atención médica especializada que necesita para recuperar la movilidad de su brazo derecho, y con esta actitud el personal de la Clínica del Magisterio le niega a mi hijo el derecho a la salud."

SEGUNDO: Una vez que se admitió la queja de mérito, se requirió a la autoridad señalada como presunta responsable para que, rindiera su informe, mismo que le fue solicitado al doctor [REDACTED], en su carácter de Director Médico de la Clínica Hospital del Magisterio, Unidad Saltillo, relacionado con los hechos alegados por la C. [REDACTED], y según acta circunstanciada de fecha veintidós de septiembre de dos mil ocho, manifiesta el doctor [REDACTED] ... el no es el indicado para rendir dicho informe sino que es el departamento Jurídico del Hospital Magisterio Unidad Saltillo, a través de su apoderado jurídico el licenciado [REDACTED], por lo anterior se envió oficio del licenciado [REDACTED] Representante Legal del Consejo de Administración del Servicio Médico de la Sección 38, rindiendo el informe correspondiente, en el que expuso: "... en mi carácter de Representante Legal del Consejo de Administración del Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación, Sección 38, en esta ciudad, al cual pertenece la farmacia del Magisterio unidad Saltillo vengo por medio del presente escrito a dar contestación a su oficio al rubro indicado en relación al requerimiento que formula la institución que usted representa relacionado con la queja interpuesta en contra de la clínica del Magisterio unidad saltillo, por la C. [REDACTED] por la atención clínica de su menor hijo [REDACTED] al respecto le informamos que a dicho menor se le a otorgado debidamente la atención clínica que ha requerido en forma personal, inclusive se le han efectuado intervenciones quirúrgicas con el objeto de la curación derivada de la fractura supracondilea humeral derecha. Así mismo me permito informarle que en relación a las erogaciones efectuadas por mi representado con motivo de dichas intervenciones quirúrgicas, el servicio médico no esta obligado a cubrir en forma total esas erogaciones en los términos del artículo 1, 4, 5, toma 13, 14 y demás relativos de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, soportando en consecuencia las erogaciones necesarias para la curación del derecho habiente o sus beneficiarios, tanto la institución que representó como el derecho habiente mismo."

Con fecha cuatro de marzo del dos mil nueve se solicita al DR. [REDACTED] [REDACTED], Presidente de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, un informe en torno a la opinión técnica médica de dicha Institución, enviando copia del oficio [REDACTED], en el que manifiesta: "Metodología empleada: Estudio del expediente clínico, se revisan todas y cada una de las fojas del expediente clínico, que contienen las notas médicas, notas de enfermería y exámenes de laboratorio. Revisión de la literatura especializada

relativa al caso. Revisión, consulta y asesoría por parte de médico especialista en el área de Traumatología y Ortopedia, en el seno de la Comisión Coahuilense de conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM) con apego a la metodología de análisis de casos de la COCCAM. Revisión de los lineamientos y normas oficiales correspondientes. Sede y fecha del evento: clínica del Magisterio Unidad Saltillo, 6 de Marzo del 2004. Justificaciones: Es necesario aclarar que en la solicitud de opinión técnica no existe reconocimiento expreso del promovente, no hay testimoniales. Ausencia de dictámenes periciales previos. El análisis técnico médico se basa exclusivamente en el expediente clínico proporcionado sin tener al alcance los estudios radiológicos, los estudios de conducción nerviosa, ni al paciente para revisión clínica. Documentos recibidos: Expediente clínico (copias simples), foliado, certificado por parte del prestador de servicios médicos, cotejado. Consentimiento bajo información: presente, pero no adecuado. Nota de ingreso, notas evolutivas. Notas de atención médica. Hojas de enfermería y hoja de trabajo de enfermería: si, Laboratorios: si. Hoja de hospitalización: Si, Notas de consulta externa: si, considerando y Resumen clínico: Se realiza un resumen y transcripción de las notas en copia fiel del expediente clínico recibido. Nota de ingreso: Se trata de un paciente masculino de [redacted] años de edad, previamente sano, aparentemente, que acude a clínica hospital magisterio, el día 6 de marzo del 2004 a las 3:10 horas. Referido por médico privado (ortopedia) de la ciudad de Acuña por presentar diagnostico presuntivo de fractura supracondílea humeral derecha desplazada, se envía para tratamiento quirúrgico. Visto por médico de urgencias, se comunica el caso con Traumatólogo de guardia (Dr. [redacted] indicando hospitalización. El día 6 de marzo del 2004 a las 10:20 am. nota de revisión de traumatología turno matutino. Masculino de [redacted] años primeras horas de hospitalización con diagnostico fractura supra condílea humeral derecha desplazada., MT. DER. Con férula posterior funcional sin compromiso N.V. distal. Indicaciones. Firma Dr. [redacted] Nota médica (Med. Gral.) Masc. [redacted] años, dx conocido (Fx. Supra condílea humeral) con dolor moderado en sitio de fractura. Indicaciones Keterolaco 10 mg iv lenta y diluida. Firma Dra. [redacted] (Ilegible). 06-03-04 21:00 horas revisión por traumatología asintomático férula funcional distal sin compromiso neurovascular. Se deja en ayuno y se indican analgésicos. Hoja de examen de laboratorio 6 de marzo del 2004 3:27 biometría hemática, TP y TTP normales. Hoja de programación quirúrgica. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica. Fecha solicitada 07-03-04. Hora deseada 8:00. Descripción de técnica. BAGI, PAYA, se colocan campos estériles, se coloca isquemia brazo con venda smarch, se realiza incisión lateral, se disecciona por planos, se localizan bordes fx y se realiza reducción y coloca clavos cruzados "K", se toman rx control observándose reducción adecuada. Se sutura dos planos, se retira isquemia, con buen llenado capilar y se coloca férula posterior. 07-03-04 10:15 Nota de traumatología. Dx. PRE Y POST Qx. Fx SUPRACONDILEA HUMERO DER. CX. PROG Y REALIZADA RAF + Clavillos "K" CRUZADOS. ANESTESIA GRAL. DR. [redacted]. CIRUJANO DR. [redacted] AYUDANTE DRA. [redacted], INSTRUM. ENF. [redacted] COMPLICACIONES NINGUNA. SANGRADO

MINIMO P/ISQUEMIA. Indicaciones analgésicos y antibióticos. Vigilar compromisos NV distal. 08/03/04 8:30 hs. Nota de traumatología primer día postqx. Cursa edema distal. No mov. Dedos. Se insiste en mov. De dedos y elevac continua. Vigilancia y plan establecido. Mismas indicaciones. Firma [REDACTED] 8-03-04 12:20 hs. Nota ilegible parcial, Masculino [REDACTED] años, post qx. 24 hs de reducción fx. Supracondílea humeral ilegible, cursa con edema de mano (++). Dolor leve. No moviliza ilegible. Pre alta. Firma ilegible. -mar 04- (No se aprecia fecha) 17:10 cursa con edema distal y edema en codo equimosis, herida Qx limpia. Con férula de yeso. Se afloja vendaje. Rx control buena reducción- Mismo manejo alta prox. Miércoles. Firma sin nombre ilegible. 9-marzo-03 2º día postqx. Edema y no movilidad de dedos. Refiere disminución de sensibilidad de dedos y la mama cuestiona en exceso se le explica-continua vigilancia. Mismas indicaciones. Firma [REDACTED], sin nombre. 9-marzo.04 Continua misma sintomatología de la mañana, prob. Por edema severo a nivel de codo, se observa flictena pequeña, la piel esta a máxima tensión. Se indica Alin 2 mg IV cada 12 hrs. Firma ilegible sin nombre. 10-mar-04 Continua con edema (+++) codo derecho. No coopera para valorar movilidad de los dedos. Hoy se rompe flictenas y se deja vendaje flojo, no hay dolor a la movilización pasiva de dedos y manos y antebrazo. Se cambian gasas. Herida Qx limpia. Se indica Alin 2 mg IV cada 8 hs. Firma sin nombre. Ilegible. 11-mar-04 15hs. #er día de PO RAFF. La madre lo refiere asintomático, descubro herida encuentro edema (+++) desde tercio medio brazo hasta, mano. Presenta flictenas cara anterior antebrazo, herida quirúrgica limpia, no exudados, paciente poco cooperador, no permite valorar movilidad, con anestesia de dorso de mano, palma y cara dorsal antebrazo, por el momento continua manejo establecido. Indicaciones. Firma Dr. [REDACTED] 12/03/04 13:55 hrs Muy aprensivo, llanto frecuente, no moviliza mano. Se puede dar de alta para que continúe con control en su lugar de adscripción ya que es foráneo. Mismo tratamiento. Firma Dr. [REDACTED] 12-mar-04 19:00 Continua sin cambio. No coopera para movilidad de dedos. Continua con movilidad pasiva sin dolor. Aunque persiste edema en codo. Valorar alta fin de semana. Firma sin nombre, ilegible. 13-03-04 10:15 Trauma JA. No dolor. Mov. Pasiva dedos posible, buen llenado capilar, no movilidad activa. Mismo manejo. Firma ilegible, sin nombre. 14-03-04 10:00 Aun sin movilidad activa, buen llenado capilar distal. Suspender dicloxa. AP mañana. Firma ilegible, sin nombre. 15-03-04. 8º día postqx. Llenado distal OK. No movilidad activa. Codo con edema discreto y flictenas secas. En condiciones de egresarse, previo VoBo médico tratante. Mismas indicaciones. Firma [REDACTED] sin nombre. Hojas 16 a 19, hoja de registro clínicos y tratamientos, hojas de control de tratamiento. Hojas 20 a 23, notas de enfermería. Hojas 24 a 26 notas de valoración por Traumatología en consulta externa. Dr. [REDACTED] [REDACTED] día 25 de marzo del 2004. Enviado a Rehabilitación el día 22 de marzo del 2004 con pase urgente. Se detecta miembro torácico derecho con edema residual a nivel codo con incapacidad para la movilización dedos y manos como la sensibilidad. 15-abril-04 Ha cursado con déficit neurológico distal de MTD. Inició fisioterapia el 29 de marzo de 2004 y se solicita (sic) electromiografía de MTD reportando poca respuesta para nervio radial

y sin respuesta para nervio cubital y mediano. Se solicita valoración por Neurología. Considero que se ha observado discreta mejoría y se debe continuar con manejo conservador y vigilancia estrecha. Hoja 27 nota de valoración por Neurología en consulta externa Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]. 16-abril-04. Se accidento el 05-03-04 cirugía de codo el 07-03-04 y quedo lesión de nervios motores del brazo derecho, incluso en MFR solicitaron veloc. de coducc. Nerviosa que muestra bloqueo completo de mediano cubital y radial. Sugiero valoraciones por Cirugía Plástica y Neurocirugía, pero indico rehabilitación por más de 6 meses. Hoja 28 nota de valoración por Neurocirugía en consulta externa Dr. [REDACTED] I. D. secuelas de lesión traumática compresiva del plexo braquial distal con afección del nervio radial, mediano y cubital (derechos). Opina continuar con fisioterapia y apoyo analgésico. Hojas 30 a 38 valoración por Cirugía Plástica en consulta externa Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 21-mayo-04, con orden de internamiento para cirugía 27-mayo-04. Se realizo liberación de contractura mano derecha (según nota de enfermería hoja 37). Hojas 42 a 79 notas de valoración por medicina Física y Rehabilitación. Citas a fisioterapia y rehabilitación. Documentándose síndrome de Volkmann. Resultados. Entre las lesiones del codo podemos mencionar a las fracturas supracondíleas, representan entre el 15 y 30% de todos los casos. En este tipo de lesiones es obligado una evaluación clínica inmediata y repetida de la función neurovascular del miembro, vigilando coloración de la mano y los dedos, el pulso radial y la función de los nervios cubital, mediano y radial. En las fracturas desplazadas puede optarse por diferente tratamiento según sea el caso: Reducción y férula posterior. Caso de que la fractura sea inestable se puede optar por la fijación con agujas de kirschner. Las fracturas con compromiso vascular suponen una urgencia quirúrgica, debiendo procederse a la fijación de la misma a cielo abierto. Síndrome compartimental de antebrazo. El síndrome compartimental de antebrazo es una entidad clínica en la que, las altas presiones en el interior de un compartimiento muscular, comprometen la circulación de los nervios y músculos en su interior con la consiguiente pérdida de la función. La contractura de Volkmann es el término más conocido para referirse a las consecuencias últimas de una isquemia compartimental. Un traumatismo suele ser la principal causa de un síndrome compartimental, seguido de una posible lesión arterial. Las fracturas supracondíleas del niño suele ser la principal causa. Las fracturas de antebrazo y de cabeza radial también pueden provocar la aparición de un síndrome compartimental, así como un traumatismo de partes blandas sin fractura o por quemaduras. El primer síntoma suele ser dolor de intensidad superior al que cabe esperarse por las características de la lesión y que no cede a la inmovilización. Otros síntomas precoces son la inflamación, entumecimiento, y debilidad de antebrazo afectado. El signo más objetivo suele ser la tensión del comportamiento, lo cual resulta tremendamente difícil de cuantificar por palpación. El dolor provocado por la movilización pasiva de la musculatura afectada es el primer indicio de una posible isquemia muscular; este signo puede quedar enmascarado si el traumatismo afectó directamente la masa muscular. El

primero signo de isquemia nerviosa es la aparición de parestesias en el territorio correspondiente, seguido de hiperestesia y, finalmente anestesia, también es frecuente la aparición de peresia. Los pulsos periféricos y el llenado capilar son prácticamente normales, excepto en los casos de lesiones de troncos arteriales. Las complicaciones asociadas al uso de torniquete arterial (venda de Smarch) pueden aparecer por un uso apropiado o pueden estar asociadas a las fases del uso del mismo. Pueden existir entre otras; lesiones arteriales en pacientes con riesgo de oclusión arterial. Lesiones musculares. El músculo es más susceptible al daño por isquemia que el nervio. El daño muscular es más severo debajo del torniquete por exponerse a la presión isquemia. Con el aumento del tiempo de torniquete hay hipoxia tisular progresiva, acidosis y enfriamiento del miembro ocluido. El daño histológico es evidente después de 30 a 60 minutos de tiempo de torniquete. Además existen cambios tisulares, edema, síndrome compartimental, que es muy raro, síndrome post-torniquete con la extremidad pálida, inflamada, rígida pero sin parálisis, la etiología principal es el edema postoperatorio. Existe también un amplio espectro de problemas neurológicos desde parestesias hasta parálisis completa. La información actual sugiere que la aplicación continua del torniquete arterial no debería de exceder de las 2 horas. En relación del caso del menor [REDACTED] se pueden hacer las siguientes consideraciones: Estas consideraciones se hacen sobre el análisis del expediente clínico del paciente arriba mencionado, sin tener al alcance los estudios radiológicos, los estudios de conducción nerviosa y sin examinar al paciente para revisión clínica. Cabe aclarar que no existe una buena integración del expediente clínico, de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana, detectándose falta de consentimientos válidamente informados acordes a los procedimientos realizados, hay notas incompletas y firmas ilegibles, no cuenta con nota postoperatoria de Cirugía Plástica entre otras observaciones. De acuerdo al leal saber y entender de la práctica y de la Lex Artis ad hoc de la especialidad de Traumatología, podemos considerar que el procedimiento quirúrgico realizado si estaba indicado dado a que se puede tratar este tipo de lesiones de varias formas siendo una de ellas la reducción abierta y osteosíntesis mediante clavillos de Kirschner. (1) Como parte integral para poder realizar dicho procedimiento quirúrgico es necesario utilizar un método de isquemia regional para lo cual el instrumento indicado y adecuado es la utilización de un manguito neumático ya sea manual o mecánico, ya que de ésta forma se controla con precisión la cantidad de presión ejercida sobre el miembro y al mismo tiempo la duración de dicho procedimiento isquémico. En el caso que nos ocupa no se utilizó este instrumento sino que está referido en la nota quirúrgica la utilización de venda Smarch, dicha venda no ofrece seguridad de control dado que no se sabe la presión que se ejerce y por si misma nos puede ocasionar trastornos neurocirculatorios por compresión. No omito señalar que el uso de la venda Smarch es por disponibilidad institucional de insumos. (2). Además cabe aclarar que no existe en la nota quirúrgica y no hay nota u hoja de Anestesiología en las que se especifique el tiempo de isquemia condicionado por la colocación de la

venda de Smarch. Otro punto importante a aclarar es el de que la Institución hospitalaria debe contar con el equipo adecuado para el desarrollo de este tipo de procedimientos y lo más conveniente es contar con un manguito neumático, ya sea manual o mecánico. Así mismo vale la pena mencionar que al ingreso a la unidad hospitalaria, el paciente fue valorado por el médico de urgencias, quien autorizó su ingreso a hospitalización y no por el especialista del área de Traumatología, lo cual establece una falta de apego a la Lex Artis Medica. Nos dice Jhon A. Ogden en su libro en su libro Traumatismos del Esqueleto en el Niño, en la página 263 al hablar de isquemia de Volkmann que los cinco signos clásicos de alarma de la isquemia de Volkamn son: dolor, palidez, (cianosis), ausencia de pulsos, parestesia y parálisis, el más importante de ellos es el dolor, y se sospechará esta complicación cuando aparece dolor progresivo en el antebrazo a consecuencia de un traumatismo del codo y del antebrazo. En este caso de [REDACTED], el dolor se refiere junto con aumento de volumen desde la nota referida en el expediente clínico del 8 de marzo del 2004 a las 12:20Hrs., incluso en la nota que refiere dos días después de operado hay edema, disminución de la movilidad y de la sensibilidad de los dedos de la mano del miembro operado. Considerando que aquí ya estaba establecido el cuadro de parálisis isquémica de Volkmann en su fase inicial. En esta fase el responsable del caso que consideramos es quien lo operó, debió de diagnosticar y tomar las medidas necesarias de intento de rescate, que muchas veces es infructuoso. El mismo autor mencionado en el punto 3 refiere al igual que Tachdjanen en el libro de Ortopedia Pediátrica segundo tomo pág. 1570 que la fractura supracondílea humeral por sí sola puede causar la parálisis isquémica de Volkmann. El responsable del manejo del torniquete en la cirugía ortopédica de miembros ya sea torácicos o pélvicos es en forma compartida tanto el cirujano como el anestesiólogo, dado que ya iniciado el procedimiento quirúrgico el que debe vigilar dicho instrumento es el anestesiólogo. Como se puede constatar en: JAFFER. A. Anestesiologist's manual of Surgical Procedures. Reven Press New York 1997. En conclusión, de acuerdo al análisis del expediente, la opinión final es de que la complicación de parálisis isquémica de Volkmann de [REDACTED] como no se asienta en las notas iniciales, dicha complicación bien puede ser que ya se podría considerar complicación propia de la fractura en sí misma, o por otro lado complicación de la colocación de la venda Smarch. En nuestra opinión no hubo completo apego a Lex Artis Médica por falta de una revisión clínica inicial tardía y al no detectarse una complicación que bien puede ser por la fractura misma o por el procedimiento quirúrgico asociado al uso de la venda de Smarch, complicación que de cualquier forma es en si misma, es de mal pronóstico. A solicitud expresa a su oficio 0039/008, se emite dictamen médico. PRIMERO.- En la intervención brindada al menor [REDACTED] en el Hospital Magisterio de Saltillo Coahuila, existe la posibilidad de daño a la salud, por intervención médica, consistente en parálisis isquémica de Volkmann, sin embargo es pertinente aclarar que la fractura supracondílea desplazada, por si sola puede causar parálisis isquémica de Volkmann pero no está consignado en

las evaluaciones de traumatología previas a procedimiento quirúrgico. La primera evaluación por Traumatología se realizó 7 horas después de ingreso hospitalario y no en el servicio de urgencias (la cual debió haber sido realizada por el Dr. [REDACTED], como indica la Lex Artis Médica. Además existe la posibilidad de que el uso de la venda de Smarch pudo haber provocado la lesión de parálisis isquémica de Volkmann. En base al análisis del expediente clínico, en la atención brindada al menor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], consideramos que la intervención del personal de enfermería fue la adecuada. De igual forma en lo que respecta a la actuación del Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] se concluye que actuó conforme a la Lex Artis Médica, toda vez que al momento de su intervención (el día 27 de mayo del 2004), las lesiones por contractura isquémica de Volkmann estaban ya establecidas y que dichas lesiones son de mal pronóstico. SEGUNDO.- Las lesiones producidas (según la nota de evaluación, por parte del servicio de Medicina Física y Rehabilitación consignada en el expediente de fecha 17 de junio de fecha 17 de junio del 2006) consisten en incapacidad para empuñar la mano, incapacidad para flexión de articulación metacarpofalángica, incapacidad para extensión de dedos. Codo con supinación 25 grados, pronación completa. Articulaciones metacarpofalángicas completas, articulaciones interfalángicas proximales completas, articulaciones interfalángicas distales con limitación de 15 grados para extensión completa. Disminución de fuerza muscular para flexores de muñeca y dedos, disminución de fuerza muscular para extensores de los dedos. No extensión de articulación interfalángica distal. Supinación incompleta, pronación completa, hipotrofia de masa muscular en región tenar e hipotenar. Las lesiones documentadas en el caso del menor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] ocasionan lesión permanente parcial. TERCERO.- En la atención brindada al menor [REDACTED] [REDACTED] existe evidencia de responsabilidad profesional ya que existe la posibilidad de que la fractura supracondílea desplazada, por sí misma sea la causa de la parálisis isquémica de Volkmann y no está documentado en las evaluaciones por parte de Traumatología, dicha posibilidad. Así mismo en caso de que la parálisis isquémica de Volkmann fuera condicionada por el uso de la venda de Smarch, es responsabilidad del médico que realizó cirugía (Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]), y una vez iniciado el procedimiento quirúrgico y durante el desarrollo del mismo, la vigilancia de complicaciones asociadas al uso de la venda de Smarch es una responsabilidad compartida entre el Traumatólogo como jefe del equipo quirúrgico y el Anestesiólogo. CUARTO.- La calificación del tipo de incapacidad conforme a lo previsto por la Ley Federal del Trabajo, no es competencia y escapa de las funciones de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico. QUINTO Y SEXTO.- Como ya se mencionó previamente las lesiones que produce la contractura isquémica de Volkman en el antebrazo derecho pueden ser consecuencia de la fractura supracondílea desplazada o bien estar condicionadas por el uso de la venda de Smarch. Dicha lesión no tiene relación con la posición en la que se encontraba el menor [REDACTED] [REDACTED] durante el tiempo en que estuvo hospitalizado...."

TERCERO.- Acta circunstanciada de fecha diez de junio de dos mil nueve, mediante la cual se solicita copias simples de la interpretación médica de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, a la Agencia del Ministerio Público del Cuarto Grupo de Delitos Contra la Vida e Integridad Corporal, la que hace entrega de diez fojas útiles, en las que se manifiesta lo siguiente: "... DR. [REDACTED], Perito Médico Forense de la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila, legalmente autorizado para ejercer mediante la cédula profesional No.- [REDACTED] expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con estudios profesionales en Medicina General y con estudios de postgrado en la Especialidad de Gastroenterología, con Nombramiento de Auxiliar en la Administración de Justicia en la Categoría de Medicina Forense por parte del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Coahuila mediante el oficio No.- [REDACTED] Certificado No.- [REDACTED] por el Consejo Mexicano de Medicina Legal y Forense A. C. para ejercer la especialidad de Medicina Legal y su práctica forense, mayor de edad, estado civil casado....

OPINIÓN TÉCNICO MÉDICA LEGAL OBJETO DEL DICTAMEN Emitir una Opinión Técnico Médica legal, para saber si existe algún tipo de responsabilidad penal, según los hechos narrados en el escrito presentado por el C. [REDACTED]

[REDACTED], con relación a la atención médica brindada al menor [REDACTED] de [REDACTED] años de edad en la Clínica del Magisterio, de esta ciudad.

MATERIAL DE ESTUDIO Con la finalidad de emitir la presente opinión, se me pone a la vista el siguiente material para su estudio, que consiste en: Constancia de hechos No.- 4088, presentada el día 20 de mayo de 2005, por el C. [REDACTED]

[REDACTED]. Expediente clínico del Hospital del Magisterio No.- [REDACTED] Del menor [REDACTED] Opinión técnico médica elaborada

por la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, basados en la revisión del expediente clínico del menor [REDACTED] Constancias de atención médica brindada al menor. Revisión clínica del menor [REDACTED]

[REDACTED] Bibliografía referente al caso. **CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES.**

PRIMERA: Con respecto a la constancia de hechos no.- 4088/2005, se establece que el día 7 de marzo del año 2004, el menor [REDACTED] fue intervenido quirúrgicamente en la Clínica del Magisterio de esta ciudad por los doctores [REDACTED] Y [REDACTED]

[REDACTED] de quienes sufrió una negligencia que se refiere en un escrito que anexa a dicha constancia. El escrito en mención tiene el carácter de querrela por el delito de LESIONES GRAVÍSIMAS y demás que resulten por hechos cometidos en perjuicio y menoscabo de la salud del hijo de los C. [REDACTED]

[REDACTED] Y [REDACTED]. Con relación a dicho escrito, a continuación se consideran datos de interés para la presente Opinión, la información que se contiene en los siguientes puntos de la querrela. Punto No.- 1: El día 5 de marzo de 2004, el menor [REDACTED] de [REDACTED] años de edad, sufrió una caída presentando traumatismo en codo derecho con fractura

supracondílea humeral desplazada. Fue atendido en el Hospital San José de Ciudad Acuña, Coahuila, ordenando manejo quirúrgico, sin embargo, por ser derechohabiente, al menor se le trasladó a esta ciudad capital para su manejo en la Clínica del Magisterio. Punto No.- 2: El menor ingresó el día 6 de marzo de 2004, siendo intervenido hasta el día 7 de marzo de 2004, refieren los denunciantes haber recibido malos tratos desde el principio de la atención sin especificar por parte de quién, pero además refieren una atención médica deficiente. Se refiere que el DR. [REDACTED] realizó la intervención, pero éste ya no siguió la evolución postoperatoria del paciente, lo cual fue hecho por el DR. [REDACTED] quien a pesar de apreciar una serie de signos, los consideró como normales lo cual produjo la pérdida de la función del antebrazo derecho del menor, Punto No.- 3: Que posterior a una serie de anomalías, las cuales no se refieren, el menor fue dado de alta para continuar manejo con rehabilitación, sin embargo, nunca hubo ésta. El 27 de mayo de 2004 el DR. [REDACTED] intervino al menor refiriéndoles que el menor tenía su antebrazo cicatrizado y que perdió el movimiento total del antebrazo, mano y dedos derechos, sin posibilidad de anejo (sic) médico. Punto No.- 4: El menor ha sido sometido a manejo por especialistas en reconstrucción de la mano, sin embargo, el médico les ha dado muy mal pronóstico funcional. SEGUNDA: Del análisis del expediente clínico, se desprende la siguiente información de interés: Se tiene copia de nota del DR. [REDACTED] Médico Cirujano Ortopedista y Traumatólogo, de fecha 9 de noviembre de 2004, en el que establece que el menor, el día 5 de marzo de 2004 presentó caída desde su mismo nivel de sustentación, presentando traumatismo en codo derecho, con deformación, buen llenado capilar, sin compromiso neurocirculatorio distal y con movimientos de flexo extensión de los dedos, se le colocó férula posterior en flexión de 100° verificando la circulación, siendo satisfactoria. Menciona que le indicó a los padres del tipo de fractura, siendo esta una supracondílea humeral desplazada, para la cual el manejo es quirúrgico, bajo anestesia, para la reducción y fijación de la misma sin embargo se decide su traslado al Hospital Magisterio por ser derechohabiente. Refiere que a la fecha del informe, el menor (sic) presenta con secuelas de contractura de Volkmann y Síndrome Compartimental posteriores a la reducción por compresión vascular (arteria braquial) o la prolongación del tiempo para la resolución de la fractura. Presentan una copia de una receta médica con los datos del especialista, donde se establece que el menor presenta una fractura supracondílea humeral derecha desplazada y que requiere manejo quirúrgico con reducción por medidas externas y reducción abierta con fijación con clavillos cruzados. En esta misma hoja aparece la receta del DR. [REDACTED] por dos clavos de Kirschner 0.62 o de Steinman s/64. En el expediente clínico aparecen cartas de consentimiento bajo información de ingreso hospitalario, de consentimiento bajo información de procedimiento anestésico y de consentimiento bajo información para cirugía, mismas que son firmadas por el C. [REDACTED] dentro del expediente [REDACTED] del menor [REDACTED] de [REDACTED] años de edad,

en fecha 6 de marzo de 2004, en las que como médico tratante aparece el DR. [REDACTED]. Con la finalidad de analizar la información que se desprende del Expediente Clínico en cuestión, a continuación se hace referencia por días de la evolución del paciente. 6. DE MARZO DE 2004: Nota del médico de urgencias, quien indica que a las 3:10 horas ingresa el paciente, el cual es enviado de Ciudad Acuña por Médico Ortopedista Privado, comunicando el caso al Traumatólogo de Guardia, DR. [REDACTED], quien indica la hospitalización, dejándolo en ayuno, con soluciones y analgésicos, A las 10:30 horas, es valorado por Traumatólogo del turno matutino, sin especificar el nombre, quien establece que la férula posterior es funcional y sin datos de compromiso neurovascular distal. Inicia dieta, solicita nueva radiografía y material de osteosíntesis. Ese mismo día, sin hora, una nota de Medicina General de una DRZ, con nombre ilegible, que informa que el menor refiere dolor en sitio de fractura, administrándole analgésico. Nota de las 21 horas de traumatología, en donde refiere al menor asintomático, con férula funcional, sin compromiso neurovascular distal, lo deja en ayuno, y agrega analgésico narcótico. 7 DE MARZO DE 2004: Nota quirúrgica en donde se establece el diagnóstico preoperatorio de Fractura supracondílea; operación proyectada Reducción Abierta y Fijación interna mas clavillos "K". El cirujano fue el DR. [REDACTED] el ayudante la DRA. [REDACTED], el anesthesiólogo el DR. [REDACTED] el tipo de anestesia fue General. En la descripción de la técnica se describe que se colocó isquemia del brazo con venda Smarch, se realiza incisión lateral, se disecciona por planos, se localizan bordes de fractura, y se realiza reducción y colocación de clavos cruzados "K", se toman radiografías de control, apreciándose reducción adecuada, se satura en dos planos, se retira isquemia, con buen llenado capilar y se coloca férula posterior. No se desprende el tiempo de de isquemia utilizado. Nota postoperatoria a las 10:15 horas, donde se determina que no hubo complicaciones y que el sangrado fue mínimo por la isquemia. 8 DE MARZO DE 2004: Se refiere primer día postoperatorio, con presencia de edema distal, no movimientos de dedos, llenado capilar OK, se insiste al paciente en el movimiento de los dedos y elevación continua, así como vigilancia y continuas manejo. A las 12:20 horas, se refiere en nota que el paciente presenta edema de mano ++, dolor leve, no maniobras por dolor, afebril, continua mismo tratamiento, lo dejan en Prealta. A las 17:10 horas, se refiere que cursa con edema distal y edema en codo, con equimosis, herida quirúrgica limpia, con férula de yeso, se afloja el vendaje, se continúa con mismo manejo y alta el próximo miércoles. 9 DE MARZO DE 2004: Segundo día postoperatorio, nota sin hora de elaboración donde se establece que el paciente presenta edema y no moviliza los dedos, refiere además disminución de sensibilidad de dedos y la mama cuestiona en exceso, se le explica. Otra nota sin hora de elaboración, donde se establece que el paciente continuo con la misma sintomatología por edema severo a nivel del codo, ya que se observa una flictena pequeña, la piel está a máxima tensión. Se inicia manejo con esteroides intravenosos. 10 DE MARZO DE 2004: Nota sin hora de emisión donde se establece que el paciente continua con edema+++ en codo derecho, no coopera para valorar la movilidad

de los dedos, hoy se rompe la flictenas y se deja el vendaje floro (sic). No hay dolor a la movilización pasiva de los dedos, mano y antebrazo. La herida quirúrgica se reporta limpia. 11 DE MARZO DE 2004: La nota de las 15 horas realizada por el DR. [REDACTED], refiere que durante su tercer día postoperatorio, la madre lo refiere asintomático, descubrió la herida apreciado edema +++ , desde tercio medio del brazo hasta la mano. Presenta flictenas en cara anterior del antebrazo, herida quirúrgica limpia, no exudados, paciente poco cooperador, no permite valorar su movilidad, con anestesia de dorso de mano, palma y cara dorsal de antebrazo. 12 DE MARZO DE 2004: Nota de las 10:15 horas en donde se determina que el llenado distal esta normal. Nota a la 13:55 horas en donde se refiere al paciente muy aprensivo, llora frecuentemente, no moviliza mano. Se considera que se puede dar de alta con control en su clínica de adscripción. Nota de las 19:00 horas, se refiere que el paciente no coopera para movilidad de dedos, la movilización pasiva es sin dolor, aunque persiste edema en el codo. 13 DE MARZO DE 2004: No se refiere dolor, la movilización pasiva de los dedos es posible, hay buen llenado capilar, pero no hay movilidad activa. 14 DE MARZO DE 2004: Nota de las 10 horas, en la que la madre refiere según el médico, que el paciente presenta sensibilidad a nivel del tercio medio del antebrazo y dolor en el primer dedo, aún sin movilidad activa, pero con buen llenado capilar distal. 15 DE MARZO DE 2004: Se refiere que el llenado distal es normal, no hay movilidad activa, el codo aún con el edema discreto y flictenas secas, considerándolo en condiciones de egresarlo. 16 DE MARZO DE 2004: Nota en la que se refiere que no mueve los dedos y el llenado distal es normal. Nota de ese mismo día donde se le da de alta con cita a consulta externa el día 19 de marzo de 2004. 25 DE MARZO DE 2004: Nota el DR. [REDACTED] [REDACTED] traumatólogo, en la que se refiere que el paciente acude a revisión, así como que el día 22 de marzo se envió a rehabilitación con pase urgente. Refiere a la exploración que el miembro torácico derecho aun presenta edema residual a nivel del codo, con incapacidad para la movilización de los dedos. Se le retira la férula de yeso para continuar con movilización activa. 1 DE ABRIL DE 2004: Nota del DR. [REDACTED] [REDACTED], Médico Traumatólogo, en la que informa que en la actualidad el paciente está en rehabilitación física, se le indica a la mama (sic) que acuda el fin de semana con médico que lo operó para retiro de clavillos. Al revisarlo aprecia el miembro torácico izquierdo con edema y equimosis, e incapacidad para movilizar dedos y muñeca. Solicita radiografías en dos posiciones del codo izquierdo, hay un error en la nota puesto que es el lado derecho el afectado. 14 DE ABRIL DE 2004: Reporte de estudio de electro miografía y electro neurografía de las extremidades superiores, realizado por el DR. [REDACTED] [REDACTED] Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología y Neurofisiología, en el que se concluye que la electro miografía es francamente anormal con inestabilidad de membrana celular que conforma un patrón nueropático con afección severa. La electro neurografía muestra un bloqueo completo sensitivo - motor axonal del mediano y cubital derechos e incompleto en el radial con patrón desmielinizante. 15 DE ABRIL DE 2004: Nota del DR. [REDACTED]

██████████ Médico Traumatólogo, refiere que a raíz de la reducción abierta realizada por el DR. ██████████, el paciente ha cursado con déficit neurológico distal en el miembro torácico derecho, inicio fisioterapia el día 20 de marzo de 2004, donde solicitaron estudios de electromiográficos, reportando poca respuesta para nervio radial y sin respuesta para nervio cubital y mediano. Establece que durante el postoperatorio presento edema severo incluso presentó flictenas. Solicita radiografías de control para retiro de los clavillos y solicita valoración por neurólogo. Considera que ha observado discreta mejoría y que debe continuar con manejo de conservador. 16 DE ABRIL DE 2004: Nota del DR.

██████████ Médico Neurólogo, quien al revisar al paciente aprecia parálisis periférica de nervios motores de mediano, cubital y radial. Difiere de las recomendaciones quirúrgicas, y sugiere valoración por cirugía plástica y neurocirugía, así como rehabilitación prolongada. El diagnóstico es de Neuritis Posquirúrgica. 26 DE ABRIL DE 2004: Nota del DR. ██████████

██████████ Médico Neurocirujano, en su nota refiere que la madre refiere que posterior al retiro de clavillos, tuvo una mejora sensitiva, persistiendo el problema motor, no puede realizar movimientos de la canilla y dedos, hay dolor neuropático principalmente en la cara anterior del antebrazo. Su impresión diagnóstica es de lesión traumática - compresiva del plexo braquial distal, con afectación del nervio radial, mediano y cubital derechos. Su opinión es continuar con fisioterapia y apoyo analgésico. 21 DE MAYO DE 2004: Nota del DR. ██████████

██████████ Médico Cirujano Plástico, quien establece que el paciente presenta contractura cicatricial en antebrazo derecho, sin mejoría con la rehabilitación, requiere de liberación de tendones y v (sic) nervio mediano cubital. Se programa para el día 27 de mayo y se solicitan preoperatorios. 27 DE MAYO DE 2004: En el expediente clínico aparecen cartas de consentimiento bajo información de ingreso hospitalario, de consentimiento bajo información de procedimiento anestésico y de consentimiento bajo información para cirugía, misma que son firmadas por la C.

██████████ dentro del expediente ██████████, del menor ██████████ de ██████████ años de edad, en fecha 27 de mayo de 2004, en las que como médico tratante aparece el DR. ██████████

Nota operatoria de fecha 27 de mayo de 2004, realizada por el DR. ██████████

██████████ en la que el diagnóstico preoperatorio fue: Contractura de tejidos blandos de cara anterior de antebrazo derecho; La operación realizada fue una Exploración, y los hallazgos fueron: Se encontraron todos los tendones flexores isquémicos, desvitalizados y cicatrizados, al igual que todos los músculos se liberan nervios medianos y cubital, así como los tendones flexores y se cierra herida. Se da de alta el mismo día. 7 DE JUNIO DE 2004: Dictamen médico

elaborado por el DR. ██████████ Médico especialista en Cirugía de la Mano y Microcirugía reconstructiva y Cirugía Plástica, quien revisa al menor apreciando imposibilidad a la flexo extensión de los dedos de la mano derecha y pronación de la muñeca como consecuencia de fibrosis de los vientres musculares a nivel del antebrazo. Se propone intervención quirúrgica para realizar trasplante muscular del recto interno del muslo para dar flexión de los dedos una vez

resecado el tejido fibroso del antebrazo. Dictamen médico elaborado por el DR. [REDACTED] [REDACTED] Médico especialista en Cirugía de la Mano y Microcirugía reconstructiva y Cirugía Plástica, sin fecha en el que se establece que el menor fue intervenido el día 23 de junio de 2004, realizando autotransplante muscular del recto interno del muslo derecho para el antebrazo derecho. La evolución es muy satisfactoria hasta la actualidad en que inicia con contracciones musculares voluntarias flexionando parcialmente los dedos. Requiere seguir con rehabilitación con electroestimulación del músculo transplantado y ejercicios para mejorar los arcos de movimiento utilizando las modalidades y férulas que se estimen necesarias. Se considera que en enero de 2005 se realice ajuste quirúrgico de la longitud de las fibras musculares (acortamiento) para lograr mejor empuñadura de su mano. No será dado de alta hasta no ver mejoría absoluta en la empuñadura de su mano derecha. 6 DE DICIEMBRE DE 2004: Dictamen médico elaborado por el DR. [REDACTED] [REDACTED] Médico especialista en Cirugía de la Mano y Microcirugía reconstructiva y Cirugía Plástica, en donde contesta a información solicitada por la C. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]. En este destaca la información de que el paciente nunca va a poder tener la función como antes. La sensibilidad que llegue a recuperar será muy burda y la intervención practicada fue con la finalidad de brindarle movimiento a los dedos de una manera muy básica. 18 DE FEBRERO DE 2005: Dictamen médico evolutivo elaborado por el DR. [REDACTED] [REDACTED] Médico especialista en Cirugía de la Mano y Microcirugía reconstructiva y Cirugía Plástica, en donde se refiere que el paciente fue intervenido el día 9 de febrero de 2005 para realizar liberación de adherencias de músculo transplantado, así como la plastia de oposición del pulgar y plicatura músculo tendinosa para acortamiento de fibras musculares en el antebrazo derecho. Su evolución ha sido satisfactoria hasta la actualidad y que requiere un programa de rehabilitación con un seguimiento muy estrecho. TERCERA: A continuación me permito analizar la opinión técnica médica elaborado por la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, basados en la revisión del expediente clínico del menor [REDACTED] [REDACTED]. Del análisis del mismo se desprenden los siguientes puntos de interés: 1.- Que la integración del expediente clínico no es acorde a la Norma Oficial Mexicana respectiva, ya que se ha detectado la falta de consentimiento válidamente informado sobre los procedimientos quirúrgicos realizados, la presencia de notas incompletas e ilegibilidad sobre los nombres de los médicos que realizan las notas y sus firmas. 2.- Que la utilización de la venda de Smarch para producir isquemia durante el procedimiento quirúrgico al que se sometió al menor para reparar la fractura que presentaba, no ofrece seguridad al utilizarse ya que la presión que se aplica en ella es regulable y se pueden ocasionar daños isquémicos por este procedimiento. No se cuenta con nota quirúrgica donde se determine el tiempo que se utilizó este mecanismo de isquemia. 3.- al paciente no lo valora el especialista a su llegada al centro de atención médica, siendo el médico de urgencias quien hospitaliza al menor. 4.- Aun y cuando el tipo de fractura que presentó el menor, de acuerdo a la Literatura Médica es capaz de producir la

complicación de la parálisis isquémica de Volkmann, se advierte el retardo en la identificación de esta complicación por parte del médico tratante que intervino quirúrgicamente al menor. 5.- Que existen elementos de corresponsabilidad entre el cirujano tratante y el anestesiólogo (DR. [REDACTED]) para la aplicación y control de la isquemia durante el procedimiento quirúrgico al brazo que se intervenía. 6.- La revisión inicial por el especialista es tardía. 7.- No se identificó la complicación. 8.- No se intentó de manera oportuna algún procedimiento de rescate o tendiente a limitar la lesión. 9.- No existe completo apego a la Lex Artis Médica. 10.- Que la primera evaluación del paciente por especialista en Traumatología (DR. [REDACTED]) se realizó siete horas después de su ingreso hospitalario. 11.- Se determina que el DR. [REDACTED] debió haber atendido oportunamente al menor y hospitalizarlo a su ingreso. 12.- Por lo que respecta al DR. [REDACTED] se consideró que su intervención es apegada a la Lex Artis Médica, toda vez que al momento de su intervención la complicación estaba ya establecida y que por sí misma es una condición clínica de mal pronóstico. 13.- Que las lesiones que presenta el menor, y que ocasionan lesión permanente parcial, son las siguientes: Incapacidad para empuñar la mano. Incapacidad para la flexión de la articulación metacarpofalángica, Incapacidad para la extensión de los dedos de la mano, Codo con limitación de la supinación, siendo ésta de 25°, pronación completa, Limitación para la extensión completa (15°) de las articulaciones interfalángicas proximales, Disminución de fuerza muscular para flexores de muñeca y dedos de la mano, Disminución de fuerza muscular para extensores de los dedos, No existe tensión de la articulación interfalángica distal, Supinación incompleta, Pronación completa, Hipotrofia de la masa muscular en región tenar e hipotenar. CUARTA: Tengo a la vista constancia del DR. [REDACTED] Cirujano Plástico tratante del menor, quien establece que desde el día 10 de junio de 2004, atiende al menor por presentar un cuadro de contractura de Volkman en la extremidad superior derecha, secundaria a fractura del codo del mismo lado que resultó en Síndrome de compartimiento y necrosis de los músculos de la masa flexopronadora. Se realizó un autotransplante microquirúrgico del recto interno del muslo del mismo lado logrando darle flexión a los dedos con un rango de movimiento básico, posteriormente hubo necesidad de realizar dos intervenciones más para ajustar la longitud del músculo trasplantado hasta llegar a su estado actual, en que su función es limitada pero puede asir objetos, habiendo perdido en forma parcial la independencia a la flexión de los dedos y el pulgar presenta oposición aunque muy básica. Además se me pone a la vista constancia médica del DR. [REDACTED] de fecha 4 de mayo de 2009, en donde se establece que el menor se encuentra bajo supervisión anual y que no puede ser dado de alta hasta que complete su desarrollo músculo esquelético; ya que puede requerir de nuevos ajustes (intervenciones quirúrgicas) en la tensión de los tendones. QUINTA: Se realiza inspección clínica con interrogatorio y exploración física al menor [REDACTED] masculino de [REDACTED] años de edad, con domicilio en la calle [REDACTED] No.- [REDACTED] de la Colonia [REDACTED] en esta ciudad. A partir de lo

relatado en el expediente clínico descrito previamente, al menor se le realizó una cirugía el día 23 de junio de 2005, en la que le retiraron los tejidos muertos del antebrazo como músculos, tendones, nervios, vasos, y se le hizo una transposición de músculo del muslo implantándolo en el interior del antebrazo. Se le dio rehabilitación hasta hace dos años, que fue cuando se le realizó una última cirugía para recortar el músculo implantado y lograr mejorar la prensión de los dedos de la mano derecha. Desde hace dos años no se le dan sesiones de rehabilitación física, sólo realiza ejercicios en su domicilio. El menor era diestro, sin embargo, ha tenido que aprender mediante sesiones de apoyo en su escuela para hacer sus actividades con la mano izquierda. No presenta fuerza en la extremidad superior derecha, niega sensibilidad a partir del codo en forma distal. Su médico tratante le ha comentado a la madre del menor, que no es posible dar de alta al menor hasta que termine su crecimiento y que existe la posibilidad de nuevas intervenciones quirúrgicas para mejorar los movimientos de la mano. A la exploración física se aprecia lo siguiente: Existe hipotrofia del antebrazo, brazo y mano. El paciente logra la flexión del antebrazo sobre el brazo de manera normal, al extender el antebrazo, se aprecia deformación patológica de la región del codo, no presenta movimientos de pronación o supinación del antebrazo. La flexión de la muñeca se encuentra disminuida, la extensión de la muñeca es normal. No existen movimientos de los dedos por músculos imbricales, existe flexión superficial, mas no profunda. Presenta una cicatriz quirúrgica de aproximadamente 10 centímetros en la cara posterior externa del codo derecho. Cicatriz queloide que se extiende desde el tercio inferior de la cara interna del brazo, cara interna del codo, tercio proximal del antebrazo derecho, en trazo oblicuo hacia la cara anterior externa y hacia el tercio distal de la cara anterior interna del antebrazo derecho. Cicatriz queloide de 35 centímetros de longitud en la cara interna del muslo del lado derecho que se extiende hasta la cara interna de la rodilla. Cicatriz de 15 centímetros sobre la cara anterior externa del antebrazo derecho, que se extiende hacia la región tenar de la mano, incluyendo la articulación de la muñeca. SEXTA: Se realiza investigación bibliográfica en el libro ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA: Valls., Porruelo, Aiello, Khon Tebner, Carnevale. Ed. El Ateneo, así como el libro MEDICINA FORENSE Y DEONTOLOGIA MÉDICA, de Eduardo Vargas Alvarado, de la Editorial Trillas, en el que se establecen las siguientes situaciones: FRACTURA SUPRACONDILEA DEL HUMERO Es la fractura del codo más frecuente en los niños de 4 a 12 años; muy rara después de la segunda década de la vida: La línea de fractura cruza transversalmente la metáfisis a una altura variable, en la parte menos resistente de la paleta humeral. Se producen habitualmente por mecanismo indirecto; lo más frecuente es una caída sobre la palma de la mano con el codo semi flexionado o extendido (tipo en extensión). En el tipo por flexión que se produce por caída sobre el codo en marcada flexión, el trazo es oblicuo hacia atrás y abajo y el fragmento distal se desplaza hacia adelante. Síntomas: En las fracturas sin desplazamiento el signo más importante es el dolor localizado a la presión. En las fracturas por extensión, desplazadas, el codo está en semiflexión y el niño sostiene el antebrazo con la

mano del otro miembro. Hay deformación por el derrame y los desplazamientos fragmentarios, equimosis lineal sobre el pliegue de flexión, y puede palparse por adelante el extremo aguzado del fragmento proximal; la línea epicondiloepitrocLEAR continúa pasando por el vértice del olécranon y hay impotencia funcional absoluta. Debe explorarse sin demora el estado de la circulación y la función nerviosa distales al foco de fractura. Complicaciones: La piel anterior del codo puede ser lesionada desde los planos profundos por un fragmento diafisario muy puntiagudo. Los vasos humerales y los nervios de la región pueden ser contundidos, desgarrados, enganchados o comprimidos por los fragmentos. La lesión arterial por enganche, contusión y espasmos consecutivo es una de las causas principales de complicación primaria más grave de estas fracturas: el síndrome isquémico, que conduce posteriormente a la retracción vascular por fibroesclerosis, descrita por Volkmann, en los músculos flexores y pronadores del antebrazo. Se describe también como causales de esta complicación todo aumento de presión en los compartimentos musculoponeuróticos, por yesos ajustados, hematomas subaponeuróticos, etc. Puede observarse con carácter pasajero la paresia primitiva del nervio mediano, menos veces, parálisis tardía por distensión del nervio o su englobamiento en el callo. Pronóstico es bueno, salvo cuando existen complicaciones vasculares o nerviosas o persisten desplazamientos que alteran la mecánica funcional del codo. El llamado tope anterior, sapiencia que resulta de la incorrecta reducción del desplazamiento rotatorio entre los fragmentos limita la flexión en grado decreciente con el tiempo, pues el crecimiento del hueso en longitud lo va alejando. Tratamiento: En los casos sin desplazamiento cabe efectuar yeso axilopalmar con codo en 90° de flexión. La reducción de las fracturas desplazadas debe hacerse bajo anestesia general, dada a la edad de los pacientes, y para que las maniobras sean menos traumatizantes. En la variedad por extensión se tracciona del antebrazo en la dirección del eje del miembro, en forma sostenida, durante algunos minutos, y se corrige manualmente el desplazamiento lateral. Luego sin dejar de traccionar, se va flexionando el codo; la contrapresión se hace en la cara anterior del brazo, mientras el operador empuja el olécranon hacia delante; finalmente se corrige la rotación interna. La reducción del fragmento distal y a su contención requieren habitualmente de la colocación e inmovilización del codo en ángulo menor de 90°, lo que pueden determinar trastornos isquémicos. Una forma de evitarlos es fijar la reducción por osteodesis percutánea temporaria, con pequeños alambres de kirschner y yeso en ángulo recto. En los casos de reducciones estables o que toleran un ángulo menor de 90° se coloca yeso axilopalmar; en los otros casos será necesario el enyesado toracobraquial. Cuando no se logra la reducción manual o la fractura lleva varios días, puede colocarse extensión continua transolecraneana al cenit, y posteriormente hacerse el enyesado. En caso de existir alteración del pulso radial o enfriamiento y palidez cutánea de la mano, la reducción de la fractura debe realizarse con más urgencia que nunca, mediante las maniobras adecuadas, y si con ello no se logra la normalización circulatoria, se explorará quirúrgicamente y

sin más demora el foco de la fractura, a favor de una incisión en el surco bicipital interno. La liberación de la arteria traumatizada no basta a veces para eliminar el espasmo segmentario; con frecuencia deberá asociarse la simpatectomía pariarterial y en algunas ocasiones (menos frecuentes) sólo la aretriectomía segmentaria eliminará el espasmo de la arteria y de los vasos de la circulación colateral; de paso se reducirá la fractura y se fijara con osteodesis y yeso axiloplamar. En ambientes especializados, con posibilidad de realizar una vigilancia atenta y continuada del paciente, la intervención quirúrgica podrá ser precedida por un segundo intento incruento, consistente en la colocación de tracción transolecraneana al cenit, pero no deben transcurrir en total más de 3 horas entre el momento del accidente y la decisión de emprender la operación cruenta. La consolidación se logra en 30 a 35 días; luego se prescribirán ejercicios graduales, pero nunca se harán masajes, por peligro de las osificaciones periarticulares.

SINDROMES COMPARTIMENTALES. Estos síndromes ocurren cuando se produce un aumento anormal de presión en un compartimiento osteoaponeurótico de los miembros, que si persiste varias horas afecta la irrigación de los elementos anatómicos ocupantes del dicho ámbito, con isquemia muscular nerviosa consecutiva. La etiología traumática es la más frecuente, pero cuentan también causas quirúrgicas, hematológicas, farmacológica, etc. A pesar de que estos síndromes tienen caracteres clínicos comunes, no siempre se reconoce esa identidad fisiopatológica, tal vez a causa de los diversos nombres con los que se le designa, por ejemplo: Síndrome de Volkmann, Síndrome compartimental postraumático, Isquemia por ejercicio intenso, Síndrome del tibial anterior, hipertensión de la pantorrilla y algunos otros. La hipertensión puede obedecer a una disminución del tamaño del compartimiento (plásticas, aponeuróticos, vendajes constrictivos, etc.), o a un aumento de volumen de su contenido (hemorragia, edema, etc.); en ambos casos la consecuencia es la isquemia por compromiso circulatorio (colapso capilar, vasoespasmo y secundariamente vaso dilatación capilar por liberación local de sustancias de tipo histamínico). La repercusión sobre los nervios comienza ya a los 30 minutos de instalada la hiperpresión y en los músculos se hace evidente, según los casos, a las 2 a 3 horas; si la situación no es corregida, el daño nervioso y muscular será irreversible, lo mismo que sus consecuencias clínicas (paresias, parálisis, trastornos sensitivos, retracciones, etc.). El dolor espontáneo intenso, acompañado por sensación de tensión en el compartimiento afectado, se exagera por maniobras de estiramiento pasivo de los músculos que lo ocupan. En la misma zona habrá tumefacción dura y dolorosa a la palpación. Habrá palidez de la piel en zonas distales del miembro. La ausencia de pulso en puntos distales al compartimiento es inconstante; en cambio tiene más valor la comprobación de alteraciones en el pulso capilar (lecho ungueal). Los trastornos sensitivos consistirán en parestesias y más tarde hipoestusias y aun anestusias. Los músculos afectados se debilitarán y cabe esperar paresias o parálisis. Los síndromes compartimentales más frecuentes son: los del antebrazo (región anterior, y los de la pierna (regiones anterior, externa y posterior) El diagnóstico diferencial no es fácil, por su importancia hay

que tener en cuenta que la isquemia afecta sólo a los elementos del compartimiento afectado, pero no a otros. Si el miembro estuviera contenido en un aparato enyesado u otros tipos de vendajes, y se sospechara el síndrome de hiperpresión deberá liberarse de inmediato el miembro, no sólo porque con esta medida se posibilita su examen, sino también porque en ocasiones gracias a ella el cuadro retrograda. De no ocurrir así deberá efectuarse la descompresión quirúrgica precoz por medio de la sección de la aponeurosis (aponeurectomía) en toda la longitud del compartimiento. El éxito del tratamiento depende fundamentalmente de su precocidad, por lo que la posibilidad del síndrome debe estar siempre presente en la mente del traumatólogo. ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. A fin de determinar lo anterior, se buscan elementos que integren alguno de los cuatro elementos que conforman la responsabilidad desde el punto de vista médico legal y que a continuación se enumeran:

IMPERICIA: Es la ignorancia inexcusable. Significa una actuación con ausencia de conocimientos fundamentales. Incluyen la falta de actualización en los avances de la medicina. **Negligencia.** Es la omisión o demora inexcusable es la actuación del médico, o una actuación perezosa con falta de celo y constancia profesional.

IMPRUDENCIA: Es la actuación temeraria o precipitada. **INOBSERVANCIA DE NORMAS O REGLAMENTOS:** Se refiere a la obligación del médico de respetar las reglamentaciones generales, así como los reglamentos internos o específicos de la institución y las normas del servicio donde trabaja. En este deber se incluyen los principios éticos de la medicina y los derechos de los pacientes. La Malpraxis Médica o Mala Práctica de la Medicina se engloba en la responsabilidad culposa, ya que aunque el resultado no sea querido, se ha dado en condiciones en que el autor estaba en posibilidad de evitarlo. En base a lo anterior, con base en el análisis de todos los elementos referidos con detalle, se llegan a las siguientes:

C O N C L U S I O N E S PRIMERA Por lo que respecta al estudio de Responsabilidad Profesional Médica, se determina lo siguiente: Que si **EXISTEN ELEMENTOS DE IMPERICIA**, pues existió ausencia de conocimientos fundamentales por parte de los especialistas en Traumatología y Anestesiología tratantes. Que si **EXISTEN ELEMENTOS DE NEGLIGENCIA:** Por el retardo en la atención por los DRÉS.

[REDACTED] y DR. [REDACTED], por una actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional. Que si **EXISTEN ELEMENTOS DE IMPUDENCIA:** Por la actuación temeraria de los médicos tratantes al retardar su intervención y no detectar la complicación. Tampoco se intento de manera oportuna algún procedimiento de rescate o tendiente a limitar la lesión: Que si **EXISTEN ELEMENTOS DE INOBSERVANCIA DE NORMAS REGLAMENTOS:** Se ha documentado que el expediente no es acorde a la Norma Oficial Mexicana referente al llenado del mismo. Se refiere a la obligación del médico de respetar las reglamentaciones generales, así como los reglamentos internos o específicos de la institución y las normas del servicio donde trabaja. En este deber se incluyen los principios éticos de la medicina y los derechos de los pacientes. Con lo anterior, se considera que no existe completo apego a la Lex Artis Médica, por lo que reconsidera que

existen elementos de responsabilidad profesional medica. SEGUNDA: Las lesiones que presenta el menor, desde el punto de vista médico legal como lesiones que NO PONEN EN PELIGRO LA VIDA, ya que no afecta de manera directa o indirecta algún órgano o función vital. Son lesiones que TARDAN MAS DE QUINCE DÍAS EN SANAR, por tratarse de lesiones a estructuras tendinosas y musculares de manera definitiva. Son lesiones que NO DEJAN CICATRIZ PERMANENTE EN LA CARA por su ubicación; y son de las que SI DEJAN SECUELA FUNCIONAL PERMANENTE para los movimientos del brazo y mano derecha; ya que presentan alteraciones que limitan la función de la mano, muñeca, antebrazo, incapacidad para tomar objetos que de conformidad con el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes, las lesiones corresponden a los puntos: 37 anquilosis de todas las articulaciones de los dedos de la mano en flexión (mano en garra) 65 a 75% , 61, rigidez de torsión con conservación de movimientos de pronación y supinación de 5 a 15%. 137 amiotrofia del antebrazo, 10 a 15% , 139 las secuelas y lesiones arteriales y venosas, por lo anterior, se consideran que estas lesiones son indemnizables en un 100%. TERCERA: De acuerdo a la información analizada, el menor EDUARDO FUENTES TOVAR, ha quedado con una secuela funcional permanente para la función de su extremidad superior derecha, la cual ha sido trata por médico especialista en reconstrucción, hasta el momento con pobres resultados, sin embargo, hasta que el menor alcance su desarrollo osteotendinoso deberá ser continuamente evaluado para determinar si requiere tratamiento quirúrgico tendiente a mejorar sus condiciones funcionales...", y,

II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

- A. Queja presentada por la interesada en las oficinas de la Comisión, el siete (7) de julio del dos mil ocho (2008).
- B. Oficio numero PV-1769-2008, de fecha 10 de julio del 2008 mediante el cual se le solicita al DR. [REDACTED], Director Médico de la Clínica Hospital del Magisterio Unidad Saltillo, a fin de que remita informe pormenorizado con relación a los hechos de que se duele la quejosa.
- C. Oficio numero PV-2272-2008, de fecha 17 de Septiembre del 2008, mediante el cual se le solicita por segunda ocasión al DR. [REDACTED], Director Médico de la Clínica Hospital del Magisterio Unidad Saltillo, a fin de que rinda el informe pormenorizado.
- D. Acta circunstanciada de fecha veintidós de septiembre del 2008, derivada de la llamada telefónica, recibida por el licenciado JOEL ENRIQUE CRUZ REYES, Visitador Adjunto adscrito a la

- Primera Visitaduría Regional de la Comisión de Derechos Humanos, de parte del DR. [REDACTED] Director Médico de la Clínica Hospital del Magisterio Unidad Saltillo, mediante la cual le manifestó "que no había rendido el informe pormenorizado según el oficio PV-2272-2008, de fecha diecisiete de septiembre del 2008, toda vez que el no es el indicado para rendir dicho informe, si no que, es el departamento jurídico a través de su Apoderado Jurídico el Licenciado [REDACTED]".
- E. Oficio sin número, de fecha cuatro de noviembre del dos mil ocho, mediante el cual, el licenciado [REDACTED] Representante Legal del Consejo de Administración del Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación, Sección 38 en esta Ciudad de Saltillo, Coahuila, previa solicitud de este Organismo, rinde su informe, a cuyo texto se ha hecho referencia en el segundo resultando de esta resolución.
- F. Acta Circunstanciada de desahogo de vista de la C. [REDACTED] de fecha veintisiete de agosto del dos mil ocho, levantada por personal de este Organismo, en el que desahogó la vista que se ordenó darle con el susodicho informe por la anteriormente llamada Procuraduría General de Justicia en el Estado, hoy Fiscalía General de Justicia.
- G. Oficio número SDH-533/2008, de fecha once de septiembre del dos mil ocho, mediante el cual la licenciada [REDACTED] Subdirectora de Derechos Humanos de la Fiscalía General en el Estado, remite copias certificadas de la Averiguación Previa Penal numero S-G7-364/2005, por el delito de Lesiones, Responsabilidad Profesional y lo que resulte. Previa solicitud de este organismo, da contestación al oficio, numero PV-2141-2008.
- H. Escrito de fecha 18 de noviembre del 2008, mediante el cual la quejosa [REDACTED], da contestación al desahogo de vista, según el oficio numero PV-2741-2008 expedido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila.
- I. Oficio numero PV-411-2009, de fecha 04 de marzo del 2009, mediante el cual el licenciado **DAVID CORRALES GARCIA**, Primer Visitador Regional de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, solicitó al licenciado [REDACTED], Representante Legal de la Clínica Hospital Magisterio Unidad Saltillo, remita copias simples del expediente clínico con el cual se acredita la atención médica brindada al menor [REDACTED].

- J. Oficio numero PV-409-2009, de fecha 04 de marzo del 2009, mediante el cual el licenciado **DAVID CORRALES GARCIA**, Primer Visitador Regional de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, solicitó al **DR. [REDACTED]**, Presidente de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico de Saltillo, Coahuila, rinda Informe en torno a la opinión técnica médica que dicha institución a su digno cargo haya emitido, relativo al expediente clínico numero [REDACTED] formado en la clínica Hospital del Magisterio Secc. 38 "Profesor Nicéforo Rodríguez Maldonado" con motivo de la atención brindada al menor [REDACTED].
- K. Oficio numero COCCAM 075/2009, de fecha 17 de marzo del 2009 mediante el cual la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, da contestación al oficio PV-409-2009, y remite la opinión técnica médica del estudio realizado al expediente clínico del menor [REDACTED].
- L. Acta Circunstanciada de fecha diez de junio del 2009, levantada por el licenciado **JOEL ENRIQUE CRUZ REYES**, Asesor Jurídico adscrito a la Primera Visitaduría Regional de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila en la que manifestó:**"Que me constituí en las Instalaciones que ocupa la Fiscalía General de Justicia en el Estado, en carretera a Torreón y una vez que el suscrito llego a dicho lugar me dirigí a la Agencia del Ministerio Publico del Cuarto Grupo de Delitos contra la vida e integridad corporal mesa II, a cargo del Licenciado [REDACTED], a fin de solicitarle copias simples de la interpretación médica de la CCOCAM, por lo que me hizo entrega de 10 fojas útiles, ya que dicha interpretación es en relación a la queja planteada por la Sra. [REDACTED] en representación de su menor hijo [REDACTED]"**...

III. SITUACIÓN JURÍDICA

Al menor [REDACTED] le fueron vulnerados sus derechos humanos, concretamente los relativos a los derechos sociales de ejercicio individual en su modalidad de negligencia médica, toda vez que con fecha 06 de marzo de 2004, después de ser intervenido quirúrgicamente por personal médico de la Clínica del Magisterio Sección 38, devino en una discapacidad, como consecuencia de una atención tardía por parte de los médicos tratantes.

IV. OBSERVACIONES

PRIMERO.- Dispone el artículo 2, Fracción XI de la Ley Orgánica que, por Derechos Humanos se entiende que son las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, aquellos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los reconocidos en los Convenios, Acuerdos y Tratados Internacionales en los que México sea parte.

SEGUNDO.- Que la Comisión de Derechos Humanos del Estado es el Organismo constitucional encargado de tutelar que sean reales y efectivos los derechos fundamentales de toda persona que se encuentre en territorio coahuilense, por lo que, en cumplimiento a tal encomienda, solicita tanto a autoridades como a servidores públicos, con absoluto respeto a la autonomía con la que están investidos, den cabal cumplimiento a las disposiciones legales.

TERCERO.- Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política Federal y los artículos 19 y 20, fracciones I, II y IV, de La Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, esta Institución resulta competente para conocer y resolver la presente queja, en virtud de que los hechos reclamados se atribuyeron a servidores públicos del Estado de Coahuila quienes pertenecen al Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado, Universidad Autónoma de Coahuila y Universidad Autónoma Agraria "Antonio Narro".

Ahora bien, del análisis de las evidencias descritas en el párrafo II de la presente resolución, una vez que fueron valoradas de conformidad con las normas de la lógica, la sana crítica y de las máximas de la experiencia, quien resuelve tiene el pleno convencimiento de que, personal médico del Hospital Clínica del Magisterio Sección 38 de esta Ciudad de Saltillo, Coahuila, violentó las prerrogativas fundamentales de la señora [REDACTED], en su carácter de quejosa, así como de su menor hijo de nombre [REDACTED], agraviado directo, mismas que se traducen en Violación a los Derechos Sociales de Ejercicio Individual en su modalidad de Negligencia Médica.

La denotación de la negligencia médica se actualiza de la manera siguiente:

1. Cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud;
2. Realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una Institución Pública;

3. Sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada; y,
4. Que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico.

Es necesario resaltar que esto implica la obligación de tomar todas las medidas necesarias para que no sea violado ese derecho. Dicha interpretación consiste en el modo que abarque medidas de protección por parte del Estado y encuentra apoyo, tanto en la jurisprudencia internacional, como en la doctrina.

En principio, es importante señalar que el artículo 4, párrafo III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que: **"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"**, el segundo inciso de dicha fracción prescribe: **"El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país"**.

Por su parte, la Ley Estatal de Salud, en su artículo 2º, fracción I, establece que, el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: **"I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;"**

Así mismo, el numeral 5º de dicha disposición normativa consigna que, el Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y entidades públicas y sociales y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado, así como por los mecanismos de coordinación de acciones a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud en el territorio del Estado de Coahuila.

En este mismo contexto, el capítulo II, relativo a las sanciones administrativas, el artículo 286 de la Ley Estatal de Salud, establece que, las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus Reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias competentes, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivos de delitos.

Por otra parte, el artículo 287 de la citada Ley, dispone que las sanciones administrativas podrán ser: I.- Amonestación con apercibimiento; II.- Multa; III.- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y IV.- Arresto hasta por treinta y seis horas.

La Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales y Municipales del Estado de Coahuila en su artículo 52, párrafo I, señala que:

"Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento, dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, según la naturaleza de la sanción en que incurra, y sin perjuicio de sus derechos laborales:

"I.- Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión."

Por lo que hace a nuestra Constitución Local, su artículo 159 estatuye que: **"Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título, se consideran servidores públicos, los representantes de elección popular, los miembros del Poder Judicial, los funcionarios y empleados del Estado y Municipios, y, en general, toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública, Estatal o Municipal y las entidades paraestatales o paramunicipales"**. Igualmente, el artículo 160 del mismo ordenamiento antes mencionado previene **"El Congreso del Estado expedirá una Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales y Municipales"**.

En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, denominado también "Protocolo de San Salvador", adoptado en San Salvador, El Salvador, el día 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el día 08 de Marzo de 1996, establece que, **"Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"**

Por otra parte, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, precisa que, **"Toda persona tiene**

derecho a que su salud sea preservada por medios sanitarios y sociales, relativos a la.....asistencia médica..."

En la especie, es necesario precisar que una vez determinados los preceptos que debieron de observar, en contra de los médicos de la Clínica Hospital Magisterio Sección 38 de esta Ciudad de Saltillo, Coahuila, [REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED] empleados del mismo Hospital en el desempeño de sus funciones, es procedente entrar al estudio de los hechos materia de queja y las evidencias existentes dentro de la presente causa, las cuales sustentan la violación de que se duele la señora [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED].

Sobre este particular es necesario tomar en cuenta, primordialmente, que la señora [REDACTED] [REDACTED] reclamó que su menor hijo [REDACTED] [REDACTED] fue víctima de la irresponsabilidad de funcionarios del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, Clínica del Magisterio Sección 38, el día siete de marzo del dos mil cuatro, circunstancias que produjo alteraciones en su salud.

Al respecto, existen evidencias suficientes que demuestran que los hechos expuestos en la queja sí existieron en realidad, evidencias que consisten en la Opinión Técnica Médica a cargo de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, en la que se determina que la atención que le fue brindada al menor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] existió evidencia de responsabilidad profesional ya que existe la posibilidad de que la fractura supracondílea desplazada, por sí misma sea la causa de la parálisis isquémica de Volkmann y por lo que no está documentado en las evaluaciones por parte de traumatología, dicha posibilidad. Así mismo en caso de que la parálisis isquémica de Volkmann fuera condicionada por el uso de la venda de Smarch, es responsabilidad del médico que realizó cirugía (Dr. Jesús Hernández Estrada), y una vez iniciado el procedimiento quirúrgico y durante el desarrollo del mismo, la vigilancia de complicaciones asociadas al uso de la venda de Smarch es una responsabilidad compartida entre el traumatólogo como jefe del equipo quirúrgico y el anestesiólogo. Así mismo para darle mayor solidez a la voz de violación que hoy nos atañe se desprende que dentro de la Averiguación Previa Penal número [REDACTED] integrada ante el licenciado [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], Agente del Ministerio Público del Cuarto Grupo de Delitos Contra la Vida e Integridad Corporal Mesa II, le solicito al Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], Perito Médico Forense de la Dirección General de Servicios Periciales de la Fiscalía General de Justicia en el Estado de Coahuila, a través de oficio número [REDACTED], emitiera una Opinión Técnico Médico Legal, con el objeto de determinar y clasificar que tipo de lesiones presento el menor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] determinando, que si existen elementos de pericia, pues existió ausencia de conocimientos fundamentales por parte de los especialistas [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED].

[REDACTED], médicos tratantes del menor [REDACTED], ya que existen elementos de negligencia médica por el retardo en la atención de los doctores anteriormente mencionados, por una actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional, así mismo existieron elementos de imprudencia, por la actuación temeraria de los médicos tratantes al retardar su intervención y no detectar la complicación, tampoco se intentó de manera oportuna algún procedimiento de rescate ó tendiente a limitar la lesión y finalmente si existieron elementos de inobservancia de normas ó reglamentos ya que se ha documentado que el expediente no es acorde a la Norma Oficial Mexicana, referente al llenado del mismo, a lo que se refiere a la obligación del médico de respetar las Reglamentaciones Generales, así como los reglamentos internos de la institución y las normas del servicio donde trabajan, por lo que en estos deberes se incluyen los principios éticos de la medicina así como los derechos de los pacientes. Por lo que se determina que no existió completo apego a la "LEX ARTIS MEDICA". Por lo que se considera que existen elementos de responsabilidad profesional médica.

En este orden de ideas, es incuestionable que sí existen evidencias claras de que al menor afectado [REDACTED] se le atendió perezosamente por los médicos tratantes [REDACTED] y [REDACTED], al retardar su intervención y no detectar la complicación de manera oportuna ya que tampoco se le realizó algún procedimiento de rescate o tendiente a limitar la lesión; por lo cual dejó una secuela funcional permanente para la función de su extremidad superior derecha, la cual ha sido tratada por médicos especialistas en reconstrucción, pero hasta el momento con pobres resultados.

En consecuencia, esta Comisión protectora de los derechos fundamentales considera que los actos realizados por los servidores públicos pertenecientes al Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación al Servicio del Estado, Municipios, Universidad Autónoma de Coahuila y Universidad Autónoma Agraria "Antonio Narro" de Coahuila, en contra del menor [REDACTED], al intervenirlo inadecuadamente quirúrgicamente, resultan violatorios de sus derechos humanos.

En mérito de lo expuesto, debe concluirse que existió una violación de los derechos sociales de ejercicio individual, en su modalidad de inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del sector salud, de acuerdo con los hechos expuestos por la señora [REDACTED] en representación de su menor hijo [REDACTED], quien resultó agraviado con los actos realizados por servidores públicos, específicamente, por los doctores [REDACTED] y [REDACTED], empleados del mismo hospital.

Por todo lo anteriormente expuesto y fundado, es de resolverse:

Primero.-Que los elementos probatorios que obran en el expediente son suficientes para llevar al suscrito Presidente de este Organismo protector de los derechos fundamentales, a la certeza de que los hechos reclamados por la señora [REDACTED] en representación de su menor hijo [REDACTED], son violatorios de sus derechos humanos.

Segundo.- Por lo tanto, con la facultad que confiere al suscrito el artículo 37, fracción V, de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila; hágase al Consejo de Administración del Servicio Médico de la Sección 38, en su calidad de superior jerárquico de la autoridad señalada como responsable, las siguientes

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Se instruya un procedimiento administrativo disciplinario en contra de los servidores públicos adscritos a la Clínica del Magisterio del Servicio Médico de la Sección 38, los doctores [REDACTED] y [REDACTED] por haber vulnerado los derechos humanos del menor [REDACTED], y, en su caso, se les imponga la sanción que en derecho corresponda.

SEGUNDA.- Se sirva girar instrucciones a quien corresponda a fin de que se brinde permanente y eficiente capacitación a los funcionarios de la citada autoridad, para hacer de su conocimiento las obligaciones y los límites de su actuación y se evite vulnerar, en perjuicio de la ciudadanía los derechos humanos, capacitándolos igualmente en materia de salud y de Derechos Humanos que tengan qué ver con el desempeño de su labor.

De conformidad con el artículo 130 de la ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y 102 de su Reglamento interno, solicítesele que, de ser aceptada la Recomendación, lo informe a esta Comisión dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, pues en caso negativo o si se omite su respuesta, se hará del conocimiento de la opinión pública.

En el supuesto de que sea aceptada la presente Recomendación, deberán remitirse a esta Comisión las pruebas de su cumplimiento, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma. En caso de que la autoridad responsable estime

insuficiente el plazo, podrá exponerlo en forma razonada, estableciendo una propuesta de fecha límite para probar el cumplimiento de la Recomendación.

Notifíquese personalmente esta resolución a la señora [REDACTED] [REDACTED] y por medio de atento oficio a las autoridades responsables, para los efectos a que haya lugar.

Así, con fundamento en las disposiciones legales invocadas en esta determinación y en base a los razonamientos que en ella se contienen, lo resolvió y firma el Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, licenciado **MIGUEL ARIZPE JIMENEZ.**" Rúbrica. M. A. J.

Lo que hago saber a Usted para los efectos legales que en la resolución se contienen.

LIC. MIGUEL ARIZPE JIMENEZ.

**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE COAHUILA**