



Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

EXPEDIENTE:

CDHEC/---/2013/TORR/HG

ASUNTO:

Violación al Derecho a la Protección a la Salud por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su modalidad de negligencia Médica.

QUEJOSA:

Q

AUTORIDAD:

Hospital General de Torreón.

RECOMENDACIÓN NÚMERO 48/2015

En la ciudad de Saltillo, capital del Estado de Coahuila de Zaragoza, a 22 de junio de 2015, en virtud de que la Segunda Visitaduría Regional de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, con residencia en la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, ha concluido la investigación realizada con motivo de los hechos que dieron lugar al expediente de queja número CDHEC/---/2013/TORR/HG, con fundamento en el artículo 124 de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, se elaboró el proyecto que, con base en el artículo 127 del ordenamiento legal invocado, se turnó al Visitador General de esta Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, para que, finalmente, en apego a los artículos 195 de la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza; 1, 2 fracción XIX, 3, 20 fracciones II, III y IV, 37 fracción V, de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza y 99 del Reglamento Interior de esta Comisión, el suscrito, en mi carácter de Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, he considerado lo siguiente:





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

I.- HECHOS

El 16 de julio del 2013, compareció ante la Segunda Visitaduría Regional de esta Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, con residencia en la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, la C. Q, a fin de presentar queja, por hechos que estimó violatorios a sus derechos humanos, atribuibles a personal del Hospital General de la mencionada ciudad, los cuales describió textualmente de la siguiente manera:

".....El día viernes 28 de junio de 2013 siendo las 10:00 am acudí a consulta a la unidad médica del centro de salud ubicado en la Col. Las luisas de Torreón, fui atendida por el A1, médico general en esta institución. Fue el mismo quien me realizo un chequeo ginecológico indicándome que presentaba sangrado vaginal y una dilatación de 3 cm y por Medición del fondo uterino que resultó de 38 cm, ultrasonido realizado por un médico externo que indicaban al 24 de junio del mismo año 36.4 semanas de gestación y según las semanas contadas a partir de la fecha de mi última menstruación 17 de septiembre del mismo año contaría con 40 semanas de gestación, el médico se atrevía a diagnosticarme labor de parto, al checar la frecuencia cardiaca del bebé me comenta que se encuentra baja que era necesario estar monitoreando, me dice que el sangrado era normal lo que era de cuidado en ese momento era la frecuencia cardiaca del bebé, me recomendó acudir al hospital general de Torreón para un chequeo más acertivo por parte de un médico ginecológico, al acudir al Hospital General ubicado en Artes Gráficas y calle 8 en la colonia centro de esta misma ciudad, en la zona de urgencias a las 6:30 pm del 28 de junio de este mismo año me presento en la caja donde comúnmente se entrega el turno de consulta a cada paciente me doy cuenta que no hay persona que atienda, paso a tomar asiento y esperar que me sea otorgado un turno para consulta, después de casi una hora de esperar al personal de caja me entregan el turno número 7 para consulta en el turno nocturno, me dirijo a otros pacientes preguntando quién es el turno 6 para tener un referencia y me comentan que aún están consultando el turno vespertino, cabe mencionar que desde mi llegada a la institución no se habían realizado consultas, esto basado en que durante mi espera no me di cuenta que mencionaran ningún turno a consulta ya que los consultorios se encontraban solos no había médicos atendiendo, y fue





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

hasta las 10:30 pm del 28 de junio que fui atendida por el A2, el me realizó nuevamente chequeo ginecológico dejando como resultado sangrado vaginal y dilatación de 3 cm, para el todo indicaba que me encontraba en labor de parto, al checar la frecuencia cardiaca del bebé me indica que es baja y que por esa razón el consideraba una hospitalización para el monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebé, me solicita que permita la presencia del médico ginecólogo en turno para un nuevo chequeo, es cuando en el consultorio 2 del área de urgencias del hospital general de Torreón se presenta el A3 y recibe la información por parte del A2 y solicita que me pasen a urgencias, me asignen cama y me 'preparen', al pasarme al área de urgencias me canalizan y aplican una solución glucosada, me es realizado lavado rectal y me comenta el enfermero que me atiende que será trasladada al área de expulsión que allí llevaran a cabo el monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebé, dicho traslado se llevó a cabo a las 2:00 am del 29 de junio al llegar a la zona de expulsión y el enfermero se percata de que no hay cama donde pueda ser colocada me deja a las afueras del quirófano sobre la camilla por lo menos una hora, durante ese tiempo fui testigo de que son médicos practicantes quienes se encargan de atender los partos y de que no llevan ningún tipo de cuidado sobre la higiene ya que al quirófano entra y sale cualquier persona sin lavarse siquiera las manos o utilizar guantes esto basado en que durante el tiempo que estuve esperando me asignaran cama se estaba llevando a cabo un parto y yo estaba justo en la puerta del quirófano y esta se encontraba abierta. Pasadas las 3 am del 29 de junio me asignan la cama No. 3 en la sala de expulsión y es el médico practicante A4 y una practicante más quienes se encargan del monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebé colocando el fetómetro sobre mi estómago sujetado con cinta adhesiva y vendas durante 40 minutos aproximadamente a un volumen excesivo ya que ellos no se quedaron en la sala de expulsión y así poder escuchar desde afuera los latidos, estuve al pendiente de la variación de la frecuencia cardiaca y esta oscilaba desde los 110 hasta los 170 pulsaciones, al entrar el A3 y realizar tacto me informa que presento 3 cm de dilatación, cuando se presenta el médico practicante A4 a retirar el aparato este me comenta que si la frecuencia cardiaca del bebé continúa tan variable lo más recomendable por su parte sería llevar a cabo una cesárea y esta fuera programada a las 8:00 am, pero que ahí las cosas se hacen bajo criterio del médico en turno. Es a las 7:00 am del 29 de junio cuando





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

se presenta en el área de expulsión el médico practicante A4 en compañía de un par de practicantes más y el A5 Ginecólogo en turno con cédula profesional número ----- realizó la entrega del informe de cada paciente, toma el A5 mi expediente y me pregunta la razón de mi hospitalización y es el practicante A4 quien le indica que es por monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebé que durante la noche se llevó a cabo un monitoreo y estuvo muy variable la frecuencia, el A5 pide que sea revisado nuevamente y colocan su aparato sobre mi estómago y en ese momento la frecuencia se encontraba en 145 al ver el resultado del chequeo el A5 se dirigió a los practicantes de modo prepotente preguntando que cuáles eran los límites para considerar una frecuencia cardiaca estable y ellos respondieron de 120 a 170 el A5 guardó silencio soltó mi expediente realizó tacto informó que contaba con 3 cm de dilatación solicitó que la enfermera me aplicara 5 unidades de oxitocina y se retiró. Es a las 9 am del mismo día 29 de junio cuando regresa el A5 a checar mi dilatación y esta continuaba en 3 cm le indica entonces a la enfermera que me apliquen unas pastillas las cuales tuvieron que solicitar al familiar que me acompañaba ya que comprara ya que ellos no cuentan con ese tipo de medicamento, estas pastillas fue introducida una vía vaginal y otra vía oral, la enfermera me comento que en máximo de dos horas ya estaría lista para pasar al quirófano que esas pastillas eran muy fuertes y acompañadas de la oxitocina acelerarían la labor. Pasado el tiempo y yo sin presentar molestias ni aumento en la dilatación el A5 solicita a la enfermera que me aplique 5 unidades de oxitocina en conjunto con las demás pacientes la enfermera le contesta que yo ya tengo las 5 unidades y que ya me habían sido aplicadas las pastillas que el había solicitado, el A5 le indica que entonces me sean aplicadas a chorro como a las demás, la enfermera contesta que ellas la tienen a chorro porque están con 2 unidades de oxitocina, esto relacionado obviamente a que me fue aplicado vía intravenosa mediante la canalización, el A5 retira a la enfermera de la solución y cambia la aplicación 'a chorro' como el lo había indicado esto sucedió cerca de las 12:00 pm del 29 de junio, después de esos cambios comencé con contracciones en cada una de ellas yo procuraba realizar mi trabajo 'pujar' ya que así era como lo estaban recomendando los médicos practicantes y aunado a eso conservar la calma. Cuando el familiar que me acompañaba solicitaba información sobre mi estado de salud y del bebé sólo le comentaban que yo estaba muy tranquila. Continuando con las contracciones sentí que tronó algo dentro de mí por dos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

ocasiones llame al Dr. Y fue el A5 quien entró le comenté lo sucedido y sólo levantó la sábana que me cubría y me dijo 'reventaste membranas' se retiró y al poco tiempo volví a sentir lo mismo regresó el mismo A5 levantó la sábana y me dijo 'reventaste fuente' le pidió a la enfermera me pasaran a quirófano sin haber checado antes mi dilatación y mucho menos la frecuencia cardiaca del bebé, durante el tiempo que tardaron en preparar la camilla para mi pase a quirófano comencé a sentir mi brazo izquierdo adormecido llame al Dr. Y fue un médico practicante quien se acercó a mi cama y le dije lo que sucedía este en tono de burla tomó mi brazo me lo mostró y me dijo 'aquí está su brazo' se retiró burlándose dirigiéndose a otra persona diciendo que el había pensado que ya había dado 'el camazo' estos dos estuvieron burlándose y comentando sobre anécdotas al respecto, yo comencé a vomitar y volví a llamar al Dr. Y fue el A5 quien entró a la sala de expulsión se acercó a mi cama vio el vómito sobre el piso y en silencio se retiró, poco antes me habían checado la presión y la enfermera me dijo que la tenía baja que estaba en 90/60, supuse que mis malestares eran debido a eso mas nadie me atendió al respecto. Me pasan a quirófano y me doy cuenta que mi parto sería atendido por médicos practicantes y que sin saber aún quién sería el encargado es al momento cuando se sortean al paciente, fue una mujer quien se encargó de atenderme y asistida por otro médico practicante comenzamos con el parto el A5 no se encontraba en quirófano sólo los médicos practicantes, el A6 Pediatra en turno y dos enfermeras, el parto se prolongó y debido a la dificultad llamaron al A5, este entró al quirófano se le indicó lo que sucedía, yo al darme cuenta que había momentos que ya eran las manos de la practicante y quien la asistía las cuales se encontraban dentro de mi cuerpo pedí al practicante que asistía a quien estaba a cargo de mi parto que 'si él sabía más y estaba viendo las dificultades y que yo estaba batallando y mi bebé sufriendo que me ayudara y fuera el quien se encargara del parto' este contestó: 'aquí todos somos iguales nadie sabe más, todos estamos aprendiendo' esto pasó en presencia del A5 quien solo mando traer un banco para él y otro para una de las enfermeras se subieron y comenzaron a hacer presión sobre mi estómago y empujar el cuerpo de mi bebé, la practicante encargada de mi parto solicitó utensilios para rotar mi piel dichos utensilios no se encontraban dentro del quirófano ya que cruzaron la puerta con ellos en mano comentando que no tenían filo, esta los tomó preguntando cómo y cuánto era lo que tenía que cortar? Y quien la asistía





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

respondió que era bajo su criterio, con la ayuda del A5 y la enfermera y el esfuerzo aplicado de mi parte nació mi bebé, pero no escuché su llanto al nacer solo escuché que el A6 quien se encontraba con un trozo de sábana verde con hilos sueltos en las manos listo para recibir a mi hijo en sus brazos pedía que pusieran las pinzas, esto lo hizo en más de dos ocasiones y nadie hacía nada, todo el tiempo que le tomó a 2 enfermeras, 3 médicos practicantes y un Ginecólogo el A5 quienes en ese momento estuvieron presentes era tiempo considerado vital para mi hijo ya que según los reportes médicos mi hijo no respiró al nacer debido a que presentó sufrimiento fetal. A mi hijo lo colocaron en una camilla para su revisión y vi que estaban masajeando su pecho y mi hijo seguía sin llorar mandaron llamar a otro médico y mientras eso sucedía la médico practicante se disponía a realizar la sutura y de la misma manera que en el parto era asistida por el médico practicante, me atrevo a pensar que la practicante no tenía idea de lo que estaba haciendo ya que se vio en la necesidad de preguntar ¿qué cantidad de anestesia era necesario aplicar? O bien si ¿era necesario aplicar anestesia? Quien la asistía le respondió que todo era a su propio criterio, este último se retiró un momento y la practicante continuó con la sutura al regresar el practicante que la asistía le comentó 'tienes que coser el nervio no la piel' y corrigió la sutura que me había realizado y la volvieron a hacer. Al quirófano se presentó el A7 de Neonatología solicitando peso y medidas del bebé, fue el A6 quien se acercó y en voz baja le indicó lo que sucedía con mi hijo, a mí nadie me informó nada, pero me di cuenta que el A7 solicitó una sonda y otro material para canalizar a mi hijo y aplicar oxígeno ya que presentaba dificultad para respirar, la enfermera le hizo saber que nada de lo que le solicitaba lo tenían en quirófano que tenía que ir a pedirlo esta se retiró por el material que solicitó el A7 y el A6 se encargó de realizar el chequeo del bebé dejando como respuesta un peso de x kg y una medida de x cm. Cabe mencionar que al momento en que nació mi hijo una enfermera gritó 1:38 pm y fue el A7 quien cerca de las 3:00 pm del 29 de junio del año en curso entró a quirófano con una máquina de escribir en mano la colocó en una plancha que había sido desocupada y que me empezó a dar el informe sobre el estado de salud de mi hijo, me comentó que mi hijo no había respirado al nacer que esa era la razón por la cual no lo había escuchado llorar y que efectivamente mi hijo debería estar llorando se puso de pie junto a la camilla donde se encontraba mi hijo levantó su pierna sujeta de sus dedos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

del pie derecho y la dejó caer, me dijo que mi hijo no tenía fuerzas que tenía dificultad para respirar pero que le sorprendió que no presentara señales de asfixia ya que su tono de piel era rosado pero que aun así era necesario que lo trasladaran a otro hospital para su atención ya que en el hospital general no contaban con los aparatos que requerían en el caso de mi hijo, se retiró del quirófano diciéndome que saldría a arreglar lo del traslado y a informarle a mis familiares lo sucedido, a ellos salió a informarles que mi hijo había sufrido depresión al nacer que no respiró y que no tenía fuerzas que las condiciones de mi hijo en ese momento eran las de un muñeco de trapo. Al sacarme a mí de quirófano las enfermeras me acercaron al lugar donde tenían a mi hijo y estaba en una camilla y sobre su cabeza una máscara de oxígeno y confirmé lo que me dijo el A7 mi hijo no tenía fuerzas y sufría al respirar lo sacaron rápido de esa máscara y lo acercaron a mí para que lo conociera fue entonces cuando mi hijo abrió los ojos, rápido lo metieron nuevamente a esa mascarilla y a mí me sacaron de quirófano me dejaron en las afueras del quirófano esperando que se desocuparan camas en el área de maternidad y que me indicaran a dónde sería trasladado mi hijo, cerca de 20 minutos después escuché que el A7 le indicó a la enfermera que pasaran a mi hijo al área de neonatos de ese mismo hospital ya que en ningún hospital había lugar para que recibieran a mi hijo y le brindaran la atención necesaria. Sacaron a mi hijo del quirófano se lo llevaron al área de neonatos y a mí al área de maternidad sin darme ningún tipo de información al respecto de mi hijo. Ya en el área de maternidad se presentó el A8 del departamento de Seguro Popular para comentarme que estaban informados de lo sucedido conmigo y mi hijo durante el parto y que seguirían mi caso a fondo y que de ser necesario un traslado a una clínica particular se realizaría y correría por cuenta de ellos, el mismo A8 me indicó reconocer que de una forma u otra había responsabilidad por parte del hospital pero con contaría con todo su apoyo. A las 9:00 pm se encontraba el A9 en las afueras del área de maternidad platicando con las enfermeras y la médico practicante que atendió mi parto, este en todo de broma le comentó a la practicante que había dos primerizas esperándola en el área de expulsión se rieron y la practicante contestó que 'ella con primerizas no podía' después de terminar su conversación se retiraron. Me presente en el área de neonatos con la intención de estar con mi hijo o por lo menos saber algo relacionado con su estado de salud y me respondieron que solo se daba un informe al día y este me sería entregado por





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

parte del pediatra en turno al siguiente día y que sólo podría pasar a verlo después del informe padre o madre durante 15 minutos y que dicho informe se entregaba de la misma manera a padre y/o madre. El día 30 de junio a las 12:00 pm me fue dada de alta por el A5 el cual se presentó en el área de maternidad a realizar su chequeo de rutina y en mi turno me preguntó qué ¿si ya sabía algo de mi hijo? Le respondí que sí, que me habían dicho que presentó sufrimiento fetal, que no había respirado al nacer, el A5 en silencio y de manera indiferente firmó la receta e indicó mi alta a la enfermera y se retiró. Acudí a recibir el informe médico relacionado con mi hijo en compañía del padre al área de neonatos y se presentó con nosotros un Dr. Del cual desconocemos su identidad ya que solo nos dijo que el no pertenecía a el hospital general que lo habían llamado sólo para que pasara a informarnos lo que sucedía con nuestro hijo, este en su informe nos hizo saber que el estado de salud de nuestro hijo era delicado ya que presentaba congestión en sus pulmones lo cual dificultaba su respiración que por esa razón se encontraba metido en esa mascarilla para evitar la falta de oxígeno, dijo también que sería necesario realizar un tacto en su cerebro para descartar inflamación, un ultrasonido transfontanelar o bien una tomografía para saber si había sangrado o líquido y medir el daño cerebral ya que al momento de nacer duró 5 minutos sin respirar y esa afectación va directamente a su cerebro provocada por la falta de oxígeno, y que debido a eso el bebé estaba presentado convulsiones desde la noche anterior 29 de junio, no se atrevió a darnos fechas para realizar esos estudios ni el tipo de medicamento que estarían aplicando por la única razón de que el no era el pediatra que se encargaría de la atención de nuestro hijo que sería el encargado de neonatología quien nos informaría al respecto. El día 01 de julio del 2013 nos presentamos el padre del bebé y yo al área de neonatos poco antes de las 12:00 para recibir el informe del día, y a falta de la presencia tanto del A7 encargado del área de neonatos y algún pediatra que estuviera al tanto de lo que sucedía con nuestro hijo, fue una médico practicante quien leyendo el expediente de nuestro bebé nos informó que se encontraba grave, que habían aumentado las dosis del medicamento que ayudaba a evitar o disminuir sus convulsiones pero que debido a eso el bebé se encontraba prácticamente sedado pero que aun así seguía convulsionándose, pero que relacionado a sus pulmones la congestión había disminuido y que eso ayudaba a la respiración del bebé, nos habló sobre secuelas por el daño cerebral que presentaba





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

nuestro hijo, pero todo sin fundamentos ya que se desconocía dicho daño que probablemente fuera severo debido a las convulsiones, y que sin ser realizados los estudios necesarios no se podía hablar con certeza al respecto, estos estudios no eran realizados porque en el hospital general no cuentan con los aparatos y que debido al estado de salud de nuestro hijo era imposible un traslado, comentó que probablemente se programara para el siguiente día todo dependiendo del estado de salud de nuestro hijo. El día 02 de julio del presente año pasadas las 12:00 pm fue el A10 quien a petición del Subdirector de dicho hospital el A11 se presentó en el área de neonatos a darnos el informe médico, este comentó que el estado de salud del bebe era grave que ya se había conectado al respirador ya que para él estaba siendo imposible ya respirar por sí solo porque al momento de nacer aspiró líquido y eso es lo que había provocado la congestión de sus pulmones, que la noche anterior 01 de julio había presentado complicaciones de lo cual nunca se nos hizo saber y según el área de neonatos tenían el compromiso con nosotros de mantenernos informados sobre el estado de salud del bebé en caso de ser necesario realizarían una llamada si algo sucedía fuera de el informe que se nos otorgaba al medio día, el A10 nos dijo que debido al daño que probablemente presentaba en su cerebro estarían dañándose otros órganos de su cuerpo como había pasado la noche anterior que presento daño en su riñón y debido a eso diagnosticaron insuficiencia renal, que hablar de un traslado a otra clínica ya fuera para realizar estudios o mejorar su atención era casi imposible que el estado de salud del bebe no era nada bueno y así como corría riesgo su vida dentro de ese mismo hospital lo corría también en el transcurso a otra unidad médica y que el cómo médico no lo recomendaba, hablamos sobre los estudios que había pendientes para el bebe y el dijo que eran importantes y necesarios pero que ya en esos momentos lo primero era estabilizar al bebe ya que para realizar los estudios necesarios se hablaba también de un traslado y no contaban con una ambulancia que tuviera los aparatos para la atención que mi hijo requería durante el traslado, en ese momento el médico nos comentó que nos preparáramos para cualquier cosa que el bebe estaba sufriendo mucho y que debido a su estado por esa ocasión nos permitiría pasar al padre y madre al área de neonatos en el tiempo de visita. Durante el mismo día 02 de julio y durante nuestra permanencia en el hospital general estuvimos en contacto con el subdirector el A11 quien se comprometió a mantenernos informados al respecto y darle





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

seguimiento a nuestro caso, por dicha razón a él se le entregó una copia de mi testimonial donde se menciona a detalle lo sucedido, me reciben dicha copia en la dirección del hospital general firmando de recibido por parte de la subdirección del hospital y sellando las hojas entregadas, de esta testimonial fue el A12 Secretario de Salud quien recibió la original y es él quien personalmente ya enterado de mi caso se compromete de igual forma a darnos respuesta grata a la petición y queja que le presentamos sobre la falta de atención y al mismo tiempo la mejora en la atención médica que requería mi hijo. De la copia mencionada anexo a este escrito una copia más para hacer constar con sellos y firmas que en el hospital general de Torreón hay antecedentes sobre lo sucedido. A las 5:00 pm del 02 de julio se nos llamó al padre y a mí al área de neonatos por parte del pediatra en turno A13 para darnos un informe sobre el estado de salud de nuestro hijo, este nos comentó que el estado de nuestro hijo había empeorado que ya no había nada que hacer por el bebe que médicamente ya se había hecho todo, que el bebé no podía estar peor, que si el bebe mejoraba seria basado en un milagro, nos pidió que nos preparáramos para cualquier cosa, que no creía que pasara mucho tiempo en ese estado el bebe y nos permitió pasar al padre y madre en conjunto al área de neonatos donde se encontraba mi hijo, nos recomendó despedirnos de él y si era de nuestra elección podríamos bautizarlo en ese momento, el bebé ya presentaba un tono de piel pálido que en la visita del medio día no presentaba, estaba completamente sin fuerzas seguía sedado y conectado al respirador con sonda y canalizado, al salir de esa área 10 minutos después pasadas las 6:00 pm del 02 de julio del 2013 nos mandan llamar a padre y madre a petición del mismo A13 y nos informa que nuestro hijo falleció, sin indicar la causa de muerte, posterior a eso el A14 quien me entrega un resumen médico sobre el estado de salud de mi hijo el cual solicitamos desde el medio día al A10 y en el mismo son anexados los detalles de su muerte y lo manejan como paro cardiorrespiratorio a las 6:00 pm del día 02 de julio de 2013.....”

Por lo anterior, la C. Q, solicitó la intervención de esta Comisión de los Derechos Humanos, la cual, mediante la integración del expediente, logró recabar las siguientes:





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer” II.- EVIDENCIAS

1.- Queja interpuesta por la C. Q, el 16 de julio de 2013, en la que reclama hechos presuntamente violatorios a sus derechos humanos, antes transcrita, a la que acompaña, entre otros documentos, copia simple de la Reunión de Comité de Mortalidad Materna Perinatal del Hospital General Torreón, de 9 de julio de 2013, que textualmente refiere lo siguiente:

REUNIÓN DE COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL DEL HOSPITAL GENERAL TORREÓN

El día 09 de Julio del 2013, siendo las 12:00hrs en la Sala de Juntas del Hospital General Torreón, se reúne el A11, Subdirector del Hospital, A15, Resp. De Epidemiología, A16, Resp, de Ginecología, A17, Médico Pediatría, A10, Médico Pediatría, y el A18, Médico Ginecólogo.

Se reúnen en forma extraordinaria del Comité de Mortalidad Perinatal para analizar la evolución del trabajo de parto de la paciente C. Q con Expediente Clínico -----, así como también manejo y la evolución del recién nacido RN con Expediente Clínico -----, llegando a las siguientes conclusiones: En la evolución del trabajo de parto y atención del mismo se considera que fue conducido con oxitócina inicialmente las primeras nueve horas de su estancia hospitalaria de labor a dosis 10 milíunidades por minuto obteniéndose 3 cm, de dilatación y no se encuentra registro en el expediente del borramiento cervical ni tampoco si estaban a las membranas integras o no .

Después de esto a las 9:30 am del día 29 de Junio del año en curso, se continua con la conducción de un medicamento (MISOPROSTOL) cuyo uso no es aprobado por la F D A para su aplicación en el embarazo , y si recomendado por federación de Gineco-Obtetricia (FLASOG) con la pericia y vigilancia del médico que lo indica con los riesgos que con lleva el uso del medicamento para el producto, la madre y el propio medico.

Se ignora la dosis y la vía a la que se utilizo en la paciente de acuerdo al registro del expediente clínico., La (FLASOG) recomienda como dosis limite por día 75 mcg divididos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

en 3 aplicaciones de 25 microgramos cada una en intervalos de cada 4 horas, si se usa sublingual o intravaginal. Y de 150 microgramos como dosis total, en vía oral en dividida en 3 dosis de 50 microgramos cada 6 horas, dosis total por día.

Siguiendo con esto la evolución del trabajo de parto fue satisfactoria obteniéndose el producto en las siguientes 5 horas naciendo por parto eutócico con apnea secundaria no recuperada.

Se hace la observación de que en el expediente clínico no se registra la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal en las últimas dos horas del trabajo de parto, ni se encuentra documentadas las cifras de glucemia de la paciente, por lo que se considera glicemia e hidratación de la paciente.

Atribuyéndose a estos dos últimos factores como determinantes para obtener, productos deterioro en su salud después de un trabajo de parto exitoso y no prolongado como el caso que nos ocupa.

El A17 informa en cuanto al producto que se obtiene el 29 de Junio del 2013, a las 14:00 hrs., con evidencia de cursar hipoxia-asfixia adquirido en útero que lo condiciona apnea secundaria por lo que se somete a maniobras de reanimación neonatal no detalladas en el expediente clínico -----.

Dicho evento es condicionante de encefalopatía que fue clasificada como finner estadio uno y daño orgánico documentado a nivel miocardio y renal. Después de las 24 horas de vida extrauterina requirió apoyo ventilación mecánica y empleo de ánimas sin embargo el problema no queda resultado y ocurre el fallecimiento el 02 de julio a las 18:30 pm.

Sin más que tratar se da por terminada la sesión extraordinaria de dicho comité a las 13:30 pm, se agregan firmas a la presente acta.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Cabe señalar que la citada acta de sesión extraordinaria, se encuentra firmada por el A11, Presidente y Director Médico de la Unidad, por el A15, Vocal y Responsable de Epidemiología, por el A10, Vocal y Médico Pediatría, por el A17, Vocal y Médico Pediatría y por el A18, Vocal y Médico Ginecólogo no apareciendo la firma, no obstante que estuvo presente el A16, Vocal y Responsable de Gineco-Obstetricia.

2.- Oficio sin número, de 13 de agosto de 2013, signado por A11, Director Interino del Hospital General de Torreón, mediante el cual rindió el informe pormenorizado que le fuera solicitado en relación con los hechos materia de la presente queja, el que textualmente refiere lo siguiente:

*".....informe pormenorizado en relación con los hechos de que se duele la C. Q.....
.....Me permito informarle lo siguiente.*

Para una mayor comprensión de este informe pormenorizado se ira contestando uno a uno los puntos de la queja, con el debido sustento. Me permito informarle que para una mayor facilidad de lectura los comentarios, respuestas o análisis de esta institución se escriben en mayúsculas para una correcta diferenciación del texto propio de la queja o de las notas del expediente clínico y documentales agregadas.

*El día viernes 28 de Junio de 2013 siendo las 10.00 horas am acudí a consulta a la unidad médica del centro de salud ubicado en la Col. Las Luisas de Torreón, fui atendida por el A1, médico general en esta Institución. Fue el mismo quien me realizo un chequeo Ginecológico indicándome que presentaba sangrado vaginal y una dilatación de 3 cm y por medición del fondo uterino que resulto de 38 cm, ultrasonido realizado por un medico externo que indicaban al 24 de junio del mismo año 36.4 semanas de gestación y según las semanas contadas a partir de la fecha de mi última menstruación 17 de Septiembre del mismo año contaría con 40 semanas de gestación, el médico se atrevía a diagnosticarme labor de parto, **al checar la frecuencia cardiaca del bebe me comenta se encuentra baja que era necesario estar monitoreando**, me dice que el sangrado era normal lo que era de cuidado en ese momento era la frecuencia cardiaca*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*del bebe, me recomendó acudir al hospital general de torreón para un chequeo mas asertivo por parte de un médico ginecólogo. Al acudir al hospital general ubicado en Artes Gráficas y calle 8 en la colonia centro de esta misma ciudad, en la zona de urgencias a las 6.30 pm del 28 de Junio de este mismo año me presento en la caja donde comúnmente se entrega el turno de consulta a cada paciente me doy cuenta que no hay persona que atienda, paso a tomar asiento y esperar que me sea otorgado un turno para consulta, después de casi una hora de esperar al personal de caja me entregan el turno número 7 para consulta en el turno nocturno, me dirijo a otros pacientes preguntando quien es el turno 6 para tener una referencia y me comentan que aun están consultando el turno vespertino, cabe mencionar que desde mi llegada a la institución no se habían realizado consultas esto basado en que durante mi espera no me di cuenta que mencionaran ningún turno a consulta ya que los consultorios se encontraban solos no había médicos atendiendo, y fue hasta las 10.30 pm del 28 de Junio que fui atendida por el A2, el me realizó nuevamente un chequeo ginecológico dejando como resultado sangrado vaginal y dilatación de 3 cm, para él todo indicaba que me encontraba en labor de parto, **al checar la frecuencia cardiaca del bebe me indica que es baja y que por esa razón el consideraba una hospitalización para monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe**, me solicita que permita la presencia del médico ginecólogo en turno para un nuevo chequeo, es cuando en el consultorio 2 del área de urgencias del hospital general de torreón se presenta el A3 y recibe la información por parte del A2 y solicita que me pasen a urgencias me asignen cama y "me preparen", al pasarme al área de urgencias me canalizan y aplican solución glucosada, me es realizado lavado rectal y me comenta el enfermero que me atiende que seré trasladada al área de expulsión que allí llevaran a cabo el monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe, dicho traslado se llevo a cabo a las 2.00 am del 29 de junio al llegar a la zona de expulsión y el enfermero se percata de que no hay cama donde pueda ser colocada me deja a las afueras del quirófano sobre la camilla por lo menos por una hora.*

*TERMINA TRASCIPCIÓN. TODO LO REFERIDO POR LA PACIENTE SE ENCUENTRA ACORDE A LO RELATADO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO, CON LA DIFERENCIA QUE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL REPORTADA POR EL A2 NO ES BAJA, ES NORMAL DE **130 (CIENTO TREINTA)** POR MINUTO, ENTONCES NO ES ACORDE LO REFERIDO POR LA*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

PACIENTE EN EL SENTIDO DE LA FRECUENCIA CARDIACA DEL BEBE.

Durante ese tiempo fui testigo de que son médicos practicantes quienes se encargan de atender los partos y de que no llevan ningún tipo de cuidado sobre la higiene ya que a quirófano entra y sale cualquier persona sin lavarse si quiera las manos o utilizar guantes esto basado en que durante el tiempo que estuve esperando me asignaran cama se estaba llevando a cabo un parto y yo estaba justo en la puerta del quirófano y esta se encontraba abierta. Pasadas las 3 am del 29 de junio me asignan la cama No. 3 en la sala de expulsión y es el médico practicante A4 y una practicante mas quienes se encargan del monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe colocando el fetómetro sobre mi estomago sujetado con cinta adhesiva y vendas durante 40 minutos aproximadamente a un volumen excesivo ya que ellos no se quedaron dentro de la sala de expulsión y así poder escuchar desde afuera los latidos, estuve al pendiente de la variación de la frecuencia cardiaca y esta oscilaba desde los 110 hasta los 170 pulsaciones, al entrar el A3 y realizar tacto me informa que presento 3 cm de dilatación, cuando se presenta el médico practicante A4 a retirar el aparato este me comenta que si la frecuencia cardiaca del bebe continua tan variable lo más recomendable por su parte seria llevar a cabo una Cesárea y esta fuera programada a las 8.00 am pero que allí las cosas se hacen bajo el criterio del medico en turno.

*TERMINA TRASCIPCIÓN. EN LA HOJA DEL PARTOGRAMA LOS DATOS DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE ENCUENTRAN ENTRE **125 Y 140 LATIDOS POR MINUTO**, LO QUE NO COINCIDE CON LA APRECIACIÓN DE LA PACIENTE.*

*Es a las 7.00 am del 29 de junio cuando se presenta en el área de expulsión el medico practicante A4 en compañía de un par de practicantes mas y el A5 ginecólogo en turno con cédula profesional numero x realizo la entrega del informe de cada paciente, toma el A5 mi expediente y pregunta la razón de mi hospitalización y es el practicante A4 quien le indica que es por monitoreo de frecuencia cardiaca al bebe **que durante la noche se llevo a cabo un monitoreo y estuvo muy variable la frecuencia**, el A5 pide me sea revisado nuevamente y colocan su aparato sobre mi estomago y en ese momento la frecuencia se encontraba en 145 al ver el resultado del chequeo el A5 se dirigió a los*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

practicantes de modo prepotente preguntando que cuales son los limites para considerar una frecuencia cardiaca estable y ellos respondieron de 120 a 170 el A5 guardo silencio soltó mi expediente realizo tacto informo que contaba con 3 cm de dilatación solicitó a la enfermera me aplicara 5 unidades de oxitocina y se retiró.

TERMINA TRASCRIPCIÓN. CONTRARIO A LO QUE REFIERE LA PACIENTE, DEL PARTOGRAMA NO SE DESPRENDEN VARIANTES IMPORTANTES EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

Es a las 9.00 am del mismo día 29 de Junio cuando regresa el A5 a checar mi dilatación y esta continuaba en 3 cm le indica entonces a la enfermera me apliquen unas pastillas las cuales tuvieron que solicitar al familiar que me acompañaba ya que comprara ya que ellos no cuentan con ese tipo de medicamento, estas pastillas fue introducida una vía vaginal y otra vía oral, la enfermera me comento que en máximo dos horas ya estaría lista para pasar a quirófano que esas pastillas eran muy fuertes y acompañadas de la oxitocina acelerarían la labor. Pasado el tiempo y yo sin presentar molestias ni aumento en la dilatación el A5 le solicita a la enfermera que me aplique 5 unidades de oxitocina en conjunto con las demás pacientes la enfermera le contesta que yo ya tengo las 5 unidades y que ya me habían sido aplicadas las pastillas que el había solicitado, el A5 le indica que entonces me sean aplicadas a chorro como a las demás, la enfermera contesta que ellas la tienen a chorro porque están con 2 unidades de oxitocina, esto relacionado obviamente a que me fue aplicado vía intravenosa mediante la canalización, el A5 retira a la enfermera de la solución y cambia la aplicación "a chorro" como el lo había indicado esto sucedió cerca de las 12.00 pm del 29 de Junio, después de esos cambios comencé con contracciones y en cada una de ellas yo procuraba realizar mi trabajo "pujar" ya que así era como lo estaban recomendando los médicos practicantes y aunado a eso conservar la calma.

TERMINA TRASCRIPCIÓN.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

"2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer"

EFFECTIVAMENTE EL MÉDICO TRATANTE REFIERE HABER UTILIZADO EL MEDICAMENTO QUE CONSIGNA LA PACIENTE, BAJO LA VIGILANCIA ADECUADA. SIN EMBARGO LA ENFERMERA EN TURNO DICE QUE ELLA NO FUE RETIRADA DE LA SOLUCIÓN COMO LO AFIRMA LA QUEJA.

Cuando el familiar que me acompañaba solicitaba información sobre mi estado de salud y el del bebe solo le comentaban que yo estaba muy tranquila. Continuando con las contracciones sentí que tronó algo dentro de mí por dos ocasiones llame al Dr. Y fue el A5 quien entró le comenté lo sucedido y solo levantó la sabana que me cubría y me dijo: "reventaste membranas" se retiró y al poco tiempo volví a sentir lo mismo regreso el mismo A5 levantó la sabana y me dijo: "reventaste fuente" le pidió a la enfermera me pasaran a quirófano sin haber checado antes mi dilatación y mucho menos la frecuencia cardiaca del bebe, durante el tiempo que tardaron en preparar la camilla para mi pase a quirófano comencé a sentir mi brazo izquierdo adormecido llamé a Dr. Y fue un médico practicante quien se acercó a mi cama y le dije lo que sucedía éste en tono de burla tomó mi brazo me lo mostró y me dijo "aquí está tu brazo" se retiró burlándose dirigiéndose a otra persona diciendo que el había pensado que ya había dado "el camazo" estos dos estuvieron burlándose y comentando sobre anécdotas al respecto, yo comencé a vomitar volví a llamar al Dr. Y fue el A5 quien entró a la sala de expulsión se acercó a mi cama vio el vomito sobre el piso y en silencio se retiro, poco antes me habían checado la presión y la enfermera me dijo que la tenia baja que estaba en 90/60, supuse que mis malestares eran debido a eso mas nadie me atendió al respecto. Me pasan a quirófano y me doy cuenta que mi parto seria atendido por médicos practicantes y que sin saber aun quien sería el encargado es al momento cuando se sortean al paciente, fue una mujer quien se encargó de atenderme y asistida por otro médico practicante comenzamos con el parto el A5 no se encontraba en quirófano solo los médicos practicantes, el A6 Pediatra en turno y dos enfermeras, el parto se prolongo y debido a la dificultad llamaron al A5, este entró a quirófano se le indico lo que sucedía, yo al darme cuenta que había momentos que ya eran las manos de la practicante y de quien la asistía las cuales se encontraban dentro de mi cuerpo pedí al practicante que asistía a quien estaba a cargo de mi parto que "si el sabia mas y estaba viendo las dificultades y que yo estaba batallando y mi bebe sufriendo





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

que me ayudara y fuera el quien se encargara del parto" este contestó: "aquí todos somos iguales nadie sabe mas, todos estamos aprendiendo" esto pasó en presencia del A5 quien solo mandó traer un banco para él y otro para una de las enfermeras se subieron y comenzaron a hacer presión sobre mi estomago y empujar el cuerpo de mi bebe, la practicante encargada de mi parto solicito utensilios para rotar mi piel dichos utensilios no se encontraban dentro del quirófono ya que cruzaron la puerta con ellos en mano comentando que no tenían filo, esta los tomo preguntando como y cuanto era lo que tenia que cortar? Y quien la asistía le respondió: que era bajo su criterio.

TERMINA TRACRIPCION. LO QUE LA PACIENTE REFIERE COMO PRACTICANTES, EN REALIDAD SON MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO, EN ESTA INSTITUCIÓN, EN ESA ÁREA, EN ESOS MOMENTOS NO SE ENCONTRABA NINGÚN PRACTICANTE, SOLO MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO Y EL MEDICO DE BASE A5 COMO ELLA MISMA LO REFIERE, CABE MENCIONAR QUE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO, DE ACUERDO AL MANUAL DEL INTERNADO QUE MAS ADELANTE SE TRASCRIBIRÁ, ESTÁN CAPACITADOS PARA LA ATENCIÓN DE UN PARTO NORMAL DESDE QUE SALEN DE LA ESCUELA Y SOLO SON SUPERVISADOS POR LOS MÉDICOS DE BASE COMO OCURRIÓ EN ESTE ACTO.

con la ayuda del A5 y la enfermera y el esfuerzo aplicado de mi parte nació mi bebe, pero no escuche su llanto al nacer solo escuche que el A6 quien se encontraba con un trozo de sabana verde con hilos sueltos en las manos listos para recibir a mi hijo en sus brazos pedía que pusieran las pinzas esto lo hizo en mas de dos ocasiones y nadie hacia nada, todo el tiempo que le tomó a 2 enfermeras, 3 médicos practicantes y un Ginecólogo el A5 quienes en ese momento estuvieron presentes era tiempo considerado vital para mi hijo ya que según los reportes médicos mi hijo no respiró al nacer debido a que presentó sufrimiento fetal. A mi hijo lo colocaron en una camilla para su revisión y vi que estaban masajeando su pecho y mi hijo seguía sin llorar mandaron llamar a otro medico y mientras eso sucedía la medico practicante se disponía a realizar la sutura y de la misma manera que en el parto era asistida por el medico practicante, me atrevo a pensar que la practicante no tenia idea de lo que estaba haciendo ya que se vio en la necesidad de





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

preguntar ¿Qué cantidad de anestesia era necesario aplicar? O bien si ¿era necesario aplicar anestesia? Quien la asistía le respondió que todo era bajo su propio criterio, este ultimo se retiró un momento y la practicante continuó con la sutura al regresar el practicante que la asistía le comento: "tienes que coser el nervio no la piel y corrigió la sutura que me había realizado y la volvieron a hacer.

TERMINA TRASCRIPTIÓN. EFECTIVAMENTE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO ACUERDO AL REGLAMENTO DE INTERNADO Y NO ES UNA SOLA FORMA DE PROCEDER AL RESPECTO, POR LO QUE SE APLICAN DIVERSOS CRITERIOS PARA LAS DIVERSAS FORMAS SIN QUE ESTE HECHO IMPLICA UNA ACTIVIDAD INADECUADA O CON FALTA DE CAPACIDAD.

*Al quirófano se presentó el A7 de Neonatología solicitando peso y medidas del bebe, fue el A6 quien se acercó y en voz baja le indicó lo que sucedía con mi hijo, a mí nadie me informó nada pero me di cuenta que el A7 solicitó una sonda y otro material para canalizar a mi hijo y aplicar oxigeno ya que presentaba dificultad para respirar, la enfermera le hizo saber que nada de lo que solicitaba lo tenían en quirófano que tenía que ir a pedirlo, esta se retiro por el material que solicitó el A7 y el A6 se encargó de realizar el chequeo del bebe dejando como respuesta un peso de x kg y una medida de x cm. Cabe mencionar que al momento en que nació mi hijo una enfermera gritó 1:38 pm y fue el A7 quien cerca de las 3:00 pm del 29 de Junio del año en curso entró a quirófano con una máquina de escribir en mano la colocó en una plancha que había sido desocupada y que después de realizar un parto allí no había sido aseada, hizo las sabanas sucias a un lado colocó su máquina y escribiendo me empezó a dar el informe sobre el estado de salud de mi hijo, me comentó que mi hijo **no había respirado al nacer** que esa era la razón por la cual no lo había escuchado llorar y que efectivamente mi hijo debería estar llorando se puso de pie junto a la camilla donde se encontraba mi hijo levantó su pierna sujeta de sus dedos del pie derecho y la dejó caer, me dijo que mi hijo no tenía fuerzas que tenía dificultad para respirar **pero que le sorprendió que no presentara señales de asfixia ya que el tono de su piel era rosado** pero que aun así era necesario que lo trasladaran a otro hospital para su atención ya que en el hospital*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*general no contaban con los aparatos que requerían en el caso de mi hijo, se retiró de quirófano diciéndome que saldría a arreglar lo del traslado y a informarle a mis familiares lo sucedido, a ellos salió a informarles **que mi hijo había sufrido depresión al nacer que no respiró y que no tenía fuerzas que las condiciones de mi hijo en ese momento eran las de un muñeco de trapo.***

TERMINA TRASCRIPCIÓN:

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE DEL CUAL ANEXO COPIA FOTOSTÁTICA PARA SU FIEL INTERPRETACIÓN, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NO SE TUVIERON SEÑALES DE SUFRIMIENTO FETAL Y CUANDO NACE EL NIÑO, QUE EFFECTIVAMENTE COMO LO REFIEREN EN LA QUEJA NACE SIN SEÑALES DE ASFIXIA O HIPOXIA, COMIENZA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SE LE PRESENTO LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA, SIN QUE DE ESTO SEA RESPONSABLE EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN, ES UNA CONDICIÓN PROPIA DEL RECIÉN NACIDO Y AJENA A LOS MÉDICOS TRATANTES.

Al sacarme a mí de quirófano las enfermeras me acercaron al lugar donde tenían a mi hijo y estaba en una camilla y sobre su cabeza una máscara de oxígeno y confirmé lo que me dijo el A7 mi hijo no tenía fuerzas y sufría al respirar lo sacaron rápido de esa mascara y lo acercaron a mi para que lo conociera fue entonces cuando mi hijo abrió los ojos, rápido lo metieron nuevamente a esa mascarilla y a mi me sacaron de quirófano me dejaron en las afueras del quirófano esperando que se desocuparan camas en el área de maternidad y que me indicaran a donde sería trasladado mi hijo, cerca de 20 minutos después escuche que el A7 le indicó a la enfermera que pasaran a mi hijo al área de neonatos de ese mismo hospital ya que en ningún hospital había lugar para que recibieran a mi hijo y le brindaran la atención necesaria.

TERMINA TRASCRIPCIÓN;

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE DEL CUAL ANEXO COPIA FOTOSTÁTICA PARA SU FIEL INTERPRETACIÓN.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Sacaron a mi hijo del quirófano se lo llevaron al área de neonatos y a mi al área de maternidad sin darme ningún tipo de información al respecto de mi hijo. Ya en el área de maternidad se presentó el A8 del departamento de Seguro Popular para comentarme que estaban informados de lo sucedido conmigo y mi hijo durante el parto y que seguirían mi caso a fondo y que de ser necesario un traslado a una clínica particular se realizaría y correría por cuenta de ellos, el mismo A8 me indicó reconocer que de una forma u otra había responsabilidad por parte del hospital pero que contaría con todo su apoyo. A las 9.00 pm se encontraba el A9 en las afueras del área de maternidad platicando con las enfermeras y la medico practicante que atendió mi parto, este en todo de broma le comentó a la practicante que había dos primerizas esperándola en el área de expulsión se rieron y la practicante contestó que "ella con primerizas no podía" después de terminar su conversación se retiraron. Me presente en el área de neonatos con la intención de estar con mi hijo o por lo menos saber algo relacionado con su estado de salud y me respondieron que solo se daba un informe al día y este me sería entregado por parte del pediatra en turno al siguiente día y que solo podría pasar a verlo después del informe padre o madre durante 15 minutos y que dicho informe se entregaba de la misma manera a padre y/o madre.

TERMINA TRASCRIPCIÓN.

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS MÉDICOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL CUAL SE ANEXA COPIA FOTOSTÁTICA PARA SU FIEL INTERPRETACIÓN.

*El día 30 de junio a las 12.00 pm me fue dada de alta por el A5 el cual se presentó en el área de maternidad a realizar su chequeo de rutina y en mi turno me preguntó que ¿si ya sabía algo de mi hijo? Le respondí que sí, que me habían dicho que presentó sufrimiento fetal, que no había respirado al nacer, el A5 en silencio y de manera indiferente firmó la receta e indicó mi alta a la enfermera y se retiró. Acudí a recibir el informe médico relacionado con mi hijo en compañía del padre al área de neonatos y se presentó con nosotros un Dr. Del cual desconocemos su identidad ya que solo nos dijo que **el no pertenecía al hospital general que lo habían llamado solo para que pasara a***





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

informarnos lo que sucedía con nuestro hijo, este en su informe nos hizo saber que el estado de salud de nuestro hijo era delicado ya que presentaba congestión en sus pulmones lo cual dificultaba su respiración que por esa razón se encontraba metido en esa mascarilla para evitar la falta de oxígeno, dijo también que sería necesario realizar un tacto en su cerebro para descartar inflamación, un ultrasonido transfontanelar o bien una tomografía para saber si había sangrado o líquido y medir el daño cerebral ya que al momento de nacer duró 5 minutos sin respirar y esa afectación va directo a su cerebro provocada por la falta de oxígeno, y que debido a eso el bebe estaba presentando convulsiones desde la noche anterior 29 de junio, no se atrevió a darnos fechas para realizar esos estudios ni el tipo de medicamento que estarían aplicando por la única razón de que el no era el pediatra que se encargaría de la atención de nuestro hijo que sería el encargado de neonatología quien nos informaría al respecto. El día 01 de julio del 2013 nos presentamos el padre del bebe y yo al área de neonatos poco antes de las 12.00 para recibir el informe del día, y a falta de la presencia tanto del A7 encargado del área de neonatos y algún pediatra que estuviera al tanto de lo que sucedía con nuestro hijo, fue una medico practicante quien leyendo el expediente de nuestro bebe nos informó que se encontraba grave, que habían aumentado la dosis del medicamento que ayudaba a evitar o disminuir sus convulsiones pero que debido a eso el bebe se encontraba prácticamente sedado pero que aun así seguía convulsionándose, pero que relacionado a sus pulmones la congestión había disminuido y que eso ayudaba a la respiración del bebe, nos hablo sobre secuelas por el daño cerebral que presentaba nuestro hijo pero todo sin fundamentos ya que se desconocía dicho daño pero que probablemente fuera severo debido a las convulsiones, y que sin ser realizados los estudios necesarios no se podría hablar con certeza al respecto, estos estudios no eran realizados porque en el hospital general no cuentan con los aparatos y que debido al estado de salud de nuestro hijo era imposible un traslado, comentó que probablemente se programara para el siguiente día todo dependiendo del estado de salud de nuestro hijo. El día 02 de julio del presente año pasadas las 12.00 pm fue el A10 quien a petición del Subdirector de dicho hospital el A11 se presentó en el área de neonatos a darnos el informe médico, este comentó que el estado de salud del bebe era grave que ya se había conectado al respirador ya que para él estaba siendo imposible ya respirar por si solo porque al momento de nacer aspiró





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

líquido y eso es lo que había provocado la congestión de sus pulmones, que la noche anterior 01 de julio había presentado complicaciones de lo cual nunca se no hizo saber y según el área de neonatos tenían el compromiso con nosotros de mantenernos informados sobre el estado de salud del bebe en caso de ser necesario realizarían una llamada si algo sucedía fuera de el informe que se nos otorgaba al medio día, el A10 nos dijo que debido al daño que probablemente presentaba en su cerebro estarían dañándose otros órganos de su cuerpo como había pasado la noche anterior que presentó daño en su riñon y debido a eso diagnosticaron insuficiencia renal, que hablar de un traslado a otra clínica ya fuera para realizar estudios o mejorar su atención era casi imposible ya que el estado de salud del bebe no era nada bueno y así como corría riesgo su vida dentro de ese mismo hospital lo corría también en el transcurso a otra unidad médica y que el cómo médico no lo recomendaba, hablamos sobre los estudios que había pendientes para el bebe y el dijo que eran importantes y necesarios pero que ya en esos momentos lo primero era estabilizar al bebe ya que para realizar los estudios necesarios se hablaba también de un traslado y no contaban con una ambulancia que tuviera los aparatos para la atención que mi hijo requería durante el traslado, en ese momento el médico nos comentó que nos preparáramos para cualquier cosa que el bebe estaba sufriendo mucho y que debido a su estado por esa ocasión nos permitiría pasar a padre y madre al área de neonatos en el tiempo de visita.

TERMINA TRASCRIPCIÓN.

EFFECTIVAMENTE, LOS DATOS MÉDICOS DE LOS HECHOS RELATADOS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL CUAL SE ANEXA UNA COPIA PARA SU FIEL INTERPRETACIÓN.

Durante el mismo día 02 de julio y durante nuestra permanencia en el hospital general estuvimos en contacto con el subdirector el A11 quien se comprometió a mantenernos informados al respecto y darle seguimiento a nuestro caso, por dicha razón a él se le entregó una copia de mi testimonial donde se menciona a detalle lo sucedido, me reciben dicha copia en la dirección del hospital general firmando de recibido por parte de la subdirección del hospital y sellando las hojas entregadas, de esta testimonial fue el A12





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Secretario de Salud quien recibió la original y es él quien personalmente ya enterado de mi caso se compromete de igual forma a darnos respuesta grata a la petición y queja que le presentamos sobre la falta de atención y al mismo tiempo la mejora en la atención medica que requería mi hijo. De la copia mencionada anexo a este escrito una copia mas para hacer constar con sellos y firmas que en el hospital general de torreón hay antecedentes sobre lo sucedido.

TERMINA TRASCRIPCIÓN.

EFFECTIVAMENTE LOS DATOS MÉDICOS RELATADOS SE ENCUENTRAN RELATADOS EN LAS COPIAS DEL EXPEDIENTÉ CLÍNICO QUE SE ANEXAN A LA PRESENTE PARA UNA FIEL INTERPRETACIÓN.

A las 5.00 pm del 02 de julio se nos llamo a padre y madre al área de neonatos por parte del pediatra en turno A13 para darnos un informe sobre el estado de salud de nuestro hijo, este nos comento que el estado de nuestro hijo había empeorado que ya no había nada que hacer por el bebe que médicamente ya se había hecho todo, que el bebe no podía estar peor que si el bebe mejoraba seria basado en un milagro, nos pidió que nos preparáramos para cualquier cosa que no creía que pasara mucho tiempo en ese estado el bebe y nos permitió pasar a padre y madre en conjunto al área de neonatos donde se encontraba mi hijo, nos recomendó despedirnos de él y si era de nuestra elección podríamos bautizarlo, en ese momento el bebe ya presentaba un tono de piel pálido que en la visita del medio día no presentaba, ya estaba completamente sin fuerzas seguía sedado y conectado al respirador con sonda y canalizado, al salir de esa área 10 minutos después pasadas las 6.00 pm del 02 de julio del 2013 nos mandan llamar a padre y madre a petición del mismo A13 y nos informa que nuestro hijo falleció, sin indicar la causa de la muerte, posterior a eso el A14 quien me entrega un resumen medico sobre el estado de salud de mi hijo el cual solicitamos desde el medio día al A10 y en el mismo son anexados los detalles de su muerte y lo manejan como paro cardiorespiratorio a las 6.00 pm del día 02 de julio 2013.

TERMINA TRASCRIPCIÓN.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

EFFECTIVAMENTE LO ANTERIOR SE ENCUENTRA FUNDAMENTADO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL CUAL SE ANEXA COPIA FOTOSTÁTICA PARA SU FIEL INTERPRETACIÓN, MAS LA CAUSA DE LA MUERTE NO FUE LA REFERIDA EN EL ESCRITO DE QUEJA SINO LAS CONSIGNADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL CUAL SE ANEXA COPIA FOTOSTÁTICA Y QUE SON LAS SIGUIENTES, SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. NEUMONÍA. APNEA SECUNDARIA.

EN ESTE APARTADO SE TRASCRIBE EL INFORME PORMENORIZADO PRESENTADO POR EL MÉDICO GINECÓLOGO TRATANTE A5 O RESPECTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A LA PACIENTE.

*El suscrito médico cirujano A5 legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión con cédula profesional x, y cédula de especialista x hago constar que en relación a la queja presentada en la SEGUNDA VISITADURIA REGIONAL EXP. CDHEC/---/2013/TORR/HG OFICIO No. SV---/2013 que durante el turno que me corresponde que es el de jornada acumulada con horario de 8.00 a 20.00 (sábados , domingos y días festivos), revise y atendía las 8.00 a la paciente Q quien se encontraba en sala de labor y cursaba con embarazo de 40.3 semanas con 3 cm de dilatación desde su ingreso a las 23.10 hrs que en el partograma reportan una frecuencia cardiaca fetal de **130 por minuto** con 2-3 contracciones por 10 minutos y membranas integras, a las 3.30 hrs la frecuencia cardiaca fetal es de **125** por minuto, a las 4.30 de **140** por minuto de acuerdo con los datos consignados en el expediente y en la hoja de enfermería a las 7:00 hrs se reporta una frecuencia cardiaca fetal de **146** por minuto; hasta el momento de mi revisión realizada a las 8.00 hrs, por lo que en lo que refiere la paciente Q que la frecuencia cardiaca fetal haya estado variable con oscilaciones de **110 a 170 por minuto no las encontré registradas en el expediente**, por lo que infiero que no presento alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal con un promedio de **135 latidos** como están consignados en el día 29 de Junio y creo que en caso de haber presentado esas desaceleraciones variables el ginecólogo de turno hubiese actuado de manera inmediata, y no esperar a como dice que la cesárea fuera programada para las 8.00 , reviso la paciente Q, así como las otras pacientes que se encontraban en sala de labor, ya que durante mi jornada de trabajo soy*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*el encargado de todas las pacientes gineco-obstetricas que se encuentran hospitalizadas, tanto en sala de labor, expulsión, quirófano, hospitalización y urgencias, siendo la sala de labor el primer departamento que visito durante mi jornada ya que debo de darme cuenta que pacientes se encuentran internadas en dicho departamento porque son las que requieren de mayor atención en ese momento ya que se encuentran en trabajo de parto y debo de darles prioridad, como dice la paciente Q llego la revise y encuentro un abdomen globoso a expensas de útero gestante con un fondo uterino de 32 cm ocupado por producto único, vivo, cefálico con dorso a la izquierda, cérvix con 3 cm de dilatación, con un 70% de borramiento, membranas integras con presentación cefálica en segundo plano, presenta 2 contracciones en 10 minutos de poca intensidad y detecto que el bebe tiene una frecuencia cardiaca fetal de **145** latidos por minuto estando la vigilancia con el cardiotocografo por espacio de 15 minutos con oscilaciones entre **135 a 145 latidos por minuto**; indico al médico interno de pregrado realizar la nota y continuo revisando a las otras pacientes que se encontraban en sala de labor ; con referencia al comentario que realiza la paciente al dirigirme a los médicos internos de pregrado que les realice una pregunta en forma prepotente y que ella llama practicantes considero que es su percepción ya que ellos están bajo mi supervisión por lo tanto deben de estar al pendiente y mantenerme informado mientras yo realizo funciones propias de mi jornada, ya que como especifiqué anteriormente no permanezco en una sola área; mi pregunta iba encaminada hacia la valoración de la frecuencia cardiaca fetal en relación a datos de sufrimiento fetal, **llámese bradicardia o bien taquicardia que es uno de los parámetros más importantes que debemos tener en cuenta al estar vigilando un trabajo de parto, y que ellos deben de estar al pendiente monitorizando a las pacientes cada 15 minutos y anotando en el partograma cada 30 minutos**; ya que su servidor podría ser requerido en otras aéreas del hospital que también debo de cubrir y en ese momento ellos al estar monitorizando la frecuencia cardiaca notan algún cambio deberán de avisarme si no me encuentro en dicha área para tomar una decisión sobre la atención obstétrica de las pacientes que se encuentran en sala de labor; nuevamente reviso a la paciente y como lo expone en su queja a las 9.00 hrs, se checa la frecuencia cardiaca que era de **135 latidos por minuto**, así como la dilatación cervical encontrándola con 3 cm de dilatación, con 2 contracciones uterinas en 10 minutos de leve*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*intensidad; Indique que se iniciara misoprostol 25 microgramos vaginal y oral, cuya indicación esta anotada en el expediente y en la nota que está realizada a las 9.30 hrs donde se asienta una contracciones cada 4-5 minutos y una frecuencia es de 135 latidos por minuto, que nos habla una fase latente de trabajo de parto, aquí cabe mencionar que tenía dos opciones una de ellas ya que se encontraba en fase latente era pasarla a otra área del hospital ya que no presentaba un trabajo de parto efectivo y esperar a que se desencadenara el trabajo de parto espontáneamente, pero no contaba en ese momento con camas disponibles en maternidad o piso para continuar su vigilancia y el enviarla a otro departamento como es piso o maternidad no estaría monitorizada la frecuencia cardiaca como lo está en sala de labor que es donde como para dejarla a evolución espontanea no es posible, ya que el área de labor es muy pequeña solo hay tres camas y se encontraba lleno en ese momento; además de dos pacientes en camilla con trabajo de parto por lo que tome esta determinación de iniciar la inducción con misoprostol, le informe a la paciente, que iba a usar un medicamento para inducir el parto y vigilarla y que de acuerdo a la evolución continuaríamos el trabajo de parto, **ya que en ese momento no había una indicación para terminar su parto por una cesárea de acuerdo a mi evaluación tenía un producto pequeño, con pelvis útil y frecuencia cardiaca fetal normal y en caso de requerirse pasaría a cesárea, así mismo se informo a los familiares del procedimiento que íbamos a realizar** ya que ellos tuvieron que comprar el medicamento para iniciar la inducción que se iba a realizar y la vigilancia que íbamos a tener con la paciente durante la inducción con misoprostol en basado en el Manual del FLASOG (FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA) Uso de Misoprostol en obstetricia y ginecología Tercera edición Mayo 2013, donde se refiere que como contraindicaciones para la utilización del misoprostol en la inducción del trabajo de parto espontáneo. En el que cada servicio de obstetricia debe de tener sus propias normas, guías o protocolos clínicos, y cuyas contraindicaciones absolutas para el uso de misoprostol son situación fetal transversa, prolapso de cordón umbilical, placenta previa, vasa previa, cirugía previa del cuello uterino, cesárea previa, embarazo gemelar con primer feto en situación transversa, antecedentes de hipersensibilidad al medicamento. Y contraindicaciones Relativas Embarazo gemelar, Poli hidramnios, feto en presentación podálica, hipertensión arterial*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*crónica no compensada o con deterioro materno, enfermedad cardíaca de la madre. Ya que la paciente Q no contaba con esas condicionantes se procedió a la aplicación del medicamento; ordenando la vigilancia estrecha de la misma. Y como ella lo refiere la estuve vigilando todo el tiempo, y tenía las precauciones necesarias para su atención, la paciente internada en una institución hospitalaria, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, y las contracciones uterinas, había el recurso humano capacitado para la atención, medicamentos tocolíticos y se disponía de una sala de quirófano para efectuar una cesárea de urgencia en caso de que la paciente o el producto presentara alguna complicación durante el proceso de atención, una vez instaurado el tratamiento; fui a pasar visita a las pacientes que se encuentran internadas en urgencias y posteriormente tanto en piso, como en maternidad, continuando los médicos internos de pregrado con la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal como lo consigna el expediente a las 10.30, 11.00, 11.30 y 12.00 sin que presentaran cambios en la frecuencia cardíaca fetal, indique oxitocina a las 12:00 a razón de 3mU por minuto no ha chorro como ella dice y en base a que la vida media del misoprostol es de 2 horas el oral y 4 horas el vaginal; la reviso y encuentro una dilatación de 7 cm con tres contracciones en 10 minutos de buena intensidad, como lo refiere la paciente la estuve vigilando y atendiendo a su llamado; el proceso de atención de parto realizado por los médicos internos de pregrado que Q llama practicantes está de acuerdo al **MANUAL DEL INTERNO DE PREGRADO EN LA SECRETARIA DE SALUD** en el cual el subprograma de educación en servicio le proporciona al alumno la oportunidad para el ejercicio de maniobras médico-quirúrgicas utilizadas en la atención de las pacientes El programa incluye también llevar a la practica la aplicación y la integración de los conocimientos médicos en los ciclos escolarizados previos.*

En Habilidades y destrezas: Nivel de dominio I.- El Alumno es capaz de reconocer y aplicar el procedimiento bajo supervisión del profesor. -El alumno hace, el profesor ve. Y estos son algunos de los procesos que deben de realizar en el departamento de gineco-obstetricia 1.- Historia clínica gineco obstétrica y exploración física completa.- Nota clínica inicial. 2.- Exploración ginecológica bimanual y con espejo vaginal, 3.- Atención de parto normal, 4.- Anestesia local





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

perineal; entre otros. Se continúa con la conducción de trabajo de parto con mi supervisión. Cabe mencionar que durante mi jornada atendí a otras pacientes que se encontraban en trabajo de parto incluso cuando la paciente hace mención que siente que algo le truena **me encontraba atendiendo el parto de la paciente T1**, fui a revisar a Q al levantar la sabana, no solo la vi como ella lo dice, veo que presenta ruptura espontánea de membranas, realice un tacto vaginal encontrando una dilatación de 8 cm y escuche la frecuencia cardíaca del producto que se encontraba en **140 latidos por minuto, y vi las características del líquido amniótico que era claro**; me retire de la sala de labor y continúe atendiendo el parto de la paciente T1 que paso la sala de expulsión a las 12.15 hrs, y la cual había presentado hipertermia de 39° a las 12.00, por lo que tenía que extremar la vigilancia en la atención de la paciente T1 en la sala de expulsión ;naciendo el producto a las 12.50 hrs; después del nacimiento del producto de T1; **nuevamente voy a revisarla encontrando una dilatación de 9 cm con una frecuencia cardíaca fetal de 135 latidos por minuto** ; al terminar de atender el parto; teniendo en cuenta que dicho proceso desde la expulsión del producto, el alumbramiento y la reparación de la episiotomía es de aproximadamente 30 minutos sin que exista ninguna complicación; nuevamente reviso a la paciente Q quien ya se encuentra con dilatación completa con frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto; ya que para ordenar el paso a sala de expulsión debe de estar con dilatación completa; por lo que el paso de la paciente a la sala de expulsión sería aproximadamente a las 13.10 hrs, y como la evolución de la fase activa fueron 4 hrs, presentado una frecuencia cardíaca fetal normal y con un líquido amniótico claro; indico la pasen a la sala de expulsión y es donde ella refiere que se da cuenta que el parto iba a ser atendido por médicos practicantes a lo que reitero de acuerdo al Manual del Interno de Pregrado en la Secretaria de Salud, ellos se encuentran capacitados para la atención del parto normal, aplicación de anestesia local perineal; cuando pasaban a la paciente Q solicitan mi presencia para valoración de una paciente en urgencias, al término de la misma regreso a la sala de expulsión para asistir el trabajo de parto de la paciente Q por lo cual aclaro no fue necesario que me llamaran, y aquí al ver que el producto esta coronando y no había cooperación de la paciente, con 20 minutos aproximadamente de periodo





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

expulsivo decido asistir con maniobras tipo Kristeller aunque no llego a su totalidad dicha maniobra y aquí aclaro fehacientemente que nunca participo la enfermera en dichas maniobras. Cabe hacer mención con respecto al instrumental de corte (tijeras) estas permanecen en una fuente metálica con solución esterilizante de gutaraldehido (cidex) por lo cual nunca se trasladaron de otra sala ya que solo contamos con una sala de expulsión y estas se colocan en el equipo de parto con la pinza de traslado para mantener su esterilidad. Con respecto a que no se le facilitaban las pinzas al A6 Medico Interno de Pregrado asignado a Pediatría no son necesarias ya que el producto cuando lo recibe ya va con el cordón umbilical pinzado. El nacimiento es a las 13:34 hrs y de acuerdo a la nota de atención del parto, como se consigna en la nota el producto no lloro ni respiro al nacer, se aspiró líquido amniótico de boca y narinas; calificándose con apgar de 4, cabe hacer notar que en el momento del parto no se encuentra el Pediatra, por lo tanto procedo a dar maniobras de básicas de reanimación en conjunto con el A4 que consistieron en ventilación con mascarilla y oxígeno, estando vigilando que la médico interno realizara la episiorrafia en forma adecuada, que es parte del proceso de atención de parto, como dice en el Manual del Interno de Pregrado en la Secretaría de Salud. **En ningún momento se le indico que tenía que coser el nervio.** Continuo asistiendo al producto ya que se encontraba en malas condiciones hasta entregarlo al Pediatra el cual llega aproximadamente a las 14.00 y como dice la paciente Q no se encontraba presente durante el momento del parto ni los 26 minutos siguientes al nacimiento como lo refiere la nota de ingreso a neonatos a las 14.00. Se termina el proceso de atención del parto sin que se presenten ninguna complicación por parte de la paciente Q encontrándose estable con un sangrado transvaginal moderado por lo que se pasa a maternidad, evolucionando satisfactoriamente. El día 30 de Junio acudo al pase de visita en maternidad reviso a la paciente la Sra. Q le pregunto sobre las condiciones que se encontraba su hijo, lo que me responde que presento sufrimiento fetal y no había respirado al nacer, **cabe hacer mención que no hubo sufrimiento fetal ya un signo indicativo sería la presencia de meconio durante el trabajo de parto, parto y en la expulsión del producto y este nunca existió** y con respecto a la información del estado del producto corresponde al departamento de pediatría; revise a la paciente y la di de alta del departamento de





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

obstetricia ya que encontraba en condiciones favorables por lo que extendí la receta y se dan indicaciones para su egreso. ATENTAMENTE. A5

TERMINA TRASCRIPCIÓN.

DE LA NARRACIÓN DE HECHOS DEL MÉDICO GINECÓLOGO TRATANTE, COMO SE PODRÁ VER LAS COSAS SE REFIEREN DISTINTAS POR LOS MÉDICOS TRATANTES QUE POR LA PACIENTE QUE PRESENTA LA QUEJA, PERO EXISTE EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL CUAL SE PUEDEN CORROBORAR LOS DATOS REFERIDOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES.

A CONTINUACIÓN SE TRASCRIBE PARTE DE ALGUNAS NOTAS MEDICAS EN LAS QUE ESTÁ FUNDAMENTADA LA ATENCIÓN BRINDADA A LA PACIENTE Y DE LAS CUALES SE DEPENDE EL TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA PARA QUE SE PUEDA CONTRASTAR CON LOS PUNTOS DE LA QUEJA Y PARA QUE QUIEN ESTO INTERPRETE TENGA UN REFERENTE CLÍNICO DE LA ATENCIÓN PRESTADA, ADEMÁS PARA QUE SE CORRELACIONE CON LA DESCRIPCIÓN PROPORCIONADA POR LOS MÉDICOS TRATANTES RESPECTO DE SU ACTUACIÓN.

NOTAS MÉDICAS

*28/06/13 23.15 A2. Paciente femenina x años. Acude por referir dolor pélvico abdominal e hipomotilidad fetal. Exploración física consiente paciente con estado general sin sintomatología respiratoria abdomen con PUV posición cefálica Situación longitudinal dorso izquierda **FCF 130 X'** borramiento 50% dilatación 2/3 salida de secreción mucosa. ID embarazo de 40.3 hipomotilidad fetal. Solicito valoración por GO para verificar bienestar fetal y semanas de gestación. Por indicación de GO pasa a labor a monitorizar.*

COMO SE PUEDE APRECIAR EN ESTA NOTA, LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. NO HAY DATOS DE SUFRIMIENTO FETAL.

28-06-2013 01.20 hrs. NOTA DE INGRESO





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*Paciente femenino de x años de edad, pasa al departamento de toco labor con diagnostico de embarazo de 40.3 semanas de gestación, y trabajo de parto iniciado, actualmente se encuentra sin compromiso cardiorrespiratorio, sin datos abdominales patológicos, además de estar íntegra mentalmente. INDICACIONES: 1.- AHNA 2 - **vigilar frecuencia cardiaca fetal.** 3 - CGE y SVPT. 4.- Sol glucosada 5% 500cc mas 5U oxitocina a 10 gotas p/min. A3 A4 MIP*

EN ESTA NOTA SE REFLEJA QUE SE ESTABA MONITORIZANDO LAS CONDICIONES FETALES PARA EVITAR SUFRIMIENTO DEL MISMO, Y DE PRESENTARSE ACTUAR EN CONSECUENCIA.

29-06-2013 09.30 hrs NOTA DE EVOLUCION

*TA: 100/60 FC 68 FR 20 TEMP 36°C Paciente femenino de x años con embarazo de 40.3 semanas de gestación. Actualmente se encuentra estable sin compromiso cardiorrespiratorio, con facies dolorosa y sin datos abdominales patológicos. Se le indujo con 5 U de oxitocina. Tiene 3 cm de dilatación, % de borramiento. Se le aplicó misoprostol hace media hora. **La frecuencia cardiaca fetal esta en 135.** Las contracciones se presentan aprox. Cada 4-5 minutos. A5 / MIP x / x.*

EN ESTA NOTA SE REFLEJA QUE SE ESTABA MONITORIZANDO LAS CONDICIONES FETALES PARA EVITAR SUFRIMIENTO DEL MISMO, Y DE PRESENTARSE ACTUAR EN CONSECUENCIA, ASÍ MISMO CONTIENE EL TRATAMIENTO MÉDICO PROPORCIONADO YA EXPLICADO POR EL A5.

29-06-13 NOTA DE ATENCION AL PARTO

*Femenina de x años de edad, con trabajo de parto activo y dilatación cervical completa, pasa a la sala de expulsión y se coloca en posición de litotomía, se hace asepsia y antisepsia, se infiltra periné, se realiza episiotomía media lateral derecha, se obtiene producto único vivo **no llora ni respira al nacer**, se aspiran boca y narinas, se pinza y corta cordón umbilical y se entrega a MIP de pediatría el cual procede a la reanimación, informa sexo masculino, peso x, talla x cm., apgar 4/ capurro 39, SA 04, hora 13.34, se*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

hace alumbramiento a los 5 min y se revisa cavidad uterina, libre de restos, se revisa canal de parto, con desgarros no sangrantes y se realiza episiotomía con catgut crómico 2,0, cuenta completa de gases y material, se da por terminado evento obstétrico.

INDICACIONES: 1. Dieta normal 2. SVPT Y CGE. 3. Vigilar sangrado transvaginal 4. Solución glucosada al 5% 1000 ml a pasar en 8 horas. 5. Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas. 6. Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas. 7 Pase a maternidad. A5 / MIP x.

DE LA NOTA MEDICA SE DESPRENDE QUE EL PRODUCTO NACE CON UN PUNTAJE DE APGAR BAJO, LO QUE AMERITA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA QUE FUE LO QUE SE REALIZO POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO QUE ESTABA PRESENTE EN ESOS MOMENTOS, SIN HIPOXIA COMO SE RELATA TANTO EN LA QUEJA COMO EN EL INFORME DEL GINECÓLOGO TRATANTE, Y POSTERIOR AL NACIMIENTO COMIENZA SU DIFICULTAD RESPIRATORIA, HECHO AJENO A LA INTERVENCIÓN MÉDICA.

29-06-2013 17.00 hrs NOTA DE INGRESO A MATERNIDAD

Paciente femenino de x años de edad referida del servicio de toco-labor y en puerperio fisiológico. La paciente refiere no tener dolor, se encuentra tranquila, conciente, en buen estado general, sin datos patológicos de abdomen y sin compromiso cardiorespiratorio. La paciente se mantendrá en vigilancia para checar sangrado transvaginal y SVPT.

INDICACIONES: 1.- Dieta normal. 2. SVPT Y CGE. 3. Mismas indicaciones que nota de atención al parto. MIP x.

30-06-2013 09.30 HRS NOTA DE EVOLUCION,

Paciente femenino que se encuentra en puerperio fisiológico. Actualmente en buen estado general,. Sin dolor abdominal ni sangrado transvaginal. Los resultados de la BH son 17,700 leucos, 75% neutrofilos, eritrocitos 3.75 x 10 Hb 11 4 plaquetas 282,000.

INDICACIONES: 1. Dieta normal. 2. Alta A5 / MIP x.

30-06-2013 ALTA DE MATERNIDAD





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Femenino de x años de edad, G: 2 P:1 A:1 C:0 En sus 3 días de estancia intrahospitalaria, tolerando VO, orientada en tiempo y espacio, deambulando, con micción y evacuaciones normales, con ruidos cardiacos rítmicos y campos pulmonares limpios, útero subinvolucionado y firme, loquios normales, sin edema de miembros inferiores, afebril, neurológicamente integra sin vasospasmo, que se egresa con diagnostico de puerperio fisiológico, con buen pronostico para la vida y la salud. INDICACIONES: 1. ALTA. 2. Dieta normal. 3 cita abierta a urgencias. 4. Cita a planificación familiar en 1 mes. 5 Medicamentos: Cefalexina 500 mg cada 8 hrs por 8 a 10 días. Ampicilina 500 mg cada 8 horas por 5 días (2 tab c/8 hrs) 6. Paracetamol 500 mg cada 8 hrs en caso de ser necesario. 7. Hierro dextran amp 1 cada 3er día (Aplicar 3 dosis) Ac. Fólico tab cada 12 hrs por 2 meses. Fumarato ferroso 1 cada 24 hrs por 2 meses. A5 MIP x.

COMO SE DESPRENDE DE ESTAS NOTAS LA EVOLUCIÓN DE LA MADRE FUE SATISFACTORIA Y NO PRESENTÓ HASTA ESOS MOMENTOS COMPLICACIÓN ALGUNA. TERMINANDO AQUÍ LA ACTUACIÓN MÉDICA BRINDADA POR EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DE LA CUAL NO SE DESPRENDEN ELEMENTOS DE UNA ATENCIÓN MEDICA INADECUADA.

AHORA TRASCRIBIMOS PARTE DE LAS NOTAS DEL RECIÉN NACIDO DE DONDE SE DESPRENDE EL TIPO DE ATENCIÓN MEDICA BRINDADA.

NOTAS DE NEONATOS

*29-06-13 2.00 (14.00) Nota de ingreso a neonatos RN masculino de 38 semanas de gestación x FUR, nace por parto distócico por tiempos prolongados de expulsión, nace deprimido, hipotónico, requiere presión positiva, y O2 100%, se califica con **APGAR 5 8**, presenta leve distress respiratorio **pero llama la atención la hipotonía generalizada** DX SFA (periodo expulsivo prolongado) Apnea secundaria recuperada (ASR) Síndrome de adaptación pulmonar (SAP) Encefalopatía isquémica Finner L (hipotonía) Peso x Kg INDICACIONES: 1 – Ayuno 2 - Sol. IV c/8 hrs (84 ml/k/d200v195.7) glucosa 10%..... 80 ml Gluconato de Calcio....2ml 3.- Oxigeno húmedo en casco cefálico 100% flujo 5 lts. 4.- 60mg DFH para impregnar. 5.- 7.5 DFH c/12 hrs. 6.- BH y QS. 7.- Placa toracoabdominal. 8 - SVPT Y CGE. A7 MNP MIP A6.*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

TERMINA TRASCRIPTIÓN: DE LA NOTA SE DESPRENDE QUE EL RECIÉN NACIDO TIENE UN PROBLEMA HIPÓXICO QUE SE MANIFIESTA POSTERIOR AL NACIMIENTO EL CUAL ES DIAGNOSTICADO POR EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y SE LE BRINDO LA ATENCIÓN QUE REQUERÍA EN ESTOS MOMENTOS.

29-06-13 23.00 NOTA NOCTURNA DE NEONATOLOGIA

Se inicia administración de profilaxis antibiótica a RN por prevención de infección por manipulación. INDICACIONES 1.-Mismas indicaciones. 2. Iniciar AB Amikacina 22.5 c/12 (o) (inicia). Ampicilina 150 c/12 hrs (0) (inicia) 3.-CGE Y SVPT Dr. Morales MPN MIP A6.

30/Junio/2013 11.25 am RN masculino de 1 día de vida extrauterina con los dx siguientes:

- A) Apnea secundaria recuperada (ASR)*
- B) Síndrome de adaptación pulmonar (SAP)*
- C) Encefalopatía isquémica Finner (Hipotonía)*

Se reporta grave por persistir crisis convulsivas actualmente con signos vitales de temperatura de 37, FR de 64, FCI20~perímetro abdominal 28, perímetro cefálico 34. saturación y glucemia no se contabilizó, diuresis horaria de 2.15 balance de líquidos – 52

Med 8 LT 88 VIG 5.5

Exploración física. RN reactivo con movimientos anormales de miembros superiores, con buena coloración, mucosas hidratadas, con fontanela anterior normotensa, sutura sagital separada, movimientos toraco abdominales normales, campos pulmonares ventilados sin fenómenos agregados, ruidos cardiacos normales abdomen con onfaloclisia abdomen blando, desprendible, sin megalias, peristalsis disminuida, extremidades con tono muscular normal, reflejos presentes llenado capilar inmediato, placa RX infiltrado basal derecho compatible con NIU abdomen con escaso giro en asa intestinales, BH leuco 19.3,neutrofilos totales 9580, IS 0.08, actualmente cuenta con doble esquema de antibiótico indica: 1.- AHN SOGabierts a gravedad. 2.- Sol. c/8 hrs glucosado 10%...(80) 3 - Oxigeno húmedo con casco cefálico 100% flujo 5 Its. 5.- Medidas generales Dextr y Balance de líquidos por turno, monitorización continua, incubadora abierta a eutermia,





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

oxigeno con casco cefálico 3 Its por min. F102 al 100%, SatO2 por turno. 6 - CGE 7.- repórtese grave 8 - Medicamentos amikacina 22.5 c/12 Ampicilina 150 c/12 hrs 9 - US transfontanelar. A18 MIP A19

30/06/13 22.00 Presenta crisis convulsiva tónico-clónico. Se agrega midazolam. 300 microgramos c/6 horas

01/07/2013 158lxm 69 rxm temp 36.9 peso 2.7 kg Medicamentos: Ampi 150 mg Amika 22.5 mg dfh 7mg Midazolam 1am .

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente recién nacido masculino de 2 días de vida extrauterina con los diagnósticos de:

- A) APNEA SECUNDARIA NO RECUPERADA*
- B) SINDROME DE ADAPTACION PULMONAR*
- C) ENCEFALOPATIA ISQUEMICA FINNER + 1*

Mantiene una frecuencia cardiaca de 158Xm frecuencia respiratoria de 69x, temperatura de rectal de 36.9 destrostix de 120 mg/dl, UH. Se encuentra paciente reactivo, bien perfundido, bien hidratado, fontanela anterior abombada, tórax bien ventilado, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos aparentes, abdomen blanco, depresible, sin presencia de megalias con onfaloclistis, peristalsis presente, extremidades sin edema llenado capilar normal.

Se reestabilizaron líquidos, al igual que medicamentos.

INDICACIONES. Ayuno. 2 - solución IV para 8 hrs (87ml/k/d/200 VIG 6) a) Solución glucosada 10%.... 85 ml b) Gluconato de Calcio.... 2ml. 3.- Medicamentos a) Ampicilina 150 mg cada 12 horas (2) IV dil en 3 ml b) Amikacina 22.5 mg cada 12 horas (2) IV dil en 3 ml c) DFH 7mg cada 8 hrs IV. d) Midazolam 300 mcg cada 6 horas o por razón necesaria 100 mcg kg 4 - Medidas generales Eutermi en incubadora, 02 húmedo en casco cefálico FiO2 100% flujo 5 Its por minuto, monitorización continua, peso diario, dxtx por turno, balance hidrico, 5.-US transfontanelar. 6.- Gracias. Dr. Riveroll PEDIATRA MIP A20.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

1 de Julio del 2013 18.50 Vespertino. Fe 150X' Fr 70X' T 38.5"C saturación 95%. Se encuentra con evolución clínica en la que destaca los datos de dificultad respiratoria así como los datos neurológicos luce con buen color en el momento de la revisión esta febril, tiene esfuerzo respiratorio adecuado. La fontanela anterior normotensa tiene los campos pulmonares bien ventilados y los ruidos cardiacos aumentados de frecuencia, se encuentra con el abdomen blando depresible y la peristalsis está activa el llenado capilar adecuado. Plan: Mantener el manejo. Pronostico: Reservado a la evolución 1.- Mismas indicaciones anteriores A13.

02/Julio/13 9.27 am NOTA DE EVOLUCION MATUTINA.

Recién nacido masculino de 3 días de vida extrauterina y de están intrahospitalaria. tiene un peso de x kg y tiene los siguientes diagnósticos: 1.- Encefalopatía isquémica Finner I. 2. Apnea secundaria no recuperada. Mantiene una frecuencia cardiaca de 117 Ixm, frecuencia respiratoria 73, temperatura de 36. dctx 93 mg/dl UH de 1.3. A la exploración se encuentra paciente hiporreactivo, mal perfundido, fontanela anterior normotensa. tórax bien ventilado por tubo bronquial para perfusión, sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos aparentes, abdomen con presencia de enfalocclisis, depresión sin presencia de megalias, extremidades integras con ligero edema. Se realiza intubación endotraqueal debido a hipoperfusión 02. Se administró dopamina, metilprednisolona 50mg y midazolam 900mcg INDICACIONES: 1 - Ayuno 2.- Soluciones: a) Hiperton 0.9 mi b) KCL 0.9 mi c) Gluc Ca 1.8 mi d) solución gluc 10% 86 mi 3 - Medicamentos: a) Ceftriaxona 135 mg IV cada 12 horas b) dopamina 19.5 a orados en 12 mi de solución gluc al 5% para pasar a 0.5 mi por hora c) Ampicilina 150 mg cada 12 hrs d<9 Metilprodnisolona 80mg IV dosis única d) DFH & 7 mg cada 8 hrs IV f) Midazolam 36 0 mcg IV cada 6 hrs. 4.- Medidas generales Eutermia, monitorización, balance de líquidos, dctx por turno posición, cuidado del sub endi raquela manejo del ventilador, CGE. A10 MIP A20.

02 julio de 2013 NOTA AGREGADA. Se reciben resultados de gasometría arterial del recién nacido RN indicando una severa acidosis metabólica, con exceso de base de -17.8, por lo que se calcula HCO#3 y se indica: Solución alcalinizante con 7ml de HC. HCO#3 en 20 mi de glucosada al 10% para 8 hrs. INDICACIONES.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

- 1.- *Glucosado al 10% 20+ 7ml HC03 para 8 hrs IV*
 - 2.- *Al terminar la solución GASOMETRIA de control*
 - 3.- *Líquidos y electrolitos séricos en Química sanguínea.*
 - 4.- *Pendiente US transfontanelar por condiciones físicas inadecuadas.*
 - 5.- *Gracias.*
- COMENTARIO. Se reporta como muy grave, se habla con los padres sobre la delicada situación del recién nacido. A10 MIP A20*

02 de Julio del 2013 18.30 Nota de Defunción.

*Fecha de ingreso 29 de Junio del 2013-07-30 Fecha de egreso: 2 de julio del 2013
Diagnóstico de ingreso: Sufrimiento fetal agudo. Apnea Secundaria recuperada. Síndrome de adaptación pulmonar. Encefalopatía hipoxicoisquemica. Diagnostico de egreso: Sufrimiento fetal agudo. Apnea secundaria recuperada. Síndrome de adaptación pulmonar. Neumonía. Encefalopatía hipoxicoisquemica. Acidosis metabólica grave. Crisis convulsivas secundarias*

Resumen: Recién nacido, masculino se obtiene de parto de madre primigesta de x años de edad que tiene embarazo de término y con control prenatal desde el primer trimestre. Tuvo infección en vías urinarias tratada médicamente. Se le aplicó una dosis de toxoide tetánico. Ultrasonido normal. Se obtuvo de parto el día 29 de Junio con Apgar de 5-5 Silverman Andersen de 4. Peso de x kg talla de x cm.

Se hospitalizó en Neonatos. Se trató con ayuno, soluciones parenterales, antibióticas y anticomiciales, así como oxígeno terapia. Durante la evolución clínica tuvo crisis convulsivas, datos de dificultad respiratoria, por laboratorio datos radiológicos de neumonía. Tuvo deterioro de sus condiciones en particular datos neurológicos, hipoactividad, espasticidad, siendo necesario manejo ventilatorio desde el día 2 de Julio por la mañana. Se maneja por deterioro en las condiciones hemodinámicas con aminas, a expensas de dopamina, midazolam, modificación de esquema antibiótico, así como metiprednisolona. Por laboratorio se documenta además acidosis metabólica grave. La evolución clínica posteriormente se caracteriza por hipotermia, mala perfusión tisular (llenado capilar retrasado) hipoglucemia, tendencia a bradicardia por lo que a las 16.00 se





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

agrega dobutamina y se incrementa goteo de dopamina, así como aporte extra de glucosa. Se modifican los parámetros ventilatorios con incremento de la presión inspiratoria, de la frecuencia y sin mejoría en las condiciones de paciente que se mantiene con bradicardia, disminución de la de oxígeno a 34%, presentando a las 18.00 paro cardiaco. Se dan maniobras de resucitación sin éxito por lo que se da por fallecido a las 18.00. Se informa en todo momento a la familia acerca de estado clínico. Plan de manejo y pronóstico. Motivo del alta: Defunción. Biometría hemática con hemoglobina de 13.5 g/dl, leucocitos de 19,300/mm³ con plaquetas de 324 mil/mm segmentados de 60%, bandas de 5% linfocitos de 35%. Creatinina .8 mg/dl, glucosa 134 mg/dl, urea 17 mg 1. Gasometría de hoy con pH de 7.19, pCO₂ de 23 mmHg, pa O₂ de 32 mmHg, bicarbonato de 8,8 mmolL. A13.

Termina transcripción:

En estas notas se describe la evolución del recién nacido hasta el momento de su defunción, en las que se demuestra que se le brindo la atención de acuerdo a las circunstancias que se fueron presentando.

En el certificado de defunción se establecen como causas de muerte las siguientes.

Síndrome de dificultad respiratoria.

Neumonía.

Apnea secundaria.

EN BASE A TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO, SE DEMUESTRA QUE EL PERSONAL QUE BRINDO ATENCIÓN MEDICA A LA PACIENTE Q, CUMPLIÓ SUS OBLIGACIONES DE MEDIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, EN LA ATENCIÓN DEL PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO. DE IGUAL FORMA, FUE DEMOSTRADO QUE EL TRATAMIENTO DADO A LA ATENCIÓN DEL PARTO FUE EL ADECUADO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES CLÍNICAS QUE PRESENTABA LA PACIENTE, Y LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO TIEMPO Y LUGAR, ES DECIR EN AUSENCIA DE DATOS DE SUFRIMIENTO FETAL, SE PROCEDIÓ A LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, Y POSTERIOR AL PARTO SE LE BRINDÓ LA ATENCIÓN





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

"2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer"

MEDICA REQUERIDA. A MAYOR ILUSTRACIÓN RESPECTO DEL TÉRMINO, TRASCRIBIÓ LAS SIGUIENTES CITAS BIBLIOGRÁFICAS CON EL RESPECTIVO COMENTARIO.

IDIOSINCRASIA.

*En la minoría de estos casos, se llegó a la conclusión que el factor determinante de la situación presentada en el paciente, fue el de "idiosincrasia", una entidad que por sus especiales características **NO GENERA EN NINGUN CASO RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO**, ya que como de su significado se desprende: "es la reacción de un individuo a medicamentos **o técnicas suministrados**, específicamente suya, a raíz de su especial constitución o de mas factores ajenos y desconocidos e imposibles de individualizar por el profesional actuante": del cual no puede mediar "**CULPA**" o "**DOLO**", ya que por dichas características no genera en ningún caso responsabilidad del médico.*

(LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO, LUZ MARIA REYNA CARRILLO FABELA, EDITORIAL PORRUA, PAGINAS 52-53).

COMENTARIO. LO QUE APLICA EN ESTE CASO PORQUE EL RECIÉN NACIDO POR SU PROPIA CONSTITUCIÓN SEGÚN SE DESPRENDE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO NO RESPONDIÓ ADECUADAMENTE A LAS MANIOBRAS REALIZADAS POSTERIORES AL PARTO. LAS CUALES FUERON ADECUADAS DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO TIEMPO Y LUGAR

IATROPATOGENIAS.

*Generalmente las consecuencias van desde el rechazo hacia el médico por parte de sus pacientes y/o de sus colegas, el despido laboral de su centro de trabajo e incluso, cuando dicha iatrogenia ha trascendido el terreno judicial, consecuencias legales de variable magnitud. Desde luego, **NO TODAS LAS IATROGENIAS NEGATIVAS O IATROPATOGENIAS** pueden originar problemas de responsabilidad profesional, como veremos más adelante, a **PESAR DE QUE EL MEDICO SEA DENUNCIADO; EN ESTOS CASOS SE PARTICULARIZARA EL PROBLEMA, HACIENDO UN ESTUDIO DETALLADO Y METICULOSO DE LA ACTUACIÓN DEL MEDICO.***





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

IATROGÉNICAS NEGATIVAS O IATROPATOGENIAS.

Dentro de esta subclasificación de iatrogenias negativas, podemos a su vez subdividirlas desde dos puntos de vista: a) el punto de vistas clínico y b) el punto de vista médico-legal
IATROGENIAS NEGATIVAS PUNTO DE VISTA CLINICO.

Referimos la clasificación que hace el Dr. Ruy Pérez Tamayo de las iatrogenias en su libro intitulado "iatrogenia", que consideramos es realizada desde un punto de vista clínico y nos parece muy acertada la subdivisión que ha hecho de la iatrogenia negativa en: necesaria e innecesaria.

IATROGENIA NEGATIVA NECESARIA.

La iatrogenia negativa necesaria, conciente, con riesgo calculado o efecto secundario se refiere al daño que las acciones médicas (que pueden ser por comisión o por omisión) le causan al enfermo, porque se realizan con pleno conocimiento de sus riesgos y posibles efectos **POR LA SENCILLA RAZON DE QUE NO HAY NADA MEJOR QUE OFRECER.**

(LA RESPONSABILIDAD PEOFESIONAL DEL MEDICO, LUZ MARIA REYNA CARRILLO FABELA, EDITORIAL PORRUA, PAGINAS 13-14)

COMENTARIO: EN ESTE CASO EN ESPECÍFICO SE LE BRINDO LA ATENCIÓN AL BINOMIO MADRE RECIÉN NACIDO DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO TIEMPO Y LUGAR QUE SE DIERON EN ESE MOMENTO, LO DEMÁS ESCAPA A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL ÁREA MÉDICA. LAS CITAS BIBLIOGRÁFICAS TRASCRIPTAS SON PARA QUE LA AUTORIDAD SOLICITANTE DEL INFORME TENGA UN REFERENTE TÉCNICO MEDICO RESPECTO DE LA ACTUACIÓN DESPLEGADA POR EL PERSONAL QUE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN MEDICA Y PUEDA CALIFICAR LA MISMA.

DE CAUSALIDAD.

Concepto - la relación de causalidad es el proceso o fenómeno en el cual existe una asociación entre dos o mas categoría de eventos, en donde un evento sería la CAUSA y otro el EFECTO que sucede en una realidad objetiva. Se requieren tres criterios para establecer la relación de causalidad:

- 1.- CRITERIO TEMPORAL O DE TIEMPO. Bajo este criterio, la causa procede al efecto.*
- 2.- CRITERIO ESPACIAL O DE ESPACIO. Debe existir contacto o contigüidad entre la causa y el efecto.*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

3.- **CRITERIO DE CONEXIÓN.** *Bajo este criterio existe una relación entre la causa y el efecto por las condiciones en que se desarrolla, dichas condiciones pueden ser: NECESARIAS SUFICIENTES Y CONTRIBUTIVAS.*

NECESARIAS.- *en cuanto a que la causa se considera indispensable para que ocurra el efecto.*

SUFICIENTES.- *en cuanto a que la causa es capaz por sí sola de producir el efecto, aunque dicho efecto puede ser producido también por otras causas.*

CONTRIBUTIVAS.- *en cuanto a que la causa solo incrementa la posibilidad de que ocurra el efecto, pero se requiere la presencia de otros factores además de la causa para que ocurra el efecto.*

En los casos en que el perito concluya en su dictamen médico-pericial habrá existido mala práctica médica, deberá siempre demostrar la relación de CAUSALIDAD entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado, es decir, demostrara el puente existente entre el acto médico y la situación patológica o lesiva denunciada como resultante de aquel, y solo cuando se demuestre este nexo de unión podrá aceptarse que la falta médica ha sido fundamento u origen de aquel daño.

(LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO, LUZ MARIA REYNA CARRILLO FABELA, EDITORIAL PORRUA, PAGINA 82-83)

COMENTARIO: *EN ESTE CASO NO EXISTE LA RELACIÓN DE CAUSA EFECTO O NEXO CAUSAL DIRECTO ENTRE LA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ESTA INSTITUCIÓN Y EL RESULTADO DEL RECIÉN NACIDO PUESTO QUE SE LE BRINDO LA ATENCIÓN REQUERIDA EN LOS DIFERENTES MOMENTOS EVOLUTIVOS, SIN EMBARGO COMO LO REFIEREN LAS NOTAS EL RECIÉN NACIDO LLAMA LA ATENCIÓN LA HIPOTONÍA GENERALIZADA, Y LA EVOLUCIÓN INADECUADA A PESAR DEL TRATAMIENTO INSTAURADO, ES DECIR LAS CAUSA PREVIAS DEL RECIÉN NACIDO SON SUFICIENTES Y CONTRIBUTIVAS PARA EL RESULTADO, POR LO QUE EL MISMO NO ES ATRIBUIDO AL MÉDICO SINO A LA MEDICINA EN SÍ.*

RELACION DE CAUSALIDAD





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*Es necesario que se establezca **una relación de causalidad, directa e inmediata, entre el acto voluntario y consciente, mas no intencionalidad del sujeto activo y el daño**, a titulo de culpa producido al sujeto pasivo de esta relación. En términos generales, podemos afirmar que **un hecho puede atribuirse a una persona en la medida que aquella domina el proceso, el acaecimiento de tal hecho, o lo que es igual, el comportamiento humano para ser causal respecto a un resultado determinado, debe de haber sido una condición de este o un antecedente sin el cual el resultado no se habría presentado, en los delitos culposos es imprescindible la relación de causalidad.** El comportamiento contrario a las normas tiene que ser condición del resultado pero queda interrumpido este nexo de causalidad entre el agente y el daño producido cuando, **a pesar de que el comportamiento del sujeto es condición del resultado, interviene también otra condición excepcional o atípica que desarrollo una causal nueva e independiente y que es suficiente por si misma para producirlo.***

(TRATADO DE DERECHO MEDICO, Rafael Aguiar Guevara, Paginas 504 - 505.)

COMENTARIO: LO SUBRAYADO DE LA TRASCRIPCIÓN BIBLIOGRÁFICA EXPLICA POR SÍ MISMO LO OCURRIDO EN ESTE CASO ESPECIFICO EN EL QUE HOY SE INTERVIENE, LOS ANTECEDENTES Y LAS CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO SON UNA CAUSAL SUFICIENTE POR SI MISMA PARA PRODUCIR EL RESULTADO.

OBLIGACIONES DE MEDIOS.

*En ánimo de síntesis podemos caracterizar las obligaciones del personal de salud en tres grandes grupos: **I OBLIGACIONES DE MEDIOS.** II OBLIGACIONES DE SEGURIDAD III OBLIGACIONES DE RESULTADOS.*

*Las primeras, sin duda las de mayor importancia en relación a la atención médica y que siempre son exigibles al personal de salud, podrían definirse de manera genérica como **LA CORRECTA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SOSTÉN TERAPÉUTICO.** El facultativo está obligado a la adopción de medios ordinarios, merced a los anteriores corresponderá al facultativo determinar en cada caso concreto, en términos de su libertad prescriptiva, cuales son estos y aplicarlos en términos de la LEX ARTIS y, en sentido negativo, la falta de adopción de los mismos, invariablemente será tenida como hecho*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

ilícito. Es importante señalar que el incumplimiento de las obligaciones de medios no solo puede ser atribuible al personal de salud, frecuentemente es atribuible al personal directivo y administrativo de los establecimientos (encargados del suministro, responsables, etcétera) y por supuesto que también lo es al establecimiento mismo, en tanto persona moral.

(LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO, LUZ MARIA REYNA CARRILLO FABELA, EDITORIAL PORRUA, PAGINA 82)

COMENTARIO: EN ESTE CASO EN ESPECÍFICO LOS MÉDICOS TRATANTES CUMPLIERON CON SU OBLIGACIÓN DE MEDIOS, DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO TIEMPO Y LUGAR QUE SE PRESENTARON, DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO ANALIZADO Y AL DICHO DE LOS MÉDICOS TRATANTES, EL DESENLACE PUES NO ES ATRIBUIBLE A SU ACTUACIÓN, ESTA FUE BIEN DESARROLLADA DE ACUERDO A LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS QUE SE TENIA EN ESOS MOMENTOS.

OBLIGACION DE RESULTADOS.

Las obligaciones de resultados o determinadas, son mas bien infrecuentes en cuanto al tratamiento médico, pues difícilmente se puede obligar al personal de salud a obtener un resultado en su atención. No obstante, debe hacerse notar que en términos de la legislación en vigor si existen casos en los cuales podrá exigirse un resultado, tales como: tratándose de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (la obligación consiste en el reporte de laboratorio y gabinete); tratándose de insumos para la salud (Estos deberán suministrarse sin adulteración, alteración o contaminación, ni caducados); tratándose de cirugía de resultados, es únicamente la de naturaleza estética y son exigirles esta especie de obligaciones cuando el facultativo hubiere asumido expresamente el resultado, siendo ello posible.

(LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO, LUZ MARIA REYNA CARRILLO FABELA, EDITORIAL PORRUA, PAGINA 82)

COMENTARIO: CON ESTO SE DEMUESTRA QUE EL PERSONAL NO TENÍA OBLIGACIÓN DE RESULTADO EN ESTE CASO EN ESPECÍFICO. DE EXISTIR UNA NECROPSIA CON UN





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO COMPLETO SE PODRÍA HABER DESCARTADO CUALQUIER PROCESO CONGÉNITO O ALTERACIÓN QUE HUBIERA SIDO LA CAUSAL DE LA EVOLUCIÓN TÓRPIDA DEL RECIÉN NACIDO HOY ANALIZADA.

RESPONSABILIDAD MÉDICA.

*La responsabilidad médica constituye, a su vez, capítulo particular de la responsabilidad profesional y, al igual que esta, sometida a los principios generales de la institución. Ya se ha dicho - y se volverá INFRA sobre ello- que en Francia se consideró durante mucho tiempo la responsabilidad médica como de carácter extracontractual, atento lo establecido por el artículo 1382 del Código de Napoleón, aunque, en rigor, es la ley la determinante de la conducta cuyo incumplimiento ocasiona un perjuicio que debe ser reparado, si bien ya desde 1936 el criterio de o los tribunales franceses fijo la naturaleza contractual de la obligación, **A LO QUE DEBE CALIFICARSE COMO OBLIGACIÓN DE MEDIOS, LO QUE IMPLICA QUE EL MÉDICO ASUMA EL COMPROMISO DE ATENDER AL PACIENTE CON CUIDADO Y DILIGENCIA PARA QUE ELLO SEA CONDUCENTE AL LOGRO DE SU CURACIÓN, LA QUE NO PUEDE SER ASEGURADA POR EL PROFESIONAL.** También aquí -y como en la teoría general de los actos jurídicos- juegan como factores determinantes de la responsabilidad, la existencia de culpa; el daño ocasionado y el nexo de causalidad entre aquella y este, no siendo de aplicación la teoría del riesgo objetivo, ya que la existencia de culpa es requisitos fundamental para que el daño causado sea susceptible de reparación. No resulta novedoso afirmar que las acciones por MAL PRAXIS resultan cada vez mas frecuentes, especialmente en los países de economía liberal donde las responsabilidades derivadas de la actividad médica se ven ampliadas debido al progreso de la tecnología, lo cual ha implicado la multiplicación de los riesgos en los distintos tratamientos. Bien se ha señalado que la evolución y el progreso médicos son resultados constantes del desarrollo de nuevas técnicas, diagnósticas, farmacológicas, químicas, físicas, quirúrgicas, pero con su etapa de prueba que aseguren su eficacia y su aceptación como método adecuado de tratamiento. **Por otra parte, no siempre el paciente considera el fracaso de un tratamiento como un evento no imputable al médico y atribuye a éste culpa y responsabilidad antes que a la gravedad, a veces insalvable del caso, e iniciando demandas judiciales en***





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

franco aumento numérico como se acaba de señalar. En una comunicación presentada ante el Segundo Congreso Internacional sobre Ética Médica realizado en París en mayo de 1966 se paso revista a la evolución de la responsabilidad durante los veinte años anteriores, demostrándose que el número de reclamaciones presentadas contra médicos fue del 5 por 1.000 en 1945. aumentando al 20 por 1.000 en 1965, o que implica que los juicios se cuadruplicaron en dicho lapso, advirtiéndose similar panorama en los Estados Unidos y Gran Bretaña. Conforme con Gisbert Calabuig la responsabilidad médica significa la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios dentro de ciertos límites y cometidos en el ejercicio de su profesión. En otras palabras: el médico que, en el curso del tratamiento ocasiona, por su culpa, un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene su presupuesto en los principios generales de la responsabilidad, según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento, intención y libertad genera obligaciones para su autor en la medida en que provoque un daño a otra persona. Se ha discutido si la obligación de reparación nace EX CONTRATO O EX DELITO, o sea si el derecho del paciente es emergente del contrato que ha celebrado con el médico o de los principios generales de la responsabilidad aquiliana. Pensemos que la responsabilidad es estrictamente contractual -salvo que se trate de supuestos de derecho penal- sin perjuicio de la opinión de algunos autores que a partir de Van Ryn son partidarios de la unidad de la culpa contractual y delictual. Un fallo de la Corte de Casación Francesa de 1936 marcó, como bien se sostuvo en su oportunidad, un definido rumbo en la jurisprudencia de esta nación al extender y precisar la responsabilidad contractual de los actos médicos, criterios que ya había sostenido la Corte de apelación de Aix en 1931. Aceptado, entonces, el principio de la responsabilidad contractual, Gisbert Calabuig trata de explicar el incremento de acciones judiciales y apunta los siguientes motivos: a) **la medicina ha logrado avances espectaculares y logros que hasta no hace mucho tiempo no se esperaban; todo ello ha implicado que el enfermo considere su curación como un derecho y si aquella no se logra la atribuye a fracaso del médico** b) la actitud hedonista que anima nuestra sociedad significa rechazar la idea de sufrimiento y de dolor y ante la aparición de la enfermedad se genera un sentimiento o una actitud de oposición ante el médico a quien se hace **-subjetiva e irracionalmente-**





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

responsable; c) el sentido económico de nuestro sistema que aprovecha cualquier ocasión para intentar una ganancia mas halla, a veces, de la justicia del reclamo.

(RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS, YUNGANO-LÓPEZ BOLADO, EDITORIAL UNIVERSIDAD PAGINAS 24-27)

COMENTARIO: DEL TEXTO SE DESPRENDE QUE EN ESTE CASO EN ESPECÍFICO NO EXISTE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, ES UN CASO MÁS DE LOS MÚLTIPLES TRATADOS EN LA BIBLIOGRAFÍA EN LOS QUE EL USUARIO NO VALORA LAS COMPLICACIONES COMO INHERENTES A SU CASO. SINO A LA MALA ACTUACIÓN MÉDICA AUNQUE NO LE ASISTA LA RAZÓN.

DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

*El capítulo XIII del Código de Ética trata todo lo relacionado a la responsabilidad que obviamente surge de la actuación profesional. En tal sentido debemos recordar que el médico tiene una doble responsabilidad, es decir de responder por sus actos frente a la sociedad, como ciudadano común y como profesional. Esa doble responsabilidad debe inspirar en el médico una mayor cautela y precaución, toda vez que de tales actos profesionales, no solamente porque su actuación imprudente, negligente o por impericia implica una conducta delictiva, sino por su condición de médico con todo el bagaje de significación moral que de ella trasciende. **Es un hecho incontrastable que el médico no puede asegurar la precisión de su diagnóstico, ni puede comprometerse a lograr la curación completa ni en plazos fijos, a fin de no caer en la condición legal de charlatanismo. La circunstancia de que el procedimiento diagnóstico o el tratamiento aplicado produzca resultados desafortunados, no implica una conducta que cae dentro de una responsabilidad profesional, si en la misma ha puesto debido y suficiente cuidado y su ejercicio ha sido competente. "El médico no puede considerarse infalible, ni garantizar la recuperación del paciente, mas aun cuando la situación es crítica o la sintomatología muy confusa. En estas circunstancias el error no puede ser sinónimo de negligencia"***

(RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS, YUNGANO-LÓPEZ BOLADO, EDITORIAL UNIVERSIDAD PAGINAS 320-321)





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

COMENTARIO: COMO SE DESPRENDE DE LOS DOS TEXTOS ANTERIORES, NO BASTA LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE PARA QUE EL FRACASO DE LA ACTUACIÓN MEDICA PRECISAMENTE SE DEBA AL PROFESIONAL DE LE MEDICINA, ESTE PUEDE DEBERSE AL PACIENTE, A LAS CIRCUNSTANCIAS PROPIAS DE SU PADECIMIENTO O GRAVEDAD DE ESTE, O AL DESARROLLO DE LA MEDICINA EN SI, LO QUE AMERITA UN ESTUDIO PROFESIONAL PARA DIAGNOSTICAR EL ACTO YA SEA COMO IATROGENIA O COMO MALA PRACTICA MEDICA O RESPONSABILIDAD A TERCERAS PERSONAS O A INSTITUCIONES.

Terminan transcripciones y análisis, finalmente agrego a la presente dos anexos de los cuales el primero corresponde a la copia fiel del expediente clínico para que quien esto valore tenga un punto de referencia confiable como lo es el expediente clínico, en donde quedan plasmadas las intervenciones del personal médico al que hace referencia la O Q

Un segundo anexo correspondiente a un dictamen médico aportado por el O A5, para una mayor ilustración de su intervención médica.

Por todo lo anterior se concluye que la atención medica brindada a la C. Q, así como a su recién nacido estuvo apegada a las reglas del ejercicio de la medicina, como se fundamenta en la bibliografía trascrita, por lo tanto esta institución niega haber practicado hechos violatorios a los derechos humanos en lo que respecta al derecho a la protección a la salud en su modalidad de negligencia médica. Al mismo tiempo solicito se le de el valor probatorio al expediente clínico del cual se anexan copias fotostáticas, a la fundamentación bibliográfica desarrollada en la presente contestación así como al dictamen médico aportado, y se tenga por presentado en forma y tiempo el informe pormenorizado solicitado.....”

Al informe de referencia se anexó copia de los siguientes documentos:





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

- a) Dictamen emitido por el A21, Médico Especialista en Medicina Legal, en relación con la conducta médica desplegada por el A5, durante la atención médica prestada a la quejosa, que en su parte conducente establece textualmente lo siguiente:

".....OBJETO DEL DICTAMEN

1.- Determinar si la conducta medica desplegada por el A5, durante la atención medica de la C. Q, estuvo apegada a lo establecido por la normatividad médico legal y lo establecido por la Lex Artis de la medicina.

2.- Determinar si en la conducta medica desplegada por el A5, durante la atención medica de la C. Q, existieron elementos de responsabilidad Profesional.

.....

ANALISIS MEDICO LEGAL

En este apartado se realiza un análisis intelectual de los hechos históricos adminiculándolos con antecedentes bibliográficos relativos al caso en particular para llegar de esta forma a la verdad histórica de los hechos con pleno fundamento científico y metodológico.

PRIMERA.- *Iniciaremos el análisis de los hechos que motivaron la realización del presente dictamen comentando que la C. Q, se presento al Hospital General de la Ciudad de Torreón Coahuila el día 29 de junio de 2013 con un embarazo de 40.3 semanas de gestación, siendo evaluado por los médicos que se encontraban en turno como lo fue el A3 GINECOLOGO DE BASE el cual establece como hace constancia dentro del expediente clínico un embarazo de 40.3 semanas de gestación, ingresándola al servicio de ginecoobstericia a las 01:20 horas con las siguientes indicaciones.-*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

1.- AHNO

2.- VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL

3.- CGE y SVPT

5.- Solución glucosada 5% 500 cc mas 5U oxitocina a 10 gotas por minuto

No evidenciando en ninguna parte del expediente clínico o notas medicas a nombre de la C. Q que me fue puesto a la vista y que se hace referencia en el apartado de antecedentes del presente dictamen que, esta presentara alguna alteración materna o fetal, que requiriera de alguna intervención especial mas allá de tratarse de una mujer con inicio de trabajo de parto en condiciones normales, como se puede observar en la nota en mención y las indicaciones que se dieron por parte del A3 y que hace constancia en la hoja de trabajo de parto de fecha 28 de Junio de 2013, a las 23:10 horas en donde se consigna:

40.3 semanas de amenorrea, **FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 130 LATIDO POR MINUTO**, cuello del útero blando, longitud del cuello del útero \surd 1 centímetro, 4 centímetros de dilatación y en 2º plano de Hodge.

Lo cual nos habla de una mujer en inicio de trabajo de parto, acorde a la bibliografía consultada, ya que presenta 3 centímetros de dilatación cervical, medio centímetro de longitud del cuello del útero que corresponde a un 70% de borramiento (tomando en cuenta que este presenta una longitud promedio de 3 centímetros).

SEGUNDA.- En este punto es importante analizar la conducta médica desplegada por el A5, el cual tiene contacto y se establece una relación medico paciente, posterior al ingreso en el servicio de ginecoobstetricia de la C. Q, el día 29 de junio de 2013 a las 09:30 horas, según consta en el expediente clínico y las notas medicas que me fueron puestas a la vista, la cual transcribo.-

NOTA DE EVOLUCION, 29 JUNIO 2013, 09:30 HORAS

"Paciente femenina de x años con embarazo de 40.3 semanas de gestación. Actualmente se encuentra estable sin compromiso cardiorrespiratorio, con facies dolorosa y sin datos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*abdominales patológicos. Se le indujo con 5U de oxitocina. Tiene 3 centímetros de dilatación, % de borramiento. Se le aplico misoprostol hace media hora. **LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL ESTA EN 135**, las contracciones se presentan aproximadamente cada 4-5 minutos.*

*Por lo que se puede establecer que de acuerdo al expediente clínico que, el día 29 de junio de 2013 a la 09:30 horas día y hora en la que se estableció una relación medico paciente entre el A5 Y LA C. Q, esta presentaba un embarazo de 40.3 semanas de gestación, 3 centímetros de dilatación, 70% de borramiento (que no hace constancia en la nota medica, pero el A5, lo refiere dentro de su relato de hechos y coincide con lo establecido en la hoja de trabajo de parto.- longitud del cuello cervical centímetro). Y lo que, es más importante **LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE ENCUENTRA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES DE 135 LATIDOS POR MINUTO HASTA ESOS MOMENTOS.***

TERCERA.- *En este punto es importante analizar que durante el periodo de tiempo en el cual se dio la relación medico paciente entre el A5 y la C. Q y que comprendió desde el inicio del trabajo de parto y la expulsión del producto, este **NO PRESENTO EN NINGUN MOMENTO ALTERACIONES EN LA FRECUENCIA CARDIACA**, tal como hace constancia dentro de las notas medicas del expediente clínico DE LA C. Q, en donde las revisiones medicas del A2, A3 Y EL A5, consignan frecuencias cardiacas fetales de 130 y 135 latidos por minuto; esto el 28 de Junio de 2013 a las 23:10 horas y el 29 de Junio 2013 a las 09:30 horas, respectivamente, así mismo en la hoja de trabajo de parto se consignan frecuencias cardiacas fetales que oscilaron entre los 125 latidos por minuto como mínimo y los 140 latidos por minuto como máximo, frecuencias cardiacas fetales tomadas en el periodo de tiempo comprendido entre la 03:30 horas a las 12:00 horas del 29 de Junio de 2013, con intervalos de 30 minutos.*

CUARTA.- *Entonces, siguiendo el análisis en el mismo tenor del punto anterior y tomando en cuenta las referencias bibliográficas, **NO PUEDE CONSIDERARSE QUE EL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN DE LA C. Q PRESENTARA SUFRIMIENTO FETAL DURANTE ESE PERIODO DE TIEMPO**, considerando que, tal como lo establece la*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

bibliografía consultada el parámetro más importante para establecer la presencia de sufrimiento fetal agudo, es precisamente la frecuencia cardiaca fetal extracto bibliográfico que transcribo a continuación.-

Patrón normal de la FCF

FCF basal

La FCF es controlada por el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Su normalidad depende de la indemnidad de estos sistemas, los cuales son sensibles a cambios de la oxigenación fetal.

*El promedio de la FCF en 10 minutos, excluyendo la variabilidad "marcada" (ver más adelante) y los cambios periódicos (aceleraciones y desaceleraciones), es conocida como la FCF basal. **Su rango normal, en embarazo de término, es definido entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), aceptándose en el embarazo de post término como límite inferior de FCF basal, hasta valores de 105 lpm.***

Revista chilena de obstetricia y ginecología

VERSIÓN ON-LINE **ISSN** 0717-7526

Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.5 Santiago 2003

*Tenemos entonces que la frecuencia cardiaca fetal del producto de la concepción de la C. Q se mantuvo durante ese periodo de tiempo ya mencionado y en donde hubo relación medico paciente con el A5, dentro de parámetros normales, **POR LO QUE PODEMOS ESTABLECER QUE NO EXISTIO SUFRIMIENTO FETAL, EN ESE PERIODO DE TIEMPO YA ESTABLECIDO.***

QUINTA.- *Ahora bien en relación a lo establecido por la quejosa C. Q, y que refiere que fue atendida por practicantes, queriendo hacer ver que su parto no fue atendido por personal médico autorizado, es importante mencionar que el personal que la quejosa*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*refiere como PRACTICANTES, son MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO, que si bien es cierto son médicos en preparación y formación también es no menos cierto que su actividad se encuentra regulada por la Secretaria de Salud a través del MANUAL DEL INTERNO DE PREGRADO EN LA SECRETARIA DE SALUD SSA/DGES/1995, el cual establece en sus nombramientos y lineamientos dentro del subprograma de educación en servicio, constituido por las actividades hospitalarias realizadas bajo supervisión del médico adscrito en cada servicio de rotación, para desarrollar las habilidades y destrezas clínicas necesarias para su desempeño como pasante del servicio social y posteriormente en su ejercicio como médico general, las cuales se clasifican según el nivel de dominio en I, II Y III, y en donde el nivel I Establece: **EL ALUMNO ES CAPAZ DE RECONOCER Y APLICAR EL PROCEDIMIENTO BAJO SUPERVISION DEL PROFESOR.** Por lo que en este nivel, mientras el alumno realiza la actividad el profesor observa lo realizado, dicho nivel incluye en el departamento de ginecología y obstetricia **LA ATENCION DE PARTO EUTOCICO es decir UN PARTO NORMAL COMO EL QUE HOY NOS OCUPA Y QUE COMO YA SE ANALIZO LA EVENTUALIDAD SE SUCITO POSTERIOR A LA EXPULSION DEL PRODUCTO.** Por lo que no es censurable ni fuera de normatividad el que un médico interno de pregrado atienda bajo supervisión médica un parto normal.*

SEXTA.- Siguiendo en el análisis del actuar medico desplegado por el A5 en la atención medica ginecoobstetrica brindada a la C. Q, el día 29 de Junio de 2013, podemos observar que el manejo medico farmacológico implementado fue adecuado, atendiendo a su libertad de prescripción terapéutica en relación a la inducción del parto mediante la utilización de misoprostol, ya que como podemos observar dentro la bibliografía consultada, no existían contraindicaciones en la C. Q en el momento de su utilización, basándose en este caso particular, el A5, en el manual de uso del misoprostol establecido por la ELASOG, (FEDERACIÓN LATINO AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOOBSTETRICIA). Las cuales transcribo a continuación.-

Contraindicaciones para un trabajo de parto espontáneo

Cada servicio debe tener sus propias normas. Proponemos considerar las siguientes contraindicaciones





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Absolutas:

- Situación Transversa •Prolapso de Cordón •Placenta Previa Central total •Vasa Previa
- Cirugía previa del fondo uterino.
- Más de una cesárea previa
- Embarazo Gemelar con primer pelo en transversa

Relativas:

- Embarazo Gemelar con fetos en cefálica
- Polihidramnios,
- Presentación Podálica
- Hipertensión Severa
- Enfermedad Cardíaca de la madre

Podemos observar claramente entonces que no existían contraindicaciones ni del tipo relativas ni absolutas para su utilización, c incluso la FLASOG establece y da la pauta abierta a los servicios de ginecoobstericia establezcan sus propios normamientos para la utilización de dicho medicamento y los anteriores solo son propuestas por la FLASOG.

SEPTIMA.- *Ahora bien en cuanto a establecer las causas que llevaron a la muerte al producto de la concepción de la C. Q. NO ES POSIBLE en virtud de que no se realizo necropsia, por lo que solo se podrá establecer ciertos supuestos basados en la bibliografía consultada, la cual establece, que las muertes dentro del periodo neonatal temprano, es decir dentro de los 7 días posteriores al parto, (como el caso que hoy nos ocupa) lo siguiente.-*

LA PRIMERA CAUSA GENERAL FUE LA PRESENCIA DE DEFECTOS ESTRUCTURALES CONGÉNITOS (88 = 34%), SEGUIDA DE INMADUREZ (72 = 28%). AL ANALIZARLO POR GRUPOS DE TIEMPO DE VIDA, SE OBSERVA QUE EN LOS PRIMEROS 59 MINUTOS EL MAYOR NÚMERO DE DEFUNCIONES OCURRIDAS FUERON SECUNDARIAS A INMADUREZ (42.7%); DE UNA A 23





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

HORAS, LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE MUERTE SE ASOCIÓ A DEFECTOS ESTRUCTURALES CONGÉNITOS (35.7%) Y EN EL ÚLTIMO GRUPO (UNO A MENOS DE SIETE DÍAS), LA CAUSA DE MUERTE MÁS FRECUENTE FUERON LAS INFECCIONES GRAVES (27.9%).

Podemos concluir pues que la causa de la muerte del producto de la concepción de la C. Q, pudo deberse a INMADUREZ. DEFECTOS CONGENITOS O INFECCIONES GRAVES, la cual, cualquiera que esta fuese, NO ES ATRIBUIBLE A LA ATENCION MEDICA BRINDADA POR EL A5, ya que, como ya se demostró en los apartados anteriores en ningún momento del trabajo de parto se presento sufrimiento fetal, y la intervención médica por parte del ginecólogo ya comentado fue adecuada, presentándose la eventualidad que inicio el proceso y que condujo a la muerte al neonato en el momento del nacimiento, cuando la atención del producto debe de ser y estar a cargo del pediatra y que en ese momento del nacimiento del producto, este se entrega al personal del departamento de pediatría para su manejo y atención medica, tal como se establece dentro de las notas.

OCTAVA.- *En este punto importante hacer mención que las acciones médicas desplegadas por el A5 en la atención medica brindada a la C. Q fue siempre apegada a lo establecido por las leyes y normamientos relativas al caso, como lo es el artículo 51 de la Ley General de Salud vigente, el artículo 9 del reglamento de la secretaria de salud en materia de prestaciones de servicios de atención medica y la NOM - 007-SSA2-1993 para la atención del embarazo parto y puerperio referidas dentro del apartado de consideraciones medicas del presente dictamen.*

NOVENA.- *Por ultimo y resumiendo lo anteriormente expuesto y habiendo establecido la correcta aplicación de las medidas terapéuticas por parte del A5 en la atención medica brindada a la C. Q, considero hacer alusión a lo establecido por Luz María Reyna Carrillo, en su obra LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO, en donde podemos concluir.- **EL MEDICO ES RESPONSABLE DE MEDIOS NO DE RESULTADOS,** en relación a que en este caso como ya se estableció se cumplió con todo lo establecido por la Lex artis de la medicina y los normamientos aplicables al caso, aun cuando el resultado fue funesto, es decir que el médico pondrá todo su conocimiento, experiencia y medidas*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

terapéuticas tendientes a resolver la problemática medica que el paciente presente en esos momentos, sin poder asegurar el resultado positivo de dicho tratamiento.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Posterior al análisis exhaustivo de los hechos que motivaron la realización del presente dictamen, podemos concluir que la conducta medica desplegada por el A5 **ESTUVO SIEMPRE APEGADA A LO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVIDAD MÉDICO LEGAL Y LO ESTABLECIDO POR LA LEX ARTIS DE LA MEDICINA**, ya que como se estableció dentro del presente dictamen, la atención del parto de la C. Q, por parte del A5, fue el adecuado durante su intervención, esto es durante el inicio y termino del periodo trabajo de parto de la C. Q.

SEGUNDA.- Posterior al análisis exhaustivo de los hechos que motivaron la realización del presente dictamen, podemos concluir que, en la conducta medica desplegada por el A5, **NO EXISTIERON ELEMENTOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL COMO LOS SON IMPERICIA, IMPRUDENCIA, O NEGLIGENCIA**, ya que siempre se condujo con estricto apego a lo establecido por la lex artis de la medicina.....”

b) Copia del expediente clínico de la C. Q, relativo a la atención médica que recibieron ella y su menor hijo recién nacido, derivada de su embarazo y parto, del 29 de junio de 2013 al 2 de julio de 2013.

3.- Escrito de fecha 10 de septiembre de 2013, presentado por la C. Q, mediante el cual desahoga la vista que se le mandó dar en relación con el informe rendido por la autoridad, en el cual manifestó textualmente lo siguiente:

“.....El día viernes 28 de Junio de 2013 siendo las 10:00 am acudí a consulta a la unidad médica del centro de salud ubicado en la Col. Las luisas de torreón, fui atendida por el A1, médico general en esta institución. Fue el mismo quien me realizo un chequeo Ginecológico indicándome que presentaba sangrado vaginal y una dilatación de 3 cm y





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

por Medición del fondo uterino que resulto de 38 cm, ultrasonido realizado por un médico externo que indicaban al 24 de junio del mismo año 36.4 semanas de gestación y según las semanas contadas a partir de la fecha de mi última menstruación 17 de septiembre del mismo año contaría con 40 semanas de gestación, el médico se atrevía a diagnosticarme labor de parto, al checar la frecuencia cardiaca del bebe me comenta se encuentra baja que era necesario estar monitoreando, me dice que el sangrado era normal lo que era de cuidado en ese momento era la frecuencia cardiaca del bebe, me recomendó acudir al hospital general de torreón para un chequeo más asertivo por parte de un médico ginecólogo. Al acudir al hospital general ubicado en artes gráficas y calle 8 en la colonia centro de esta misma ciudad, en la zona de urgencias a las 6:30 pm del 28 de junio de este mismo año me presento en la caja donde comúnmente se entrega el turno de consulta a cada paciente me doy cuenta que no hay persona que atienda, paso a tomar asiento y esperar que me sea otorgado un turno para consulta, después de casi una hora de esperar al personal de caja me entregan el turno número 7 para consulta en el turno nocturno, me dirijo a otros pacientes preguntando quien es el turno 6 para tener una referencia y me comentan que aun están consultando el turno vespertino, cabe mencionar que desde mi llegada a la institución no se habían realizado consultas esto basado en que durante mi espera no me di cuenta que mencionaran ningún turno a consulta ya que los consultorios se encontraban solos no había médicos atendiendo, y fue hasta las 10:30 pm del 28 de junio que fui atendida por el A2, el me realizo nuevamente un chequeo ginecológico dejando como resultado sangrado vaginal y dilatación de 3 cm, para el todo indicaba que me encontraba en labor de parto, al checar la frecuencia cardiaca del bebe me indica que es baja y que por esa razón el consideraba una hospitalización para monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe , me solicita que permita la presencia del médico ginecólogo en turno para un nuevo chequeo, es cuando en el consultorio 2 del área de urgencias del hospital general de torreón se presenta el A3 y recibe la información por parte del A2 y solicita que me pasen a urgencias me asignen cama y "me preparen" , al pasarme al área de urgencias me canalizan y aplican solución glucosada, me es realizado lavado rectal y me comenta el enfermero que me atiende que seré trasladada al área de expulsión que allí llevaran a cabo el monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe, dicho traslado se llevo a cabo a las 2:00 am del 29 de junio al llegar a la zona de





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

expulsión y el enfermero se percató de que no hay cama donde pueda ser colocada me deja a las afueras del quirófano sobre la camilla por lo menos por una hora...

TODO LO REFERIDO POR LA PACIENTE SE ENCUENTRA ACORDE A LO RELATADO EN EL EXPEDIENTE CLINICO Y CON LA DIFERENCIA QUE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL REPORTADA POR EL A2 NO ES BAJA, ES NORMAL DE 130 (CIENTO TREINTA) POR MINUTO, ENTONCES NO ES ACORDE LO REFERIDO POR LA PACIENTE EN EL SENTIDO DE LA FRECUENCIA CARDIACA DEL BEBE.

SI TODO LO REFERIDO POR MI PERSONA ES ACORDE A LO QUE SE RELATA EN MI EXPEDIENTE CLINICO Y MARCA LA DIFERENCIA QUE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL REPORTADA POR EL A2 ES DE 130 (CIENTO TREINTA) POR MINUTO, POR QUE RAZON ME ES HOSPITALIZADA CON LA FINALIDAD DE MONITOREAR LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL? SIN PRESENTAR LA DILATACION NI SINTOMAS QUE REQUIEREN LOS MEDICOS GINECOLOGOS DE ESA INSTITUCION, LOS CUALES DAN A CONOCER EN LAS CONSULTAS DE URGENCIAS, EJEMPLO: 8 CM DE DILATACION, SANGRADO EXCESIVO O BIEN CORONACION, ESTO BASADO A QUE EN APROX 6 OCACIONES QUE ME PRESENTE A CONSULTA POR SENTIR DOLOR, PRESENTAR DESECHO VAGINAL Y UNA DILATACION DE 1, 2 Y 3 CM NO ME FUE HOSPITALIZADA CONTANDO YA CON MAS DE 37 SEMANAS DE EMBARAZO, Y AUNADO A ELLO LA NOTA MEDICA AGREGADA POR EL A2 DONDE SE PLASMA LO SIGUIENTE:

28/06/13 23.15 A2. PACIENTE FEMINA X AÑOS. ACUDE POR REFERIR DOLOR PELVICO ABDOMINAL E HIPOMOTILIDAD FETAL. EXPLORACION FISICA CONSIENTE PACIENTE CON ESTADO GENERAL SIN SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ABDOMEN CON PUV POSICION CEFALICA SITUACION LONGITUDINAL DORSO IZQUIERDA FCF 130 X BORRAMIENTO 50% DILATACION 2/3 SALIDA DE SECRECION MUCOSA. ID EMBARAZO DE 40.3





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

HIPOMOTILIDAD FETAL. SOLICITO VALORACION POR GO PASA A LABOR A MONITORIZAR.

LA HIPOMOTILIDAD FETAL ES LA DISMINUCION DE MOVIMIENTOS Y VARIACION EN FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y EL MISMO A2 HACE MENCION DE ELLO EN DOS OCACIONES POR LO MENOS EN ESTA NOTA MEDICA. POR LA MISMA RAZON ES QUE INDICA QUE YO COMO PACIENTE PRESENTO HIPOMOTILIDAD FETAL Y SE ME HOSPITALIZA PARA MONITORIZAR LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL, COMO SE JUSTIFICA ESTE ACTO SI SE ME ESTA NEGANDO QUE MI HIJO PRESENTARA FRECUENCIA CARDIACA BAJA. Y EN CASO DE ASI RESULTAR, TODO EL TIEMPO QUE TARDARON TANTO EN ATENDERME A MI LLEGADA A LA SALA DE URGENCIAS COMO LO INDICO EN MI QUEJA, MI LLEGADA A ESTA ZONA HOSPITALARIA ES A LAS 6:30 PM DEL 28 DE JUNIO DEL 2013 Y ME ES ATENDIDA POR EL A2 A LAS 10:30 PM DEL 28 DE JUNIO DEL 2013 Y COMO ES REFLEJADO EN LA NOTA DE INGRESO A LA SALA DE TOCO 1:20 HRS DEL DIA 29 DE JUNIO DE 2013, COMO ES QUE SE CONSIDERA ESO SI ES EL MISMO A2 QUIEN HACE MENCION DE QUE PRESENTO HIPOMOTILIDAD FETAL.

*durante ese tiempo fui testigo de que son médicos practicantes quienes se encargan de atender los partos y de que no llevan ningún tipo de cuidado sobre la higiene ya que a quirófano entra y sale cualquier persona sin lavarse si quiera las manos o utilizar guantes esto basado en que durante el tiempo que estuve esperando me asignaran cama se estaba llevando a cabo un parto y yo estaba justo en la puerta de quirófano y esta se encontraba abierta. **Pasadas las 3 am del 29 de junio me asignan la cama No. 3 en la sala de expulsión y es el médico practicante A4 y una radicante mas quienes se encargan del monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebe colocando el fetometro sobre mi estomago sujetado con cinta adhesiva y vendas durante 40 minutos aproximadamente a un volumen excesivo va que ellos no se quedaron dentro de la sala de expulsión y así poder escuchar desde afuera los latidos, estuve al pendiente de la variación de la frecuencia cardiaca y esta oscilaba desde los 110 hasta los 170 pulsaciones,** al entrar el A3 y realizar tacto me informa*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

que presento 3 cm de dilatación, cuando se presenta en medico practicante A4 a retirar el aparato este me comenta que si la frecuencia cardiaca del bebe continua tan variable lo más recomendable por su parte seria llevar a cabo una cesárea y esta fuera programada a las 8:00 am pero que allí las cosas se hacen bajo el criterio del médico en turno.

CONTRARIO A LO QUE REFIERE LA PACIENTE DEL PARTOGRAMA NO SE DESPRENDEN VARIANTES IMPORTANTES EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

COMO LO INDICO EN MI QUEJA, UNICAMENTE ME COLOCARON UN APARATO SOBRE MI ESTOMAGO SUJETADO CON CINTA ADHESIVA Y VENDAS DURANTE 40 MINUTOS APROXIMADAMENTE A UN VOLUMEN EXCESIVO "YA QUE ELLOS NO SE QUEDARON DENTRO DE LA SALA DE EXPULSION". EL PERSONAL ENCARGADO DE EL MONITOREO NO ESTUVIERON PRESENTES, FUI YO APOYADA POR LA SRA. T1 DE QUIEN EN EL SUSCRITO HACE MENCION EL MEDICO CIRUJANO A5 Y CONSTA QUE MIENTRAS YO OCUPABA LA CAMA No. X Y ELLA LA CAMA No. X DE LA SALA DE EXPULSION, CAMA DONDE EN LA SUPERFICIE SE ENCONTRABA COLOCADO EL APARATO QUE UTILIZARON PARA MONITOREAR LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL, FUE DE ESA MANERA QUE LA SRA. T1 SE LEVANTO DE SU CAMA SE SENTO FRENTE A DICHO APARATO Y ME ESTUVO INDICANDO LOS RESULTADOS DEL MONITOREO YA QUE A MI POR LA POSICION INDICADA A TOMAR POR EL MEDICO CASTREJON PARA SOSTENER EL APARATO SOBRE MI VIENTRE SE ME DIFICULTABA REALIZAR UNA INCLINACION CONSTANTE. AUN ASI ME CONSTA QUE LA FRECUENCIA ERA INESTABLE POR QUE EN OCACIONES DE LA MANERA QUE ME FUE FACIL LOGRE LA INCLINACION Y AUNADO A ELLO EL SONIDO. COMO ES QUE SIN HABER ESTADO PRESENTES LOS MEDICOS DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO COMO EL QUE SE LLEVO A CABO LA COLOCACION DEL APARATO PARA REALIZAR EL MONITOREO REALIZAN EL LLENADO DEL PARTOGRAMA EN EL CUAL AHORA NO SE DESPRENDEN VARIANTES EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL SI ELLOS SOLO COLOCARON EL APARATO Y SU ESTANCIA NO FUE MAS ALLA DE LOS 2 MINUTOS,





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

YA QUE SE ESTABA LLEVANDO A CABO LA ATENCION DE UN PARTO EN QUIROFANO Y ELLOS ESTUVIERON PRESENTES.

Es a las 7:00 am del 29 de junio cuando se presenta en el área de expulsión el médico practicante A4 en compañía de un par de practicantes mas y el A5 Ginecólogo en turno con cédula profesional numero x realizo la entrega del informe de cada paciente, toma el A5 mi expediente y pregunta la razón de mi hospitalización y es el Practicante A4 quien le indica que es por monitoreo de frecuencia cardiaca al bebe que durante la noche se llevo a cabo un monitoreo y estuvo muy variable la frecuencia, el A5 pide me sea revisado nuevamente y colocan su aparato sobre mi estomago y en ese momento la frecuencia se encontraba en 145 al ver el resultado del chequeo el A5 se dirigió a los practicantes de modo prepotente preguntando que cuales son los limites para considerar una frecuencia cardiaca estable y ellos respondieron de 120 a 170 el A5 guardo silencio soltó mi expediente realizo tacto informo que contaba con 3 cm de dilatación solicito a la enfermera me aplicara 5 unidades de oxitocina y se retiro. Es a las 9:00 am del mismo día 29 de junio cuando regresa el A5 a checar mi dilatación y esta continuaba en 3 cm le indica entonces a la enfermera me apliquen unas pastillas las cuales tuvieron que solicitar al familiar que me acompañaba ya que comprara ya que ellos no cuentan con ese tipo de medicamento, estas pastillas fue introducida una vía vaginal y otra vía oral, la enfermera me comento que en máximo dos horas ya estaría lista para pasar a quirófano que esas pastillas eran muy fuertes y acompañadas de la oxitocina acelerarían la labor. Pasado el tiempo y yo sin presentar molestias ni aumento en la dilatación el A5 le solicita a la enfermera que me aplique 5 unidades de oxitocina en conjunto con las demás pacientes la enfermera le contesta que yo ya tengo las 5 unidades y que ya me habían sido aplicadas las pastillas que el había solicitado , el A5 Le indica que entonces me sean aplicadas a chorro como a las demás, la enfermera contesta que ellas la tienen a chorro porque están con 2 unidades de oxitocina, esto relacionado obviamente a que me fue aplicado vía intravenosa mediante la canalización, el A5 retira a la enfermera de la solución y cambia la aplicación "a chorro" como el lo había indicado esto sucedió cerca de las 12:00 pm del 29 de junio, después de esos cambios comencé con contracciones y en





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

"2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer"

cada una de ellas yo procuraba realizar mi trabajo pujar' ya que así era como lo estaban recomendando los médicos practicantes y aunado a eso conservar la calma.

EFFECTIVAMENTE EL MEDICO TRATANTE REFIERE HABER UTILIZADO EL MEDICAMENTO QUE CONSIGNA LA PACIENTE, BAJO LA VIGILANCIA ADECUADA, SIN EMBARGO LA ENFERMERA EN TURNO DICE QUE ELLA NO FUE RETIRADA DE LA SOLUCION COMO LO AFIRMA LA QUEJA.

EL MEDICAMENTO UTILIZADO AL QUE SE REFIERE EL MEDICO QUE ME FUE APLICADO BAJO LA VIGILANCIA ADECUADA, JAMAS FUE ASI, LA ENFERMERA EN MAS DE DOS OCACIONES HACIA COMENTARIOS DE ESTAR SOLA EN EL AREA Y NO DARSE ABASTO CON LAS PACIENTES Y AUNADO A ESO LA VIGILANCIA A LOS MEDICOS PRACTICANTES QUE SE ENCONTRABAN EN SU TURNO, Y SI ESTA COMENTA NO HABER SIDO RETIRADA DE LA SOLUCION, COMO ES QUE FUE EL MEDICO A5 QUIEN REALIZO LOS CAMBIOS EN LA SOLUCION CUANDO ERA ELLA QUIEN SE ENCONTRABA CHECANDO EL GOTEO. ESTO SUCEDIÓ CUANDO LA ENFERMERA SE NEGÓ A REALIZAR EN CAMBIO Y HACIENDO MUECAS NO PUDO CONTRADECIR AL MEDICO A5 QUIEN FUE EL QUE REALIZO EL CAMBIO EN EL GOTEO DE LA SOLUCION APLICADA.

Cuando el familiar que me acompañaba solicitaba información sobre mi estado de salud y el del bebe solo le comentaban que yo estaba muy tranquila. Continuando con las contracciones sentí que trono algo dentro de mí por dos ocasiones llame al Dr. Y fue el A5 quien entro le comente lo sucedido y solo levanto la sabana que me cubría y me dijo: "reventaste membranas" se retiro y al poco tiempo volví a sentir lo mismo regreso el mismo A5 levanto la sabana y me dijo: "reventaste fuente" le pidió a la enfermera me pasaran a quirófano sin haber checado antes mi dilatación y mucho menos la frecuencia cardiaca del bebe, durante el tiempo que tardaron en preparar la camilla para mi pase a quirófano comencé a sentir mi brazo izquierdo adormecido llame al Dr. Y fue un medico practicante quien se acerco a mi cama y le dije lo que sucedía este en tono de burla tomo mi brazo me lo mostró y me dijo "aquí está tu brazo" se retiro burlándose dirigiéndose a otra persona diciendo que el había pensado que ya había dado "el camazo" estos dos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

estuvieron burlándose y comentando sobre anécdotas al respecto, yo comencé a vomitar volví a llamar al Dr. Y fue el A5 quien entro a la sala de expulsión se acerco a mi cama vio el vomito sobre el piso y en silencio se retiro, poco antes me habían checado la presión y la enfermera me dijo que la tenia baja que estaba en 90/60, supuse que mis malestares eran debido a eso mas nadie me atendió al respecto. Me pasan a quirófano y me doy cuenta que mi parto seria atendido por médicos practicantes y que sin saber aun quien sería el encargado es al momento cuando se sortean al paciente, fue una mujer quien se encargo de atenderme y asistida por otro médico practicante comenzamos con el parto el A5 no se encontraba en quirófano solo los médicos practicantes, el A6 Pediatra en turno y dos enfermeras , el parto se prolongo y debido a la dificultad llamaron al A5, este entro a quirófano se le indico lo que sucedía, yo al darme cuenta que había momentos que ya eran las manos de la practicante y de quien la asistía las cuales se encontraban dentro de mi cuerpo pedí al practicante que asistía a quien estaba a cargo de mi parto que "si el sabia mas y estaba viéndolas dificultades y que yo estaba batallando y mi bebe sufriendo que me ayudara y fuera el quien se encargara del parto este contesto: aquí todos somos iguales nadie sabe más, todos estamos aprendiendo esto paso en presencia del A5 quien solo mando traer un banco para el y otro para una de las enfermeras se subieron y comenzaron a hacer presión sobre mi estomago y empujar el cuerpo de mi bebe, la practicante encargada de mi parto solicito utensilios para rotar mi piel dichos utensilios no se encontraban dentro del quirófano ya que cruzaron la puerta con ellos en mano comentando que no tenían filo, esta los tomo preguntando cómo y cuanto era lo que tenía que cortar? Y quien la asistía le respondió: que era bajo su criterio,, con la ayuda del A5 y la enfermera y el esfuerzo aplicado de mi parte nació mi bebe, pero no escuche su llanto al nacer solo escuche que el A6 quien se encontraba con un trozo de sabana verde con hilos sueltos en las manos listo para recibir a mi hijo en sus brazos pedía que pusieran las pinzas esto lo hizo en más de dos ocasiones y nadie hacia nada, todo el tiempo que le tomo a 2 enfermeras, 3 médicos practicantes y un Ginecólogo el A5 quienes en ese momento estuvieron presentes era tiempo considerado vital para mi hijo ya que según los reportes médicos mi hijo no respiro al nacer debido a que presento sufrimiento fetal. A mi hijo lo colocaron en una camilla para su revisión y vi que estaban masajeando su pecho y mi hijo seguía sin llorar mandaron llamar a otro médico y mientras eso sucedía la medico





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

practicante se disponía a realizar la sutura y de la misma manera que en el parto era asistida por el médico practicante, me atrevo a pensar que la practicante no tenía idea de lo que estaba haciendo ya que se vio en la necesidad de preguntar ¿qué cantidad de anestesia era necesario aplicar? o bien si ¿era necesario aplicar anestesia? Quien la asistía le respondió que todo era bajo su propio criterio, este último se retiró un momento y la practicante continuo con la sutura al regresar el practicante que la asistía le comento: tienes que coser el nervio no la piel y corrigió la sutura que me había realizado y la volvieron a hacer

LO QUE A LA PACIENTE REFIERE COMO PRACTICANTES, EN REALIDAD SON MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO, EN ESTA INSTITUCION, EN ESA AREA, EN ESOS MOMENTOS NO SE ENCONTRABA NINGUN PRACTICANTE, SOLO MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO Y EL MEDICO INTERNO DE PREGRADO, DE ACUERDO AL MANUAL DEL INTERNADO QUE MAS ADELANTE SE TRANSCRIBIRA, ESTAN CAPACITADOS PARA LA ATENCION DE UN PARTO NORMAL DESDE QUE SALEN DE LA ESCUELA Y SOLO SON SUPERVISADOS POR LOS MEDICOS BASE COMO OCURRIO EN ESTE ACTO.

SI NO SON MEDICOS PRACTICANTES Y CUENTAN CON LA "CAPACIDAD PARA LA ATENCION DE UN PARTO NORMAL DESDE QUE SALEN DE LA ESCUELA" SOLICITO LA EXPLICACION A LA FALTA DE PERICIA PARA REALIZAR LA SUTURA, EL MANEJO DE ANESTECIA, HERRAMMIENTAS Y ATENCION DE PARTO EN GENERAL, YA QUE COMO LO MENCIONO EN MI QUEJA SE REALIZO LA CORRECCION EN LA SUTURA Y POR DICHA RAZON EL MISMO A22 DIRECTOR DE JURISDICCION SANITARIA DE LA UNIDAD TORREON ME RECOMIENDA CHEQUEO GINECOLOGICO PARA DESCARTAR PROBLEMAS DE SALUD FUTUROS O QUE REQUIERA DE NUEVA ATENCION. SI ES EL MISMO MEDICO A5 QUIEN EN EL SUSCRITO INDICA QUE YO COMO PACIENTE NO COOPERE Y EL PRODUCTO YA ESTABA CORONANDO CON 20 MINUTOS APROXIMADAMENTE DE PERIODO EXPULSIVO, EL DECIDE ASISTIR CON MANIOBRAS TIPO KRISTELLER EN LAS QUE AUN QUE EL MEDICO HERRERA DECLARE LA AUSENCIA DE PARTICIPACION LA ENFERMERA, ME CONSTA Y DECLARO DE LA MISMA MANERA QUE DICHAS MANIOBRAS





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

FUERON REALIZADAS TANTO POR EL MEDICO A5 COMO LA ENFERMERA EN TURNO, YA QUE RECUERDO PERFECTAMENTE QUE MANDARON TRAER UN BANCO PORQUE DEBIDO A LA FALTA DE ESTATURA Y MEJORAR LA POSICION LA ENFERMERA REQUERIA DE UNO PARA LOGRAR LA POSICION QUE DICHAS MANIOBRAS REQUIEREN, COMO ES QUE NO ACTUA DE MODO QUE SE PUDIERA EVITAR UN SUFRIMIENTO FETAL, YA QUE EN MI ENTENDIDO ALGUNOS DE LOS SINTOMAS QUE PRESENTO MI HIJO MENCIONADOS POR LOS MEDICOS EN LOS REPORTES DEL DIA ESTANDO EL EN EL AREA DE NEONATOS DONDE NOS INDICABAN QUE EL BEBE HABIA ASPIRADO LIQUIDO, FALTO RESPIRAR AL NACER, Y LA FRECUANCIA CARDIACA DEL BEBE AUNADA A UNA LABOR DE PARTO PROLONGADA ARROJAN COMO DIAGNOSTICO SUFRIMIENTO FETAL EL CUAL UD COMO MEDICO TAMBIEN DETALLA EN EL REPORTE ENTREGADO MEDIANTE ESTA INSTITUCION. CABE MENCIONAR QUE EN NINGUN MOMENTO LE FUE ENTREGADO REPORTE MEDICO SOBRE MI ESTADO DE SALUD AL FAMILIAR QUE ME ACOMPAÑABA DESDE EL MOMENTO DE MI HOSPITALIZACION LA SRA T2 MI MADRE, YA QUE ESTA NO HUBIERA ESTADO ENTERADA DE LO SUCEDIDO SI NO HUBIESE CONTADO CON LA INICIATIVA DE PREGUNTAR A MEDICOS Y ENFERMERAS SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y EL DE MI BEBE.

Al quirófano se presento el A7 de Neonatología solicitando peso y medidas del bebe, fue el A6 quien se acerco y en voz baja le indico lo que sucedía con mi hijo, a mí nadie me informo nada pero me di cuenta que el A7 solicito una sonda y otro material para canalizar a mi hijo y aplicar oxigeno ya que presentaba dificultad para respirar, la enfermera le hizo saber que nada de lo que solicitaba lo tenían en quirófano que tenía que ir a pedirlo, esta se retiro por el material que solicito el A7 y el A6 se encargo de realizar el chequeo del bebe dejando como respuesta un peso de x kg y una medida de xcm. Cabe mencionar que al momento en que nació mi hijo una enfermera grito 1:38 pm y fue el A7 quien cerca de las 3:00 pm del 29 de junio del año en curso entro a quirófano con una máquina de escribir en mano la coloco en una plancha que había sido desocupada y que después de realizar un parto allí no había sido aseada, hizo las sabanas sucias a un lado coloco su máquina y escribiendo me empezó a dar el informe sobre el estado de salud de mi hijo, me comento que mi hijo no había respirado al nacer que esa era la razón por la cual no lo había escuchado llorar y que efectivamente mi hijo debería estar llorando se





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

"2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer"

puso de pie junto a la camilla donde se encontraba mi hijo levanto su pierna sujeta de sus dedos del pie derecho y la dejo caer, me dijo que mi hijo no tenía fuerzas que tenía dificultad para respirar pero que le sorprendió que no presentara señales de asfixia ya que el tono de su piel era rosado pero que aun así era necesario que lo trasladaran a otro hospital para su atención ya que en el hospital general no contaban con los aparatos que requerían en el caso de mi hijo, se retiro de quirófano diciéndome que saldría a arreglar lo del traslado y a informarle a mis familiares lo sucedido, a ellos salió a informarles que mi hijo había sufrido depresión al nacer que no respiro y que no tenía fuerzas que las condiciones de mi hijo en ese momento eran las de un muñeco de trapo.

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE DEL CUAL ANEXO COPIA FOTOSTATICA PARA SU FIEL INTERPRETACION, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NO SE TUVIERON SEÑALES DE SUFRIMIENTO FETAL Y CUANDO NACE EL NIÑO, QUE EFFECTIVAMENTE COMO LO REFIEREN EN LA QUEJA NACE SIN SEÑALES DE ASFIXIA O HIPOXIA, COMIENZA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SE LE PRESENTO LA ATENCION MEDICA NECESARIA, SIN QUE DE ESTO SEA RESPONSABLE EL PERSONAL DE LA INSTITUCION, ES UNA CONDICION PROPIA DEL RECIEN NACIDO Y AJENA A LOS MEDICOS TRATANTES.

SI EL ASPIRAR Y/O TRAGAR LIQUIDO, LA FALTA DE FUERZA QUE REQUERIA MI HIJO PARA APLICARLA AL RESPIRAR, COMO ME LO INDICO EL NEONATOLOGO "NO TIENE FUERZAS NI PARA RESPIRAR" LA MISMA FALTA DE FUERZA APLICADA DE MI PARTE COMO PACIENTE Y UN PARTO PROLONGADO NO SON SINTOMAS O RAZONES SUFICIENTES PARA LLAMAR ESTO SUFRIMIENTO V²^ FETAL, O BIEN EL TIEMPO DESPERDICIAO POR PARTE DE EL PERSONAL ENCARGADO DE ATENDER MI PARTO PARA PINZAR AL BEBE Y A ESTE SE LE DIERA LA ATENCION NECESARIA EN TIEMPO NO LOS SEÑALA COMO RESPONSABLES, QUIERE DECIR QUE LA UNICA Y MEJOR MANERA DE SEÑALAR ESTO ES "ES UNA CONDICION PROPIA DEL RECIEN NACIDO Y AJENA A LOS MEDICOS TRATANTES"





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Al sacarme a mí de quirófano las enfermeras me acercaron al lugar donde tenían a mi hijo y estaba en una camilla y sobre su cabeza una máscara de oxígeno y confirme lo que me dijo el A7 mi hijo no tenía fuerzas y sufría al respirar lo sacaron rápido de esa mascara y lo acercaron a mi para que lo conociera fue entonces cuando mi hijo abrió sus ojos, rápido lo metieron nuevamente a esa mascarilla y a mi me sacaron de quirófano me dejaron en las afueras del quirófano esperando que se desocuparan camas en el área de maternidad y que me indicaran a donde sería trasladado mi hijo, cerca de 20 minutos después escuche que el A7 le indico a la enfermera que pasaran a mi hijo al área de neonatos de ese mismo hospital ya que en ningún hospital había lugar para que recibieran a mi hijo y le brindaran la atención necesaria.

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE DEL CUAL ANEXO COPIA FOTOSTATICA PARA SU FIEL INTERPRETACION.

POR QUE RAZON DESPUES DE HABERME INFORMADO QUE NO HABIA FORMA DE DEJAR A MI HIJO EN EL AREA DE NEONATOS DE ESE MISMO HOSPITAL AL POCO TIEMPO REGRESAN A RECOGER A MI HIJO Y SE LO LLEVAN INDICANDOME QUE SI HAY LUGAR ALLI PARA ATENDERLO CUANDO YA SE ME HABIA INFORMADO QUE ERA IMPOSIBLE DARLE LA ATENCION QUE EL REQUERIA.

Sacaron a mi hijo del quirófano se lo llevaron al área de neonatos y a mi al área de maternidad sin darme ningún tipo de información al respecto de mi hijo. Ya en el área de maternidad se presento el A8 del departamento de Seguro Popular para comentarme que estaban informados de lo sucedido conmigo y mi hijo durante el parto y que seguirían mi caso a fondo y que de ser necesario un traslado a una clínica particular se realizaría y correría por cuenta de ellos, el mismo A8 me indico reconocer que de una forma u otra había responsabilidad por parte del hospital pero que contaría con todo su apoyo. A las 9:00 pm se encontraba el A9 en las afueras del área de maternidad platicando con las enfermeras y la medico practicante que atendió mi parto, este en todo de broma le comento a la practicante que había dos primerizas esperándola en el área de expulsión se





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

rieron y la practicante contesto que "ella con primerizas no podía" después de terminar su conversación se retiraron. Me presente en el área de neonatos con la intención de estar con mi hijo o por lo menos saber algo relacionado con su estado de salud y me respondieron que solo se daba un informe al día y este me sería entregado por parte del pediatra en turno al siguiente día y que solo podría pasar a verlo después del informe padre o madre durante 15 minutos y que dicho informe se entregaba de la misma manera a padre y/o madre.

EFFECTIVAMENTE ESTOS HECHOS MEDICOS SE ENCUENTRAN FUNDAMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO DEL CUAL SE ANEXA COPIA FOTOSTATICA PARA SU FIEL INTERPRETACION.

DUDO QUE EN EL EXPEDIENTE CLINICO SE SEÑALE QUE LA PERSONA ENCARGADA MEDICO PRACTICANTE DE MI PARTO AFIRME SU COMENTARIO AL GINECOLO A9 SOBRE SU ATENCION A PRIMERIZAS. Y ME CABE DUDA DE POR QUE SI EN UN PRINCIPIO EL MISMO DIA HORAS DESPUES DEL PARTO PERSONAL DEL SEGURO POPULAR FUE A CONOCERME Y SABER MAS DE MI CASO PONIENDOSE A MI DISPOSICIÓN PARA BRINDARME A MI Y MI HIJO UNA MEJOR ATENCION MEDICA, NO HICIERON NADA AL RESPECTO. POR QUE RAZON CONOCIENDO LA GRAVEDAD EN EL ESTADO DE SALUD DE MI HIJO SE ME NEGÓ UN REPORTE MEDICO.

El día 30 de junio a las 12:00 pm me fue dada de alta por el A5 el cual se presento en el área de maternidad a realizar su chequeo de rutina y en mi turno me pregunto qué ¿si ya sabía algo de mi hijo? Le respondí que si, que me habían dicho que presento sufrimiento fetal, que no había respirado al nacer, el A5 en silencio y de manera indiferente firmo la receta e indico mi alta a la enfermera y se retiro. Acudí a recibir el informe médico relacionado con mi hijo en compañía del padre al área de neonatos y se presento con nosotros un Dr. Del cual desconocemos su identidad ya que solo nos dijo que el no pertenecía a el hospital general que lo habían llamado solo para que pasara a informarnos





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

lo que sucedía con nuestro hijo, este en su informe nos hizo saber que el estado de salud de nuestro hijo era delicado ya que presentaba congestión en sus pulmones lo cual dificultaba su respiración que por esa razón se encontraba metido en esa mascarilla para evitar la falta de oxígeno, dijo también que sería necesario realizar un tacto en su cerebro para descartar inflamación, un ultrasonido transfontanelar o bien una tomografía para saber si había sangrado o líquido y medir el daño cerebral ya que al momento de nacer duro 5 minutos sin respirar y esa afectación va directo a su cerebro provocada por la falta de oxígeno, y que debido a eso el bebe estaba presentando convulsiones desde la noche anterior 29 de junio, no se atrevió a darnos fechas para realizar esos estudios ni el tipo de medicamento que estarían aplicando por la única razón de que el no era el pediatra que se encargaría de la atención de nuestro hijo que sería el encargado de neonatología quien nos informaría al respecto. El día 01 de julio del 2013 nos presentamos el padre del bebe y yo al área de neonatos poco antes de las 12:00 para recibir el Informe del día, y a falta de la presencia tanto del A7 encargado del área de neonatos y algún pediatra que estuviera al tanto de lo que sucedía con nuestro hijo, fue una medico practicante quien leyendo el expediente de nuestro bebe nos informo que se encontraba grave, que habían aumentado la dosis del medicamento que ayudaba a evitar o disminuir sus convulsiones pero que debido a eso el bebe se encontraba prácticamente sedado pero que aun así seguía convulsionándose, pero que relacionado a sus pulmones la congestión había disminuido y que eso ayudaba a la respiración del bebe, nos hablo sobre secuelas por el daño cerebral que presentaba nuestro hijo pero todo sin fundamentos ya que se desconocía dicho daño pero que probablemente fuera cebero debido a las convulsiones, y que sin ser realizados los estudios necesarios no se podría hablar con certeza al respecto, estos estudios no eran realizados porque en el hospital general no cuentan con los aparatos y que debido al estado de salud de nuestro hijo era imposible un traslado, comento que probablemente se programara para el siguiente día todo dependiendo del estado de salud de nuestro hijo. El día 02 de julio del presente año pasadas las 12:00 pm fue el A10 quien a petición del Subdirector de dicho hospital el A11 se presento en el área de neonatos a darnos el informe médico, este comento que el estado de salud del bebe era grave que ya se había conectado al respirador ya que para él estaba siendo imposible ya respirar por si solo porque al momento de nacer aspiro





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

liquido y eso es lo que había provocado la congestión de sus pulmones, que la noche anterior 01 de julio había presentado complicaciones de lo cual nunca se nos hizo saber y según el área de neonatos tenían el compromiso con nosotros de mantenernos informados sobre el estado de salud del bebe en caso de ser necesario realizarían una llamada si algo sucedía fuera de el informe que se nos otorgaba al medio día, el A10 nos dijo que debido al daño que probablemente presentaba en su cerebro estarían dañándose otros órganos de su cuerpo como había pasado la noche anterior que presento daño en su riñon y debido a eso diagnosticaron insuficiencia renal, que hablar de un traslado a otra clínica ya fuera para realizar estudios o mejorar su atención era casi imposible ya que el estado de salud del bebe no era nada bueno y así como corría riesgo su vida dentro de ese mismo hospital lo corría también en el transcurso a otra unidad médica y que el cómo medico no lo recomendaba, hablamos sobre los estudios que había pendientes para el bebe y el dijo que eran importantes y necesarios pero que ya en esos momentos lo primero era estabilizar al bebe ya que para realizar los estudios necesarios se hablaba también de un traslado y no contaban con una ambulancia que tuviera los aparatos para la atención que mi hijo requería durante el traslado, en ese momento el médico nos comento que nos preparáramos para cualquier cosa que el bebe estaba sufriendo mucho y que debido a su estado por esa ocasión nos permitiría pasar a padre y madre al área de neonatos en el tiempo de visita.

EFFECTIVAMENTE LOS DATOS MEDICOS DE LOS HECHOS RELATADOS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO DEL CUAL SE ANEXA UNA COPIA PARA SU FIEL INTERPRETACION.

POR QUE RAZON SI EN UN PRINCIPIO EN EL PRIMER REPORTE MEDICO ENTREGADO AL PADRE Q2 Y A MI AUN SIENDO PACIENTE DE LA UNIDAD MEDICA SE NOS INDICO QUE EL BEBE HABIA PRESENTADO SUFRIMIENTO FETAL AHORA EN SUS EXPEDIENTES CLINICOS NIEGAN LA EXISTENCIA DE ELLO. POR QUE NO SE MENCIONA EN NINGUNO DE LOS REPORTES MEDICOS QUE NOS FUERON ENTREGADOS NADA RELACIONADO CON INSUFICIENCIA RENAL SI TAMBIEN FUE RESULTADO DE UN REPORTE MEDICO ENTEGADO AL SR. Q2 Y MI PERSONA. DUDO TAMBIEN QUE EN SU EXPEDIENTE SE





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

ENCUENTREN RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS QUE MI HIJO REQUERIA DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD TAN GRAVE COMO UN ULTRASONIDO TRANSFONTANELAR Y TOMOGRAFIA YA QUE ESTOS JAMAS FUERON REALIZADOS. POR QUE RAZON NUNCA SE NOS MANTUVO INFORMADOS EN SU TOTALIDAD DEL ESTADO DE SALUD DE MI HIJO CUANDO SE SUPONIA EXISTIA UN COMPROMISO POR PARTE DE LA UNIDAD MEDICA Y AREA DE NEONATOS EN ESPECIFICO.

Durante el mismo día 02 de julio y durante nuestra permanencia en el hospital general estuvimos en contacto con el sub director el A11 quien se comprometió a mantenernos informados al respecto y darle seguimiento a nuestro caso, por dicha razón a él se le entrego una copia de mi testimonial donde se menciona a detalle lo sucedido, me reciben dicha copia en la dirección del hospital general firmando de recibido por parte de la subdirección del hospital y sellando las hojas entregadas, de esta testimonial fue el A12 Secretario de Salud quien recibió la original y es él quien personalmente ya enterado de mi caso se compromete de igual forma a darnos respuesta grata a la petición y queja que le presentamos sobre la falta de atención y al mismo tiempo la mejora en la atención medica que requería mi hijo. De la copia mencionada anexo a este escrito una copia más para hacer constar con sellos y firmas que en el hospital general de Torreón hay antecedentes sobre lo sucedido.

EFFECTIVAMENTE LOS DATOS MEDICOS DE LOS HECHOS RELATADOS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO DEL CUAL SE ANEXA UNA COPIA PARA SU FIEL INTERPRETACION.

DUDO DE QUE EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS SE RELATE A LO QUE YO COMO PACIENTE Y MADRE DEL R/N RN ME REFIERO CLINICAMENTE HABLANDO EN LA QUEJA ENTREGADA AL A12 ACONSEJADA PREVIAMENTE TANTO POR EL A11 Y A10, ESTO PORQUE EL MISMO PEDIATRA RIVEROLL QUIEN NOS ENTREGO REPORTE MEDICO DE NUESTRO HIJO AL SR. Q2 Y MI PERSONA CONOCIENDO LA GRAVEDAD DEL ESTADO DE





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

SALUD DE NUESTRO HIJO NOS ACONSEJA NOS ACERQUEMOS AL SECRETARIO DE SALUD A12 Y EN PRECENCIA DEL A11 SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL SE HIZO UN COMPROMISO DE DARLE SEGUIMIENTO A NUESTRO CASO, TODO ESTO HAGO MENCIONES QUE ES MEDICAMENTE HABLANDO, YA QUE NO VEO OTRO TEMA INVOLUCRADO PARA DESVIAR LA ATENCION DE QUIEN RECIBE Y DA SEGUIMIENTO A MI ESCRITO.

A las 5:00 pm del 02 de julio se nos llamo a padre y madre al área de neonatos por parte del pediatra en turno A13 para darnos un informe sobre el estado de salud de nuestro hijo, este nos comento que el estado de nuestro hijo había empeorado que ya no había nada que hacer por el bebe que médicamente ya se había hecho todo, que el bebe no podía estar peor que si el bebe mejoraba seria basado en un milagro, nos pidió que nos preparáramos para cualquier cosa que no creía que pasara mucho tiempo en ese estado el bebe y nos permitió pasar a padre y madre en conjunto al área de neonatos donde se encontraba mi hijo , nos recomendó despedimos de él y si era de nuestra elección podríamos bautizarlo, en ese momento el bebe ya presentaba un tono de piel pálido que en la visita del medio día no presentaba, ya estaba completamente sin fuerzas seguía sedado y conectado al respirador con sonda y canalizado, al salir de esa área 10 minutos después pasadas las 6:00 pm del 02 de julio del 2013 nos mandan llamar a padre y madre a petición del mismo A13 y nos informa que nuestro hijo falleció, sin indicar la causa de la muerte, posterior a eso el A14 quien me entrega un resumen medico sobre el estado de salud de mi hijo el cual solicitamos desde el medio día al A10 y en el mismo son anexados los detalles de su muerte y lo manejan como paro cardiorespiratorio a las 6:00 pm del día 02 de julio 2013.

EFFECTIVAMENTE LO ANTERIOR SE ENCUENTRA FUNDAMENTADO EN EL EXPEDIENTE CLINICO DEL CUAL SE ANEXA COPIA FOTOSTATICA PARA SU FIEL INTERPRETACION, MAS LA CAUSA DE LA MUERTE NO FUE REFERIDA EN EL ESCRITO DE LA QUEJA SI NO LAS CONSIGNADAS EN EL ESCRITO DE DEFUNCION DEL CUAL ANEXA COPIA FOTOSTATICA Y QUE SON LAS





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

SIGUIENTES, SINFROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NEUMONIA APNEA SECUNDARIA.

SI FUE AL MISMO A11 Y CON CONOCIMIENTO DE ELLO EL A12 LE FUE SOLICITADO UN RESUMEN MEDICO EL DIA 02 DE JULIO POR LA MAÑANA, SE NOS FUE ENTREGADO DICHO REPORTE DESPUES DE HABERNOS INFORMADO QUE EL BEBE HABIA MUERTO. POR QUE RAZON ASTA QUE EL A12 QUIEN SE ENCONTRABA EN DICHA INSTITUCION REALIZANDO INSPECCION SOLICITO UN REPORTE MEDICO EXTRAORDINARIO Y VERAZ FUE ENTONCES QUE SE NOS INDICO DE LA SITUACION REAL DE NUESTRO HIJO. EXISTE DUDA DE QUE POR QUE EL MISMO A12 LE HIZO EL COMENTARIO A LA SRA. T3 DE QUE MI HIJO HABIA SIDO SACRIFICADO Y TIEMPO DESPUES REPORTAN SU FALLECIMIENTO.

CONFORME A TODO LO RELATADO AUN QUEDA ANEXAR QUE MINUTOS DESPUES DE HABER MUERTO MI HIJO LA ABUELA PATERNA SRA. T3 REALIZA UNA LLAMADA A PERSONAL QUE ACOMPAÑABA AL A12 PARA INFORMAR LO SUCEDIDO Y QUIEN AL DARSE POR ENTERADO DE DICHA SITUACION SON ELLOS QUIENES CUBREN LOS GASTOS FUNERARIOS, OTORGANDONOS DESDE CAPILLA FUNERARIA, TERRENO EN EL PANTEON EL CUAL NO FUE ACEPTADO, CAJA Y TRASLADO DEL CUERPO, QUIEN A ESTAS ALTURAS POR VOLUNTAD PROPIA O EXCESIVA AMABILIDAD ACEPTA LA RESPONSABILIDAD SIN QUE LE SEA SOLICITADO CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS, ME CABE DUDA SI ¿LO MISMO REALIZAN CON CADA PACIENTE QUE PIERDE LA VIDA DENTRO DE ESA UNIDAD MEDICA? O SIMPLEMENTE LE FUIMOS DE SU AGRADO AL PERSONAL DE DICHA INSTITUCION, SECRETARIA DE SALUD Y JURISDICCION SANITARIA YA QUE POSTERIORMENTE EL A22 QUIEN TAMBIEN ACOMPAÑABA AL A12 EN RECORRIDO DEL HOSPITAL GENERAL ME BRINDA ATENCION MEDICA POR PERSONAL PRESUNTAMENTE EXTERNO A LA INSTITUCION PARA QUE ME SEA REALIZADO UN CHEQUEO GINECOLOGICO Y DESCARTAR PROBLEMAS DE SALUD Y ULTRASONIDO TAMBIEN POR MEDICO PRESUNTAMENTE EXTERNO COMO FUNDAMENTO ANEXO COPIAS DE LOS DIAGNOSTICOS MEDICOS DE LOS MENCIONADOS CHEQUEOS,





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

"2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer"

UNO DE ELLOS REALIZADO EN LA CLINICA DE DIAGNOSTICO DE ESTA CIUDAD Y OTRO POR PARTE DE MEDICO PRESUNTAMENTE EXTERNO Y AJENO AL HOSPITAL GENERAL DE TORREON QUIEN RESULTO PERTENECER AL COMITÉ DE MORTANDAD MATERNA Y FUE EL UNICO MEDICO QUIEN DE LA MINUTA ENTREGADA QUE FUE RESULTADO DE UNA REUNION EXTRAOFICIAL PARA CHECAR SUPUESTAMENTE MI CASO A FONDO FALTO LA FIRMA, DE TODO ESTO ANEXO DOCUMENTOS QUE ME AMPARAN EN LO DICHO. HAGO MENCION QUE AL INTENTAR OBTENER ALGUN CERTIFICADO, O DOCUMENTO QUE AMPARE LOS SERVICIOS FUNERARIOS OBTENIDOS EN LAS CAPILLAS FUNERARIAS DEL DIF DE ESTA CIUDAD SE LE INFORMA AL SR. Q2 QUE LOS DOCUMENTOS QUE AVALAN LA ESTANCIA Y VELACION DEL CUERPO DE MI HIJO ESTABAN EN PODER DE LA A23, EN CONCLUSION A ESTO POR PARTE DE PERSONAL DE LA FUNERARIA ES COMO DECIR QUE MI HIJO NUNCA FUE VELADO ALLI Y COMO NO SE ACEPTO EL TERRENO EN EL PANTEON QUE SE NOS "REGALABA" Y UTILIZAR UN TERRENO PROMIO PARA LA CEPULTURA NO HAY REGISTRO DE ABSOLUTAMENTE NADA. ES EL MISMO A22 QUIEN NOS OFRECE ATENCION PSICOLOGICA A PADRE Y MADRE Y CUALQUIER OTRO FAMILIAR QUE LO REQUIERA DENTRO DE LA UNIDAD DE JURISDICCION SANITARIA DE TORREON YA QUE A LA SRA T3 Y tL SR. Q2 ABUELA PATERNA Y PADRE DEL BEBE LES RECONOCE EL DAÑO QUE SE NOS OCACIONO CON TAL NEGLIGENCIA. EN TALES SESIONES PSICOLOGICAS IMPARTIDAS POR LA A24 ELLA MISMA RECONOCE DE IGUAL MANERA QUE "FUE EL PERSONAL DE LA INSTITUCION PARA LA QUE ELLA TRABAJA Y REPRESENTA EL UNICO Y VERDADERO RESPONSABLE DE LA ATENCION QUE ME FUE BRINDADA Y LA NEGLIGENCIA DE LA QUE MI HIJO FUE VICTIMA Y QUE POR TAL RAZON NUNCA HABRIA FORMA DE PAGAR TAL DAÑO NI CON TERAPIA PSICOLOGICA PODRIAMOS SUPERAR LO SUCEDIDO, NI SIQUIERA EL HABER CUBIERTO LOS GASTOS FUNERARIOS", AL DEJAR DE ASISTIR A LAS SESIONES PSICOLOGICAS LA SRA T3 RECIBE LA LLAMADA DE LA A24 PARA CUESTIONAR MI AUSENCIA POSTERIOR A ESO NO SE TUBO NINGUN OTRO CONTACTO CON LA DRA.

EN CONCLUSION HAGO DE SU CONOCIMIENTO Y MUESTRO LA INCONFORMIDAD A LO PLANTEADO POR SU PARTE Y LA DE LOS INVOLUCRADOS EN LO SUCEDIDO Y POR ESTE MISMO CONDUCTO SOLICITO UN PERITAJE MEDICO OBTIAMENTE QUE SEA REALIZADO





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

POR UN MEDICO AJENO ENTERAMENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE TORREON O BIEN PERTENECIENTE A ALGUN COMITÉ INTERNO DE LA SECRETARIA DE SALUD, HOSPITAL GENERAL DE TORREON Y / O JURISDICCION SANITARIA, COMO LA PARTICIPACION DE LAS PERSONAS ANTES MENCIONADAS QUE POR MI PARTE ESTUVIERON PRESENTES Y EN CONTACTO CON LOS MEDICOS TRATANTES TANTO DE MI PERSONA COMO DE MI HIJO CON SU TESTIMONIO. Y NUEVAMENTE SOLICITO QUE ME SEA ENTREGADO UN REPORTE QUE, DE MANERA CLARA Y ENTENDIBLE A MI PERSONA AJENA A CONOCIMIENTOS DE TERMINOS MEDICOS, CON ANTICIPACION A LA PARTICIPACION DEL MEDICO QUE SE ENCARGUE DE REALIZAR EL PERITAJE.....”

4.- Acta circunstanciada de 28 de enero de 2014, levantada por personal de la Segunda Visitaduría Regional de esta Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, con residencia en la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, relativa a la inspección realizada en la averiguación previa LI-HI----/2013, instruida en contra del A5 y quien resulte responsable, por la comisión del delito de homicidio culposo, ante el Agente del Ministerio Público de Delitos Contra la Vida y la Salud Personal, Mesa I, de la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, que textualmente refiere lo siguiente:

".....me constituí en la oficina de la Agencia Investigadora del Ministerio Público de Delitos contra la Vida y la Salud Personal de la Mesa I, a fin de llevar a cabo una inspección en la averiguación previa L1-H1----/2013, siendo atendido por el A25, titular de dicha representación social, a quien le hago de su conocimiento el motivo de mi presencia, señalando que recibió el oficio número SV----/2013, el día 24 de los corrientes, a través del cual se solicita permita la práctica de dicha diligencia, y que está de acuerdo en permitirme llevar a cabo la misma, por lo que una vez que se me facilita la indagatoria en cita, hago constar que existen las siguientes diligencias: 1.- Denuncia penal por comparecencia presentada por la señora Q, el día 6 de noviembre del año anterior, en contra del médico A5, y en contra de quien resulte responsable de la comisión del delito de homicidio culposo. 2.- Acuerdo de inicio con orden de investigación de la misma fecha, emitido por dicho representante social. 3.- Oficio número ---/2013, de fecha 6 de





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

noviembre del año anterior, dirigido al Director del Hospital General de esta ciudad, mediante el cual se solicitan copias del expediente clínico que se originó con motivo de la atención médica brindada a la quejosa. 4 - Oficio número ---/2013, de la misma fecha, dirigido al C. Agente "A" de la Policía Investigadora del Estado, a fin de que se avoquen a las investigaciones correspondientes. 5.- Declaración testimonial del señor Q2, rendida el día 12 de noviembre del año anterior, quien dijo ser el padre del menor RN, quien resultara fallecido. 6.-Declaración Testimonial de la señora T2, de la misma fecha, quien señaló ser madre de la ofendida. 7.- Declaración ministerial del señor A5, rendida el día 21 de enero del año en curso, en la cual se reservó su derecho de rendir su declaración. Se hace constar que durante la misma se recabó su media filiación. Siendo todas las diligencias que se encontraron, haciéndose constar que el expediente no estaba foliado. Acto seguido, le pido al A25 que si es posible me proporcione copias simples de algunas diligencias, ya que en el oficio de comisión que se presentó, así se solicitó, señalando que no es posible acceder a proporcionarlas, ya que el artículo 86 de la Ley de Procuración de Justicia para el Estado de Coahuila de Zaragoza lo prohíbe, y que sin embargo, sí se las puede proporcionar a la ofendida, por lo que sugiere que este Organismo se coordine con ella para que las solicite y se las haga llegar. Agrega que hasta el momento no obra en el expediente ningún certificado o dictamen, pero que a la brevedad posible va a emitir un acuerdo para solicitar que se designe un perito médico y elabore un dictamen que permita determinar la posible comisión del delito que se reclama, y tomar las medidas correspondientes, lo que se hace constar, concluyendo....”

5.- Acta circunstanciada de 11 de febrero de 2014, levantada por personal de la Segunda Visitaduría Regional de esta Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, con residencia en la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, relativa a la comparecencia de la quejosa, a efecto de realizar manifestaciones y exhibir documentos concernientes a los hechos de su queja, diligencia la cual refiere textualmente lo siguiente:

"....Toda vez no nada más es responsabilidad del médico ginecólogo que me atendió, sino que también es responsabilidad de las autoridades del Hospital General y de los que





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

debieron haber intervenido, ya que entre a las dos horas del veintinueve de junio del año dos mil trece a la sala de expulsión en el Hospital General de Torreón, y estuve casi doce horas en trabajo de parte, ya que el bebe nació a las trece horas con treinta y cuatro minutos de ese mismo día, y en el momento en que nació no se encontraba pediatra alguna, ya que solamente se encontraba un Médico Internista de posgrado que es el A6, tan es así que no hubo pediatra, que el médico Ginecólogo, A5, en el momento de rendir su declaración ministerial por escrito ante la agencia del ministerio Publico de Delitos contra la Vida y la Salud Personal mesa I, manifestó que no se encontraba pediatra alguno al momento de mi parto, con lo que confirma lo que manifestó en ese sentido. Así mismo, quiero señalar que en todo el tiempo que duro mi embarazo, me estuve atendiendo en el Hospital General, y cuando estaba en la semana 28 de mi embarazo, tenía problemas de parto prematuro y fui hospitalizada y atendida por el mismo A5, quien conocía los antecedentes, é inclusive le manifesté tanto a él como a otros doctores que estaban atendiendo ahí, que mi madre y hermana habían tenido dos partos prematuros, por lo que si había riesgo de problemas en el momento de parto, hubiera sido importante que aplicara otro método para el nacimiento, pues todo el embarazo fue de alto riesgo, ya que siempre tuve contracciones, dolor de cintura y eso sabían los doctores, además me habían aplicado en la semana veintisiete un medicamento para madurar los pulmones del bebe, por si acaso se anticipaba su nacimiento, esto fue en el Hospital Universitario, pero lo hice del conocimiento a los doctores del Hospital General en el momento en que fui internada. Además, en las doce horas que estuve en la sala de expulsión me aplicaban medicamento para provocar dilatación, lo cual no sucedió, y si mi embarazo siempre fue de alto riesgo, no entiendo el motivo por el cual el Doctor no sugirió que se me realizara una cesarí. Así mismo, quiero señalar que mientras mi hijo estuvo en el área de neonatos, en ningún momento hubo algún médico responsable que me estuviera informando la situación de mi hijo, sin que fue hasta el día dos de julio en que acudí a la Dirección y me atendió el Subdirector de apellido A11, quien se comprometió a que el informe diario sobre la situación de mi hijo me lo diera un pediatra, y fue el A10 quien me dijo que m hijo estaba muy mal, ya que días antes había presentado insuficiencia renal, lo cual no me habían dicho, y posteriormente el A10 me recomendó que me acercara con el A12, que es el secretario de salud, que estaba en ese momento ahí, por lo que me





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

acerque y le entregue por escrito y le platique toda la situación, y se comprometió a que me informaran constantemente sobre el estado de salud, y ese mismo día a las dieciséis horas, el A13, pediatra en turno, me informo que ya medicamente habían hecho todo, que m hijo estaba muy mal, que podía bautizarlo lo cual hice a las diecisiete horas, y a las dieciocho horas falleció y dicho Doctor nos aviso que ya había fallecido, pero antes de que falleciera el A12 le dijo a la abuela paterna de mi hijo que había sido sacrificado, no entiendo porque lo haya dicho. Por ultimo deseo señalar que l autoridad al rendir su informe, se contradice toda vez que el Ginecólogo A5 informa en las notas de atención al parto lo siguiente: "... CABE HACER MENCION QUE NO HUBO SUFRIMIENTO FETAL YA UN SIGNO INDICATIVO SERIA LA PRESENCIA DE MECONIO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y EN LA EXPULSION DE EL PRODUCTO Y ESTE NUNCA EXISTIO..." Y en el día dos de julio sobre la defunción, señala DIAGNOSTICO DE INGRESO: SUFRIMIENTO FETAL AGUDO, APNEA SECUNDARIA RECUPERADA SINDROME DE ADAPTACION PULMONAR. ENCEFALOPATIA HIPOXICOISQUEMICA DIAGNOSTCO DE EGRESO SUFRIMIENTO FETAL AGUDO. APNEA SECUNDARIA RECUPERADA. SINDROME DE ADAPTACION PULMONAR. NEOUMONIA ENCEFALOTAPIA, HIPOXIOISQUEMICA... "Así mismo, en el certificado de defunción se establece como causas de muerte síndrome de dificultad respiratoria, neumonía, apnea secundaria. Además en el informe rendido ante esta Comisión, señala la autoridad que existió ausencia de datos de sufrimiento fetal, se procedió a la inducción del trabajo de parto y posteriormente al parto, se le brindo la atención médica requerida. De igual manera entrego a esta Comisión copias fotostáticas de recetas medicas y consultas, así como el registro del nacimiento del bebe, las cuales obran en quince fojas, a fin de que se agreguen al expediente iniciado con motivo de mi queja....."

6.- Dictamen de Medicina Forense emitido por el A26, perito profesional en medicina de la Procuraduría General de la República, Delegación Estatal Coahuila, de 17 de marzo del 2014, en el que textualmente refiere lo siguiente:

".....DICTAMEN





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer” **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Elaborar un dictamen respecto del expediente clínico sobre la atención brindada a la quejosa Q, en fecha 28 de junio del 2013, en el Hospital General de esta ciudad a efecto de que se determine si hubo MALA PRÁCTICA médica por parte de los s. públicos de dicho nosocomio.

METODO DE ESTUDIO

Se aplicará el método analítico deductivo y descripción de circunstancias, en el cual se describen y consideran todos los hechos relevantes se giran en torno de la eventualidad, para que posterior al análisis científico de los mismos, encontrar una verdad objetiva y estar en posibilidades de emitir una conclusión.

MATERIAL DE ESTUDIO

- 1. Narrativa de hechos de fecha 16 de julio de 2013, presentada ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos por la C. Q.*
- 2. Expediente médico social expedido por el Hospital General de la Secretaría de Salud, de la ciudad de Torreón, Coahuila a favor de la C. Q.*
- 3. Literatura médica y médico-legal, relativa al objeto de la prueba.*

REVISIÓN

ANTECEDENTES

- 1. Tengo a la vista narrativa de hechos 16 de julio del 2013, presentada ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, por la C. Q, de la cual se desprende los siguientes datos de importancia para el objeto de la prueba.*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

...

2. Así mismo tengo a la vista expediente médico social expedido por el Hospital General de la Secretaría de Salud, de la ciudad de Torreón, Coahuila a favor de la C. Q, en el cual se encuentran las siguientes notas médicas de importancia para el objeto de la prueba.

...

CONSIDERACIONES MÉDICO TÉCNICAS

Norma Oficial Mexicana NOM-007.SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

...

INTRODUCCIÓN

...

CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES

1.- Responsabilidad Médica.

Definición de Responsabilidad.

Etimología: Del latín respondeo-dere, responder, contestar de palabra o por escrito. Estar colocado en frente o en la parte opuesta. Reclamar, comparecer.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Concepto: Es la calidad o condición de responsable y la obligación de reparar y satisfacer por sí mismo o por otro, toda pérdida, daño o perjuicio que se hubiera ocasionado; ello implica aceptar las consecuencias de un acto realizado con capacidad (discernimiento), voluntad (intención) y dentro de un marco de libertad.

Elementos de Responsabilidad.

- a. Acción (u omisión) voluntaria (o involuntaria) productora de un resultado dañoso.*
- b. Antijuridicidad: Desde el acto ilícito hasta el incumplimiento contractual o la violación de una obligación.*

Responsabilidad Profesional.

Cuando el profesional por dolo, imprudencia, negligencia, etc. Ocasiona un daño en la persona que ha requerido sus servicios. La Responsabilidad del Médico se inicia con el Juramento (de la Declaración de Ginebra, 1948) de un buen desempeño de la profesión y desde la inscripción en el colegio Profesional (C.M.P) en relación con el cliente (paciente) que es de naturaleza contractual; existiendo deberes comunes para la mayoría de profesiones, como son: Deber de Lealtad, Secreto Profesional e Indemnización del daño que hubiera ocasionado. La responsabilidad médica es una variedad de la responsabilidad profesional.

Responsabilidad Jurídica.

Es la obligación de las personas imputables de dar cuenta ante la justicia de los actos realizados contrarios a la ley y sufrir las consecuencias legales.

Responsabilidad Médica.

- a. Definición: Es la obligación de los médicos, de dar cuenta ante la sociedad por los actos realizados en la práctica profesional, cuya naturaleza y resultados sean*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

contrarios a sus deberes, por incumplimiento de los medios y/o cuidados adecuados en la asistencia del paciente; pudiendo adquirir a veces, relevancia jurídica.

b. Medios:

Defectuoso examen del paciente.

Errores groseros de diagnóstico y tratamiento.

Daños causados por uso indebido (o en mal estado) de objetos (aparatos e instrumental) y medicamentos.

Omisión de pautas esenciales para el diagnóstico de una enfermedad.

Falta de control hacia los auxiliares del médico y los daños que los mismos puedan culposamente ocasionar.

Tipos de Responsabilidad Médica.

Del acuerdo al fuero:

a. Responsabilidad Civil: Deriva de la obligación de reparar económicamente los daños ocasionados a la víctima.

b. Responsabilidad penal: Surge del interés del Estado y de los particulares, interesados en sostener la armonía jurídica y el orden público; por lo que las sanciones (penas) son las que impone el Código penal (prisión, reclusión, multa, inhabilitación).

De acuerdo a la Técnica Jurídica:

a. Responsabilidad Objetiva: Es la que surge del resultado dañoso, no esperado, que el accionar del médico puede provocar, independientemente de la culpa que le cabe.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

- b. *Responsabilidad Subjetiva: Es la que surge de la subjetividad del médico, puesta al servicio de una determinada acción penada por Ley, (por ejemplo abortos, certificados falsos, violación del secreto profesional)*
- c. *Responsabilidad Contractual: Es la que surge de un contrato, que no necesariamente debe ser escrito (puede ser tácito o consensual) cuyo incumplimiento puede dar lugar a la acción legal.*
- d. *Responsabilidad Extracontractual: Es la que no surge de contrato previo. Se le conoce como Aquiliana (Lex Aquilia). Su aplicación en el campo medico es excepcional (por ejemplo asistencia médica inconsulta por estado de inconsciencia o desmayo, alienación mental, accidente, shock).*

En otras palabras: La responsabilidad Medica significa la obligación que tiene el medico de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios, dentro de ciertos límites y cometidos en el ejercicio de su profesión. Es decir, el medico que en el curso del tratamiento ocasiona por culpa un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene su presupuesto en los principios generales de la Responsabilidad; según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona.

Culpa Médica.

Definición.- Es una infracción a una obligación preexistente fijada por ley o por el contrato.

Delimitación.- Según Maynz:

- a. **Dolo:** *Hay intención deliberada, es decir, cuando la previsión del resultado como seguro, no detiene al autor. Por ejemplo: Aborto, Certificado falso. La Responsabilidad es plena.*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

- b. **Culpa:** Falta necesariamente la intención de dañar, pero hay una negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia, que produce perjuicio a otro o que frustra el incumplimiento de una obligación, y debe ser imputada a quien la causa.
- c. **Caso Fortuito:** Los hechos son extraños al hombre, ocurren por azar, es una consecuencia extraordinaria o excepcional de la acción. El médico no ha previsto el resultado porque este no era previsible, por lo tanto no puede serle imputado.

'El no haber previsto la consecuencia dañina separa a la culpa del dolo, el no haberla podido prever separa el caso fortuito de la culpa'

Tipos.-

- a. **Culpa Inconsciente:** Es la falta de previsión de un resultado típicamente antijurídico, que pudo y debió haberse previsto al actuar (ha obrado con negligencia o imprudencia pero no imaginándose el resultado delictuoso de su acción).
- b. **Culpa Consiente:** Es la previsión de un resultado típicamente antijurídico pero que se confía evitar, obrando en consecuencia (es decir, prevee el resultado de su acto pero confía en que no ha de producirse; la esperanza de que el hecho no ocurrirá, la diferencia del DOLO)
- c. **Culpa Profesional:** Es cuando se han contravenido las reglas propias de una actividad, o sea hubo falta de idoneidad, imprudencia o negligencia.
- d. **Culpa Medica:** Es una especie de culpa profesional,

FORMAS DE CULPA MÉDICA.

IMPERICIA.

Del latín **IN:** privativo, sin; y **PERITIA:** Pericia. Es la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio o habilidad en el ejercicio de la medicina.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Es decir, es la carencia de conocimientos mínimos o básicos necesarios para el correcto desempeño de la profesión médica.

IMPRUDENCIA.

De latin IN: Privativo, sin y PRUDENTIA: prudencia. Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones; es decir, es la carencia de templanza o moderación. O también, la conducta contraria a la que el buen sentido aconseja, emprender actos inusitados fuera de lo corriente, hacer más de lo debido; es o implica una conducta peligrosa. Es la violación activa de las normas de cuidado o cautela que establece la prudencia, actuando sin cordura, moderación, discernimiento, sensatez o buen juicio.

En el sentido estricto se identifica con el conocimiento práctico por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto médico (experiencia, comprensión del caso y claridad)

NEGLIGENCIA

Del latin NEGLIGO: descuido y NEC- LEGO: dejo pasar. Es el descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. Es no guardar la precaución necesaria o tener indiferencia por el acto que se realiza. La negligencia es sinónimo de descuido y omisión. Es la forma pasiva de la imprudencia y comprenden el olvido de las precauciones impuestas por la prudencia, cuya observación hubiera prevenido el daño.

INOBSERVANCIA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.

Es una forma de acción culposa que se configura cuando, existiendo una exigencia u orden verbal o escrita, dispuesta con fines de prevención de un daño y ordenado por un superior responsable, el subalterno no le da cumplimiento, generando un daño al





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

paciente. Puede circunscribirse a la esfera administrativa si no ocasiona daño al paciente Medicina Forense y Deontología Médica. Eduardo Vargas Alvarado.

ANÁLISIS MÉDICO LEGAL.

En el siguiente apartado, se analizarán, los aspectos más importantes y relevantes al objeto de la pericia, administrando los elementos positivos que se desprenden de los documentos que para tal efecto se pusieron a la vista del suscrito, con los conocimientos que del estudio de los documentos bibliográficos, así como la experiencia del suscrito, como médico perito profesional y las cuales servirán de sustento para las conclusiones finales del presente trabajo pericial.

1.- Es importante considerar a fin de establecer una opinión fundada aspectos físico y etiopatogénicos de la eventualidad. De acuerdo a la literatura revisada, así como a los datos que se desprenden del expediente médico-social así como extrajudicial, puestos a la vista del suscrito, se pueden establecer que la atención médica inicial llevada a cabo por el A3 (médico Gineco-obstetra) en la persona de la C. Q fue la relativa a la atención y valoración inicial del embarazo que posterior a la valoración médica se estableció que era de 40.3 semanas de gestación para lo cual dicho facultativo la ingresa a hospital con el objetivo de la atención del mismo y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal según indicaciones médicas de dicha valoración, para lo cual fue ingresada en dicho nosocomio, no encontrado en el estudio de las notas médicas comentario alguno con respecto a la referencia en la queja presentada por la C. Q alteración alguna en cuanto a la frecuencia cardíaca del producto de la concepción, por lo que de acuerdo a notas médicas se le dio tratamiento del trabajo de parto conforme a lo que se considera un parto eutócico (sin complicaciones en torno al binomio de la concepción) entendiendo al expediente clínico como el medio de comunicación con que se cuenta en un ente hospitalario en el cual se resguarda toda la información relativa a la salud de un paciente y que es importante para dar continuidad al tratamiento de la misma por parte del





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

diverso personal médico que acuda al acto médico, y reiterando que del estudio de la diversos notas médicas que obran en el mismo no se desprenden alteraciones en la frecuencia cardíaca del producto de la concepción, no es posible inferir que estas existieran, asimismo es importante resaltar que se trataba de acuerdo a la dilatación uterina que se consigna así como longitud del útero que se trataba de un trabajo de parto inicial.

Relativo a la inducto-conducción del trabajo de parto referido anteriormente, instaurando por el personal del servicio de Gineco-obstetricia y consistente este en la administración de oxitocina por vía intravenosa adminiculado con la administración de misoprostol via oral y vaginal, de acuerdo a la literatura médica reseñada en el apartado correspondiente no existió contraindicación medica en que esta se llevara a cabo, por lo que con el monitoreo adecuado no existe contraindicación alguna para esto, es importante mencionar que en la estancia de la C. Q en el área de tococirugia del Hospital General y relativo a la evolución del trabajo de parto fue regular en tiempo y forma, no considerando por parte del suscrito que hubiera alguna alteración que motivara en los médicos tratantes la posibilidad terapéutica de desembrarazo diferente al vaginal, ya que la única eventualidad que hubiese motivado la valoración médica de lo anterior seria precisamente la variación en la frecuencia cardíaca del producto de la concepción, lo que de acuerdo a lo que obra en autos no ocurrió en momento alguno, es importante asimismo mencionar que la asistencia del trabajo de parto en su periodo expulsivo no inobservo los reglamentos médicos que prevalecen en la normativa de las instituciones de salud, que expresan la necesidad de que la realización de las destrezas relativas a la atención del parto corra a cargo del personal médico becario asistido en todo momento por médicos adscritos a la institución, lo que de acuerdo a los documentos legales y médico-legales que fueron puestos a la vista del suscrito, ocurrió así.

Es importante mencionar el desacuerdo con el diagnostico etiológico relativo a la depresión respiratoria y atonía muscular que presento el producto de la concepción al momento de su nacimiento de acuerdo a los documentos que obran en autos esta depresión respiratoria fue debida a un sufrimiento fetal aguda, por periodo expulsivo





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

prolongado, considerando al anterior como infundado ya que no expresa el tiempo del periodo expulsivo, así como tampoco expresa lo concerniente a las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal que en un sufrimiento fetal agudo por periodo expulsivo prolongado son condición signología sin- ecua non para establecer dicho diagnóstico.

Relativo a la misma atención del recién nacido en la sala de expulsión una vez que este es expulsado a través del canal de parto es importante mencionar que aplicando una lógica deductiva al estudio de los documentos legales (escrito de la quejosa) y medico-legales (expediente clínico) la atención del recién nacido fue llevada a cabo únicamente por personal médico en adiestramiento (médico interno de pregrado, A6) lo que contraviene la normativa establecida por los diversos ordenamientos relativos a la materia, que expresan la necesidad que todos los procedimientos diagnóstico y terapéuticos realizados por personal médico en adiestramiento tengan que ser supervisados en forma directa y continua por personal médico adscrito a la institución de que se trate, considerando el cumplimiento de lo anterior imperativo tratándose que el producto de la concepción del caso que nos ocupa no tuvo respiración espontánea al momento de su nacimiento, es decir, se trató de un producto con problemas médicos graves, lo que aunado al manejo inexperto que prevalece en un médico interno de pregrado agravo aún más el estado de salud del mismo. Así mismo, es importante mencionar que la valoración del estado de salud del mismo y por lo tanto instalación de tratamiento médico de acuerdo a lo que obra en autos ocurrió cuando menos una hora posterior a su nacimiento prevaleciendo en el mismo el proceso condicionante de hipoxia cerebral con las consecuencias en la salud reseñadas en el expediente médico y que finalmente produjeron la muerte biológica en el producto de la concepción.

Es menester además comentar la deficiencia de medios diagnósticos y terapéuticos que de acuerdo a los documentos estudiados prevalece en el medio hospitalario de que se trata, para manejar adecuadamente a los productos con patología al nacimiento, como el caso en que nos ocupa, produciendo en el mismo la incapacidad para arribar no sólo a un diagnóstico causal de la depresión respiratoria con la que nació el producto la concepción





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

de la C. Q, sino también a un diagnóstico topográfico y que en vida produjo síndrome convulsivo, limitando a los facultativos tratantes a indicar únicamente medidas terapéuticas signo lógicas (anticonvulsivantes y otros); cabe hacer mención además que de acuerdo a las notas medicas relativas a la atención del recién nacido por parte del servicio de neonatología, las valoraciones al mismo ocurren con intervalos de cuando menos seis horas, lo que de acuerdo a criterio del suscrito no ocurren con la diligencia que deberían ser tratándose de la patología que motivo el ingreso del recién nacido a dicho departamento, asimismo es importante resaltar la falta de diligencia en cuanto al manejo médico de la eventualidad de que se trató y que es incomprensible que habiendo diagnosticado por medio de estudio radiográfico una patología pulmonar así como también por medios clínicos un problema encefalopático cerebral, hayan transcurrido más de cuarenta y ocho horas a fin que se realizara un estudio gasométrico el cual tuvo como resultado un grave deterioro en el estado acido-base del recién nacido y también es sorprendente que en nota medica alguna se haya comentado la necesidad de someter al recién nacido a un estudio tomográfico cerebral a fin de valorar al estado orgánico a ese nivel y establecer un posible daño topográfico, a fin de en forma correspondiente, instaurar en un proceso terapéutico o limitador del daño, solicitando lacónicamente a solicitar un estudio ultrasonografico de fontanelas, sin verificar la realización del mismo, llamando la atención que una de las notas de valoración se menciona que no se puede trasladar por estado de gravedad de recién nacido, pero contradictoriamente el recién nacido de acuerdo a notas e indicaciones médicas tenía mínimas médicas y generales para el manejo de encefalopatía anoxoishémica, edema cerebral y/o neuroprotección, resaltando el hecho de que a pesar de que cursó durante toda su estancia con frecuencia respiratoria por arriba de cincuenta respiraciones por minuto, que en ocasiones llegaron hasta setenta respiraciones por minuto, no es sino hasta el día 02 de julio del 2013, horas antes de que falleciera, que se diagnostica la alteración en el estado acido base del recién nacido, y a pesar de que se ha diagnosticado clínicamente con dos días de anticipación la dificultad respiratoria, no es sino hasta el mismo día dos en que se procede a intubar oro traquealmente al recién nacido y proporcionarle los beneficios de la ventilo terapia, produciéndose en esas circunstancias, finalmente la muerte biológica del recién nacido el día 02 de julio del 2013.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

*Es importante acotar que observando la máxima deontológica expresada por diversos autores que el **MEDICO ES RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE MEDIOS EN LA ATENCION MEDICA DE SUS PACIENTES**, en el presente caso como bien se consigna no fueron utilizados todos los medios diagnósticos que la *lex artis* sugiere para el tratamiento de la eventualidad que el recién nacido de la C. Q presentó al momento de su nacimiento. Valgan los anteriores análisis para las conclusiones finales del presente trabajo pericial.*

En base a los anteriores análisis y acorde con lo que recomienda Eduardo Vargas Alvarado en su obra literaria Medicina Forense y Deontología Médica en el sentido de que en el informe del perito deben prevalecer tres objetivos: a) relación médico-paciente; b) falta del médico en sus deberes hacia el paciente (acto culposo), y c) relación de causalidad entre el acto médico culposo y el daño del paciente, y cumpliendo con el objeto de la prueba, es posible arribar a las conclusiones.

CONCLUSIONES

PRIMERA.-

a.- Existió relación médico-paciente de tipo indirecta, extracontractual, entre el personal médico del Hospital General de la ciudad de Torreón Coahuila y la C. Q, durante la atención médica de embarazo de termino, y atención del parto del mismo. Particularmente con el A5.

b.- Existió relación médico-paciente de tipo indirecta, extracontractual, entre el personal médico del servicio de pediatría, particularmente del área de neonatología sin estar en posibilidades de especificar al médico responsable del tratamiento, toda vez que no se desprende de los documentos médico legales y médicos estudiados; y el producto de la concepción de la C. Q, durante la atención médica de las eventualidades conocidas como





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

sufrimiento fetal agudo, Síndrome de Adaptación Pulmonar, Apnea Secundaria y encefalopatía isquémica.

SEGUNDA.-

1.- *Relativo a la atención médica proporcionada por los médicos referidos en el inciso 'a' de la conclusión primera del presente trabajo, se determina en forma fundada que **NO EXISTEN** elementos razonables de **MALA PRACTICA MEDICA** en su actuar, en ninguna de sus modalidades como lo son **IMPERICIA, IMPRUDENCIA, NEGLIGENCIA O INOBSERVANCIAS MEDICAS**, es decir la misma fue regular en tiempo y forma; y que el resultado de dicha relación médico-paciente, es **debido a un acto IATROGENICO** conceptualizando a esta como el grado de falibilidad que tiene un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, inherente a la patología que lo motiva, al procedimiento en sí a al método diagnóstico y ajeno a la mano del médico.*

2.-

a.- *Relativo a la atención médica proporcionada por los médicos referidos en el inciso 'a' de la conclusión primera del presente trabajo, se determina en forma fundada que **NO EXISTEN** elementos razonables de **MALA PRACTICA MEDICA** en su actuar, en ninguna de sus modalidades como lo son **IMPERICIA, IMPRUDENCIA, NEGLIGENCIA O INOBSERVANCIAS MEDICAS**, es decir, la misma fue regular en tiempo y forma; y que el resultado de dicha relación médico-paciente, es **debido a un acto IATROGENICO** conceptualizando a esta como el grado de falibilidad que tiene un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, inherente a la patología que lo motiva, al procedimiento diagnóstico y ajeno a la mano del médico.*

b.- *Relativo a la atención médica proporcionada por los médicos referidos en el inciso 'b' de la conclusión primera del presente trabajo, se determina en forma fundada que **SI EXISTEN** elementos razonables de **MALA PRACTICA MEDICA** en su actuar, en sus modalidades de **IMPERICIA**, al no mostrar capacidad técnica ni científica para tratar medicamente hablando las eventualidades médicas acontecidas en*





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

el producto de la concepción de la C. Q, reseñadas en la conclusión primera del presente trabajo; NEGLIGENCIA al omitir en forma inexcusable solicitar y verificar su debido cumplimiento en su caso, de los medios de diagnóstico necesarios para el debido tratamiento de eventualidades medicas acontecidas en el producto de la concepción de la C. Q, reseñadas en la conclusión primera del presente trabajo e INOBSERVANCIA MEDICA al no dar seguimiento a la normas técnicas para el debido tratamiento de las eventualidades medicas acontecidas en el producto de la concepción de la C. Q, reseñadas en la conclusión primera del presente trabajo .

3.- Existe **NEXO CAUSAL** entre las comisiones por omisión producidas entre las conductas reprochables, reseñadas en la conclusión precedente y descrita en el apartado correspondiente y el resultado del mismo, ya que dichas omisiones de cuidado, diligencia y observancia produjeron que la evolución medica del producto de la concepción de la C. Q, fuera hacia el deterioro general y posterior muerte biológica.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

Para la elaboración del presente dictamen, se procedió a revisar en forma analítica las notas médicas, así como las declaraciones ministeriales relativas e importantes al objeto de la prueba, para en forma adminiculada con la información que arroja la literatura médica y médico-legal relativa al objeto de la prueba así como con los conocimientos que poseo como perito dictaminador, me permitieron arribar a las conclusiones del mismo....”

Evidencias que se valorarán de forma individual y en su conjunto, en sana crítica y de acuerdo a los principios de la lógica y las máximas de la experiencia.

III.- SITUACIÓN JURÍDICA

La quejosa Q, fue objeto de violación al Derecho a la Protección a la Salud por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

modalidad de Negligencia Médica por parte del personal del Hospital General de Torreón de la Secretaría de Salud del Estado, en virtud de que el 29 de junio de 2013, personal de dicha institución hospitalaria le realizó un procedimiento quirúrgico consistente en parto, sin embargo, una vez realizado el alumbramiento y por circunstancias atribuibles al propio personal de la citada institución hospitalaria, las que se expondrán en el cuerpo de la presente Recomendación, se presentaron complicaciones en el recién nacido, las que no se atendieron con debida pericia, diligencia ni observancia médica, lo que trajo como consecuencia el fallecimiento del producto de la concepción y constituye una violación a sus derechos humanos.

El derecho a la protección de la salud se encuentra garantizado por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su párrafo tercero, a la letra dice:

“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.”

IV.- OBSERVACIONES

PRIMERA. Se entiende por derechos fundamentales, los consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo primero, así como 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.

SEGUNDA. La Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, es el organismo constitucional facultado para tutelar que sean reales y efectivos los derechos fundamentales de toda persona que se encuentre en el territorio coahuilense, por lo que en cumplimiento a tal encomienda, solicita tanto a las autoridades como a servidores públicos, den cabal cumplimiento a las disposiciones legales.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

TERCERA. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 102 inciso B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 19 y 20 fracciones I, III y IV de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, éste organismo público defensor de los derechos humanos es competente para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones que se imputen a autoridades y servidores públicos de carácter estatal y municipal.

CUARTA.- Para el análisis y estudio que se efectúa en el presente capítulo, es menester precisar los conceptos de violación que, de acuerdo a los hechos descritos en el capítulo correspondiente de la presente resolución, fueron actualizados por el personal médico del Hospital General de Torreón, cuya hipótesis prevista como trasgresión al derecho en mención implica la siguiente denotación:

Violación al Derecho a la Protección a la Salud por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su modalidad de Negligencia Médica, cuya denotación se describe a continuación:

- 1.- Cualquier acto u omisión en la prestación de servicios de salud,
- 2.- Realizada por un profesional de la ciencia médica que preste su servicios en una institución pública,
- 3.- Sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada,
- 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.

Este organismo constitucional autónomo, está convencido que los servidores públicos están obligados a hacer cumplir la ley, así como a observarla, para lo cual deberán realizar todas las actividades necesarias para ello, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los Tratados Internacionales suscritos y ratificados por México, y en las leyes y/o reglamentos aplicables.

Así las cosas, de las constancias de autos se acredita plenamente que servidores públicos del Hospital General de Torreón, violentaron los derechos humanos de la quejosa Q, al incurrir en





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

actos que causaron tanto daño moral como económico por haber existido negligencia médica en la prestación de servicios de salud hacia la quejosa, lo anterior en atención a lo siguiente:

La quejosa Q señaló en su escrito de queja que el 28 de junio de 2013, acudió a consulta a la Unidad Médica del Centro de Salud de la colonia Las Luisas de la ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza, a efecto de que le realizaran un chequeo ginecológico, diciéndole el médico que presentaba sangrado vaginal y una dilatación de tres centímetros, por lo que le diagnosticaron labor de parto, pero también encontró el médico que la frecuencia cardiaca del producto era baja y tenían que estarla monitoreando, recomendándole acudir al Hospital General de aquella ciudad, por lo que la quejosa acudió a dicho nosocomio a las 18:30 horas de ese mismo día, donde fue atendida hasta las 23:15 horas por el Doctor de apellido A2, quien solicita la presencia del ginecólogo A3, el cual solicita que la pasen a urgencias y “la preparen”, trasladándola al área de expulsión a las dos horas del día siguiente, 29 de junio de 2013, permaneciendo en una camilla en el exterior, donde se dio cuenta que los médicos practicantes no llevan cuidado con la higiene. Continuó exponiendo que un médico practicante le colocó un fetómetro para monitorear la frecuencia cardiaca a un volumen excesivo, pues los médicos no se quedaron en la sala de expulsión, dándose cuenta la quejosa que la frecuencia cardiaca del producto oscilaba entre los 110 y las 170 pulsaciones. Asimismo, añadió que a las 07:00 horas del 29 de junio de 2013 se presentaron algunos practicantes junto con el ginecólogo, A5, quien no tomó en cuenta un comentario que le hizo uno de los practicantes sobre la variación de la frecuencia cardiaca que se había registrado y a las 09:00 horas del mismo día, el ginecólogo le solicita que compre un medicamento ya que el hospital no lo tiene, y después de aplicárselo “a chorro”, aproximadamente a las 12:00 horas, la quejosa comenzó con contracciones, por lo que la pasan a quirófano, pero antes un médico practicante se burló de ella porque sintió su brazo adormecido, y al estar en quirófano se dio cuenta que sería atendida por médicos practicantes, notando que la encargada de su atención carecía de pericia para conducir el parto, además de que al solicitar la doctora unos utensilios que requería, se percató que los mismos no se encontraban en el quirófano, llegando el ginecólogo para apoyar la labor de parto, obteniendo un producto único el cual no respiró al nacer. Refirió la reclamante que al quirófano llegó el A7, de Neonatología, quien checó al bebe y le dijo que éste no había respirado al nacer, y que era necesario que lo trasladaran a otro hospital para su atención, pero no lo hicieron porque en





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

ningún hospital había lugar para que lo recibieran, por lo que lo pasaron al área de neonatos pero a la quejosa no le informaron de esto, siendo dada de alta el 30 de junio de 2013 a las 12:00 horas pero su hijo falleció después de las 18:00 horas del 2 de julio de 2013.

Por su parte, el Director Interino del Hospital General de Torreón, adjuntó un dictamen médico en materia de responsabilidad profesional, emitido por el Médico y Licenciado en Derecho A21, cuyo objeto era determinar si la conducta médica desplegada por el médico responsable de la atención a la quejosa estuvo apegada a lo establecido por la normatividad médico legal y a lo establecido por la lex artis de la medicina, así como si existieron elementos de responsabilidad profesional, dictamen que concluyó que la conducta observada estuvo apegada a la normatividad y lex artis, ya que la atención del parto de la quejosa fue la adecuada durante su intervención, durante el inicio, desarrollo y término del trabajo de parto y que no existieron elementos de responsabilidad profesional como lo son impericia, imprudencia o negligencia, por conducirse con estricto apego a lo establecido por la lex artis de la medicina.

En atención a que en la queja expuesta se involucraron cuestiones, aspectos y circunstancias especiales sobre el arte de la medicina, esta Comisión de los Derechos Humanos solicitó al Delegado de la Procuraduría General de la República en el Estado de Coahuila, el apoyo para que uno de los peritos médicos adscritos a dicha institución, realizara un dictamen en relación con los hechos reclamados por la quejosa, asignándose el dictamen al A26, Perito Profesional en Medicina adscrito a la Procuraduría General de la República, Delegación Coahuila, quien el 17 de marzo de 2014 rindió su dictamen, profesionista que determinó, en su Conclusión Segunda.- punto 1.- y 2.- a.-, lo siguiente:

1.- Que en lo relativo a la atención médica proporcionada por los médicos del Hospital General de Torreón a la C. Q, durante la atención médica de embarazo de término, y atención del parto del mismo no existieron elementos razonables de mala práctica médica en su actuar, en ninguna de sus modalidades como lo son impericia, imprudencia, negligencia o inobservancias médicas, es decir, la atención fue regular en tiempo y forma.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

2.- Que en lo relativo a la atención médica proporcionada por los médicos del Hospital General de Torreón a la C. Q, durante la atención médica de embarazo de término, y atención del parto del mismo no existieron elementos razonables de mala práctica médica en su actuar, en ninguna de sus modalidades como lo son impericia, imprudencia, negligencia o inobservancias médicas, es decir, la atención fue regular en tiempo y forma.

3.- Que el resultado de la relación médico paciente analizada, se debió a un acto iatrogénico, conceptualizado éste como el grado de falibilidad que tiene un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, inherente a la patología que lo motiva, al procedimiento en sí o al método diagnóstico y ajeno a la mano del médico.

Por lo anterior, y ante la coincidencia de las conclusiones a que arribaron ambos peritos cuyos dictámenes obran en autos, los cuales fueron suficientemente fundados en los apartados correspondientes se determina que, en relación con la actuación de los profesionistas que intervinieron en la atención a la quejosa, por lo que se refiere a la atención médica de embarazo de término y atención de parto, no es procedente emitir Recomendación alguna, habida cuenta que no se acreditaron violaciones a los derechos humanos de la quejosa. Sin embargo, el A26, Perito Profesional en Medicina adscrito a la Procuraduría General de la República, Delegación Coahuila, en su Conclusión Segunda.- punto 2.- b.- y 3.- del dictamen emitido, determinó lo siguiente:

1.- Que en lo relativo a la atención médica proporcionada por los médicos del servicio de pediatría, particularmente del área de neonatología, derivado de la relación médico paciente de tipo indirecta que existió entre el personal médico del servicio de pediatría y el producto de la concepción de la quejosa, durante la atención médica de las eventualidades conocidas como sufrimiento fetal agudo, síndrome de adaptación pulmonar, apnea secundaria y encefalopatía isquémica si existieron elementos razonables de mala práctica médica en su actuar, en sus modalidades de:

a).- Impericia, al no mostrar capacidad técnica ni científica para tratar medicamento hablando de eventualidades médicas acontecidas en el producto de la concepción de la quejosa;





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

b).- Negligencia al omitir en forma inexcusable solicitar y verificar su debido cumplimiento en su caso, de los medios de diagnóstico necesarios para el debido tratamiento de las eventualidades médicas acontecidas en el producto de la concepción;

c).- Inobservancia médica al no dar seguimiento a las normas técnicas para el debido tratamiento de las eventualidades médicas acontecidas en el producto de la concepción;

d).- Que existió nexo causal entre las conductas reprochables y el resultado presentado, pues las omisiones de cuidado, diligencia y observancia produjeron que la evolución médica del producto de la concepción de la aquí quejosa, fuera hacia el deterioro general y posterior muerte biológica, lo anterior, debido a las siguientes circunstancias:

- Que una vez que el producto fue expulsado, la atención que recibió el nacido fue llevada a cabo únicamente por personal de adiestramiento (médico interno de pregrado A6) sin supervisión de personal médico adscrito a la institución;
- Al presentar el recién nacido problemas médicos graves, la valoración de su estado de salud y su tratamiento ocurrió una hora después de su nacimiento (14:00 horas);
- Hubo deficiencia de medios diagnósticos y terapéuticos, pues el personal fue incapaz de tratar la depresión respiratoria y el síndrome convulsivo aplicando únicamente anticonvulsivantes, es decir, solo aplacaban el problema más no lo atacaban;
- Por parte de neonatología, no se valoró al recién nacido con la frecuencia correcta pues el tiempo mínimo que debe transcurrir entre cada valoración debe ser en intervalos de 6 horas cuando menos, transcurrieron alrededor de 9, 12 y 11 horas entre cada valoración, pues según las notas de neonatos estas registran las 14:00, 23:00, 11:25 y 22:00 horas;
- Una vez que se le diagnosticó, por estudio radiográfico y medios clínicos, un problema pulmonar y encefalopático cerebral, transcurrieron 48 horas para realizarle un estudio gasométrico dando como resultado deterioro en el estado del recién nacido;





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

- En ninguna nota médica se indica la necesidad de someter al recién nacido a un estudio cerebral, a fin de valorar si existe daño y así limitarlo;
- El recién nacido tenía los cuidados mínimos para el manejo de una encefalopatía anoxo-isquémica, edema cerebral y/o de neuroprotección; y
- A pesar de que se le diagnosticó con dos días de anticipación la dificultad respiratoria, fue hasta el 2 de julio se procedió a intubarlo traquealmente y proporcionarle ventiloterapia.

Las conclusiones a que arribó el perito médico, derivan del análisis médico legal que llevó a cabo y que consta en el capítulo correspondiente de su dictamen, el cual ha quedado transcrito en el cuerpo de la presente Recomendación, las cuales se corroboran con la copia simple del acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Materna Perinatal del Hospital General Torreón, mismo que se reunió el 9 de julio de 2013, para analizar la evolución del trabajo de parto de la paciente C. Q, Expediente Clínico X y el manejo y la evolución del recién nacido RN, Expediente Clínico X, reunión en la que llegaron, relativas al punto que se analiza referente a la atención médica brindada al producto de la concepción, a las siguientes conclusiones:

1.- Que el expediente clínico no se registra la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal en las últimas dos horas del trabajo de parto;

2.- Que el expediente clínico no documentada las cifras de glucemia de la paciente, por lo que se considera glicemia e hidratación de la paciente.

3.- Que los dos anteriores factores fueron determinantes para que el producto obtuviera deterioro en su salud.

4.- Que el producto de la concepción, cursó hipoxia-asfixia adquirida en útero que lo condiciona apnea secundaria por lo que se somete a maniobras de reanimación neonatal no detalladas en el expediente clínico X.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

5.- Que la hipoxia-asfixia fue condicionante de encefalopatía y daño orgánico documentado a nivel miocardio y renal.

6.- Que después de las 24 horas de vida extrauterina requirió ventilación mecánica y empleo de ánimas, sin embargo el problema no queda resuelto y ocurre el fallecimiento el 2 de julio a las 18:30 pm.

Como puede valorarse, de acuerdo a los principios de la lógica y máximas de la experiencia y así advertirse en el acta de sesión del Comité de Mortalidad Materna Perinatal, antes referida, el que no se registrara ni documentara la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal en las últimas dos horas del trabajo de parto ni las cifras de glucemia de la paciente, fueron factores determinantes para que el producto obtuviera deterioro en su salud, el cual fue sometido a maniobras de reanimación neonatal, mismas que no se precisaron en el expediente clínico, derivado de un padecimiento en útero, lo que fue condicionante de encefalopatía y daño orgánico documentado a nivel de miocardio y renal, sin que se resolviera problema presentado no obstante ventilación mecánica y empleo de ánimas, para finalmente presentarse el fallecimiento del producto.

De las anteriores circunstancias, el dictamen que exhibió el Director Interino del Hospital General de Torreón, solamente hace referencia a que la revisión de la frecuencia cardiaca fetal se realizó hasta las 12:00 horas del 29 de junio de 2013, circunstancia que corrobora el hecho de que en el expediente clínico no se registró la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal en las últimas dos horas del trabajo de parto, según se precisó en el acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Materna Perinatal del Hospital General Torreón, de 9 de julio de 2013, anteriormente referida, precisando que el referido dictamen no precisa ni se advierte que se haya revisado la frecuencia cardiaca fetal a las 12:30, 13:00 y 13:30 horas además de cuando ya había nacido y, como se dijo, valida la circunstancia de que no se registró su frecuencia cardiaca en las últimas dos horas de trabajo de parto. Por lo anterior, se estima que la atención médica brindada al hijo recién nacido de la quejosa, vulnera su derecho a la protección de la salud, el cual está





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

consagrado en el artículo 4º de la Constitución General de la República, en su párrafo tercero, en los siguientes términos:

"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."

No pasa desapercibido para este Organismo que, como se señaló en el dictamen médico solicitado por esta Comisión, no fue posible determinar qué persona era la responsable de la atención del recién nacido, hijo de la quejosa, pues no se desprende ese dato de las notas médicas ni del expediente clínico que obra en el sumario, empero, ello no impide que las autoridades de salud en el Estado, lleven a cabo una investigación minuciosa y determinen quién es el o los responsables de las violaciones a los derechos humanos de la C. Q, y en su caso, les sancionen como en derecho corresponda.

Por lo tanto, este organismo estima que los hechos reclamados por la señora Q, constituyen violación a los derechos humanos de su hijo recién nacido, y en consecuencia, es procedente emitir la presente Recomendación.

El derecho a la protección de la salud es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.¹

Luego entonces, al quedar acreditado en el presente caso, que el personal médico del Hospital General de Torreón incurrió en mala práctica médica por impericia, negligencia e inobservancia médica, al no mostrar capacidad técnica ni científica, omitir en forma inexcusable solicitar y verificar su debido cumplimiento en su caso, de los medios de diagnóstico necesarios y, no dar seguimiento a las normas técnicas para el debido tratamiento de las eventualidades

¹ Manual Para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos. Coordinador José Luis Soberanes Fernández. Editorial Porrúa México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 2008. Pagina 307.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

médicas acontecidas al producto de la concepción de la quejosa, según lo expresado en el dictamen médico solicitado por este organismo y que ha quedado reseñado en los numerales anteriores, esta Comisión determina que se violentaron los derechos humanos de la C. Q y de su hijo recién nacido, por lo que es procedente emitir la presente Recomendación.

Todo lo anterior tendiente a garantizar la protección de su salud en condiciones óptimas, lo anterior en atención a las propias anotaciones que obran en el expediente clínico del Hospital General, el dictamen médico legal del A26 y la copia simple del Acta de Sesión Extraordinaria de la Reunión de Comité de Mortalidad Materna Perinatal del Hospital General Torreón, de 9 de julio de 2013 y que, en consecuencia, se tradujeron en negligencia médica en perjuicio de la quejosa.

En suma: constituye violación a los derechos humanos de la quejosa, el hecho de que no se practicaron los cuidados al recién nacido RN por personal del Hospital General Torreón, sin la debida diligencia, previo a su nacimiento y posterior al mismo, lo que trajo como consecuencia la pérdida de la vida del nacido así como en moral y económico a la quejosa, en perjuicio de su derecho humano a la salud, que se establece en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, antes transcrito.

Refiere el artículo 13, apartado B., impone la obligación a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, para que supervisen la prestación de los servicios de salubridad general, por tal motivo es evidente que la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza debió garantizar a la paciente el acceso eficaz al derecho universal de la salud, máxime que la propia Ley Estatal de Salud refiere que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidades, entre otras, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; el disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, bajo condiciones que aseguren su integridad física, además establece que el Sistema Estatal de Salud tiene como uno de sus objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos. El artículo 32 de la Ley Estatal de Salud establece que se entiende por atención médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud y el artículo 33 establece que las actividades de atención médica son, preventivas, curativas y de rehabilitación.

Así mismo, se establece en la Ley General de Salud:

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

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

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;"

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

"Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

.....

.....

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de



Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

urgencias.

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

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;*
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno,*
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y*
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.”*

“Artículo 34. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;*
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;*
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y*
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.”*

En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se establece el derecho a la preservación de la salud, establecido en el artículo XI:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica,



Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del cual el Estado Mexicano es parte, establece la obligación de que los Estados firmantes deberán crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, por tal motivo es obligación del Estado Mexicano garantizar que en todo el país se cuente con instalaciones destinadas a la protección de la salud.

“Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Una vez que fueron analizadas las constancias del expediente que se resuelve, se ha llegado a la conclusión de que fue violado el Derecho a la Protección a la Salud por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su modalidad de Negligencia Médica de la quejosa Q, por parte de personal del Hospital General Torreón de la Secretaría de Salud del Estado, en virtud de que el 29 de junio de 2013, personal de dicha institución hospitalaria le realizó un procedimiento quirúrgico consistente en parto, sin embargo,





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

una vez realizado el alumbramiento y por circunstancias atribuibles al propio personal de la citada institución hospitalaria, anteriormente expuestas, se presentaron complicaciones en el recién nacido, las que no se atendieron con debida pericia, diligencia ni observancia médica, lo que trajo como consecuencia el fallecimiento del producto de la concepción y constituye una violación a su derecho humano a la protección a su salud.

Por último, es menester recalcar que todo lo aquí expuesto tiene por finalidad, en estricto apego al cometido esencial de esta Comisión, el colaborar con las instituciones que, como la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, se esfuerzan por erradicar prácticas comunes que en otros tiempos fueron insostenibles, y que ahora, al margen de la protección del derecho a la salud, obligan a todas las instituciones a la búsqueda de la protección de los derechos fundamentales y crear los mecanismos legales necesarios contra toda conducta que los lastime, a efecto de dar cumplimiento al artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece:

"En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley."





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Por lo expuesto y fundado, es de concluirse:

PRIMERO.- Son violatorios de los derechos humanos los actos denunciados por la C. Q, en los términos que expuestos en la presente Recomendación.

SEGUNDO.- El personal médico del Hospital General de Torreón, encargados de la atención la quejosa Q y su hijo recién nacido, fueron responsables de Violación al Derecho a la Protección a la Salud por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su modalidad de negligencia Médica, en los términos expuestos en la presente Recomendación.

En virtud de lo señalado, al Secretario de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, en su calidad de superior jerárquico de la autoridad señalada como responsable se:

R E C O M I E N D A

PRIMERA. Con base en los hechos expuestos en la presente Recomendación y pruebas documentales que obran dentro del expediente, se determinen las irregularidades en que servidores públicos del Hospital General de Torreón incurrieron desde el ingreso de la quejosa al citado nosocomio hasta el fallecimiento de su hijo, derivado de su atención médica, tomando en cuenta las establecidas en la presente Recomendación y, con base en todas las irregularidades que se establezcan, por ser violatorias de los derechos humanos de la quejosa Q, se inicien los procedimientos administrativos que procedan al personal de la citada institución hospitalaria que incurrió en responsabilidad por la violación de los derechos humanos en que incurrieron en perjuicio de la quejosa y de su fallecido hijo y se impongan las sanciones que en derecho correspondan, previa substanciación del procedimiento.

SEGUNDA. Se presente denuncia de hechos ante el Ministerio Público en contra de quien o quienes resulten responsables por la violación de los derechos humanos en que incurrieron en perjuicio de la quejosa y de su fallecido hijo, con base en lo expuesto en esta Recomendación, a





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

efecto de que se integre la indagatoria respectiva, cuyo seguimiento deberá realizar hasta la conclusión de las investigaciones y de que se proceda conforme derecho corresponda.

TERCERA.- De conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Víctimas, la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza y normatividad aplicable, se repare el daño material y moral causado a la quejosa Q, acorde a la cuantificación que, en conjunto con ella, por separado, determinen según los lineamientos y bases que la legislación respectiva establezca, para lo cual, previamente, deberán realizarse todas las acciones necesarias para cumplir con ello.

CUARTA.- Se lleven a cabo cursos de capacitación, profesionalización, actualización y de ética profesional dirigidos a los servidores públicos del Hospital General de Torreón, para concientizarlos de las implicaciones que tienen las irregularidades que se cometen durante sus actuaciones, sobre el estricto respeto que deben guardar hacia a los derechos humanos de las personas con quienes tratan y sobre la importancia de proteger la salud en general y se evalúe su cumplimiento en función al desempeño de los servidores públicos mediante revisiones que se practiquen al efecto.

En el caso de que la presente Recomendación sea aceptada, de conformidad con el artículo 130 de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza y 102 de su Reglamento Interior, solicítese al superior jerárquico de la autoridad responsable lo informe a esta Comisión dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación y hágasele saber que en caso contrario deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, lo anterior conforme a lo dispuesto por el artículo 195 párrafo tercero inciso 13 de la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza.

En el supuesto de que sea aceptada la Recomendación que se emite, deberán exhibirse las pruebas de su cumplimiento, las que habrán de remitirse a esta Comisión Estatal dentro de los quince días siguientes a la fecha de la aceptación de la misma. En caso de estimar insuficiente el plazo, podrá exponerlo en forma razonada, estableciendo una propuesta de fecha límite para probar el cumplimiento de la Recomendación.





Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza

“2015, Año de la Lucha Contra el Cáncer”

Notifíquese personalmente esta resolución a la quejosa Q, y por medio de atento oficio a la autoridad responsable, 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 los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, Doctor Xavier Díez de Urdanivia Fernández. NOTIFÍQUESE.-----

DR. XAVIER DÍEZ DE URDANIVIA FERNÁNDEZ
PRESIDENTE

