
Anexo "A"

A) Expediente: CDHDF/III/121/BJ/10/D1832.

IV.A.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 25 de marzo de 2010, de la que da fe una visitadora adjunta de esta Comisión, en el acta se asentó lo siguiente:

El día 22 de enero del año en curso [2010], su sobrina ***, acudió al Hospital General Xoco de la SSDF, con la finalidad de atender su parto y pudiera nacer su bebé, lugar donde su hijo nació sano y actualmente se encuentra bien de salud; sin embargo al momento de su nacimiento le practicaron parto normal pero le desgarraron el recto y la vagina; por ello, diez días después le realizaron una operación en ese mismo nosocomio, sin que tuviera mejoría, toda vez que ahora del orificio donde orinaba, esta defecando. Hasta el momento no ha regresado al mencionado Hospital por temor a ser lastimada y cuando ha acudida a algún hospital dependiente de la SSDF, le han negado la atención, bajo el argumento de que ellos no se hacen responsables de su estado de salud. Por lo anterior *** acudió a un hospital particular donde fue valorada y le diagnosticaron una perforación rectal u vaginal, por lo que es necesario que le practiquen tres operaciones las cuales por el momento no le es posible que le realicen por el costo económico tan alto que tienen y ellas son de bajos recursos. Actualmente su estado de salud se está viendo afectado derivado de que no cuenta con sonda ni está recibiendo atención médica adecuada para que se le supervise su lesión y evitar que se contamine.

IV.A.2. Acta circunstanciada de llamada telefónica de fecha 25 de marzo de 2010, dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en el acta se asentó que la peticionaria manifestó lo siguiente:

1. [Que] los hechos ocurrieron desde el 22 de enero del año en curso, y *** se encuentra en su domicilio.
2. Acudieron con un médico particular, quien les dio el diagnóstico de perforación rectal y vaginal, lo cual requiere tres operaciones.
3. Acudieron al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde tuvieron a la paciente gran parte del día, y le dijeron que debe esperar a que cicatricen las heridas para estar en condiciones de operarla, por lo que lo único que hicieron los médicos fue espantarla por su problema de salud.
4. No regresaron al Hospital Xoco por que la paciente tiene temor de que la vuelvan a lesionar; tampoco desean acudir al Inguarán porque también tiene desconfianza; sin embargo, no hay un Hospital de la Secretaría de Salud que ellas puedan elegir.
5. No cuentan con recursos económicos para solventar los gastos de las cirugías que requiere la paciente pues la venida al mundo de su bebé les ha originado muchos gastos.

Así mismo, se asentó que el Visitador Adjunto que suscribe el Acta se comunicó con la Coordinadora de Atención a los Derechos Humanos de la SSDF a quién se plantearon los hechos de la queja y se le solicitó realizar las gestiones correspondientes.

IV.A.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a esposo de la agraviada, de fecha 30 de marzo de 2010, dio fe de la llamada una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en el Acta Circunstanciada se asentó lo siguiente:

El señor *** [esposo de la agraviada] informó lo siguiente:

El día de hoy se entrevistaron de manera personal con el Dr. Ortiz Cruz, escuchó atentamente todo lo que le sucedió a su esposa y cuál es su padecimiento actual. El Dr. Ortiz les indicó que deberían acudir al Hospital de Especialidades [...] Dr. Belisario Domínguez, para que personal de ese Hospital valore a su esposa y le indiquen cuál sería el procedimiento a seguir.

[...]

[...]Acudirán a la cita [...] escucharán el diagnóstico de los especialistas y el tratamiento a seguir y si esa información convence a su esposa, seguramente ésta aceptará el tratamiento que le sugieran.

IV.A.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada de fecha 15 de abril de 2010, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en el Acta se plasmó lo siguiente:

Comparecieron] ante este organismo la agraviada *** en compañía de su esposo ***, quienes en relación con los hechos motivo de la queja manifestaron lo siguiente:

El 6 de abril de 2010, acudieron a la cita que tenían programada en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Belisario Domínguez, fue atendida por el Dr. García Sánchez (proctólogo) quien la examinó y le dio un diagnóstico de su padecimiento, le indicó que tenía una cloaca vaginal debido a que en el Hospital Xoco le habían realizado una fistula que había dañado su colón.

Además, le indicó que le realizarían en ese hospital algunos estudios de laboratorio, pero le indicó la necesidad de practicarse otros estudios (no recuerda el nombre) especializados que permitirán definir la pertinencia de realizar una operación reconstructiva y en ese hospital no se los podrán realizar, le indicó que el costo aproximado de ese estudio es de 12 mil pesos.

Ellos no tienen dinero para pagar esos estudios.

Por lo anterior, el [Visitador Adjunto] se comunicó al número telefónico correspondiente a la Coordinación de Atención a los Derechos Humanos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la llamada fue atendida por la C.P. Sonia Chem Toledo, responsable de esa Coordinación a quien se le planteó lo manifestado por la peticionaria en relación con la necesidad de realizarse algunos estudios y el costo de los mismos.

La Coordinadora de Atención a los Derechos Humanos de la Secretaría de Salud, manifestó que se realizarían las gestiones necesarias para canalizar a la peticionaria a algún Hospital que pudiera realizar los estudios correspondientes y que se comunicaría con el Dr. García Sánchez para que le informara que estudios se necesitaban. En el supuesto de que el Sector Salud no contara con los instrumentos necesarios para realizar dichos estudios, se cubrirían los gastos de los mismos.

Se acordó con los peticionarios que personal de este organismo se comunicaría vía telefónica con ellos para indicarles a que hospital se debían presentar y con quien se entrevistarían para resolver el problema de la realización de los estudios que refirieron.

IV.A.5. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 22 de abril de 2010, de la que dio fe una visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se hizo constar lo siguiente:

Toda vez que el 16 de abril del año en curso, la suscrita informó al peticionario que debía acudir al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Belisario Domínguez para que le dieran la lista de los estudios que su esposa *** debía practicarse y el lugar dónde se los practicarían, se le preguntó al señor ***, si habían acudido a la cita.

El peticionario manifestó que acudieron a la cita y se entrevistaron con el Director del Hospital quien les dio una hoja de referencia al hospital General en esta se indica[n] los estudios que le practicarán a su esposa [...].

El Director les indicó que en el Hospital General los estudios tendrían un costo, aun no definen que día acudirán a sacar la cita para que su esposa se practique los estudios [...].

Se pidió al peticionario que acuda a la brevedad a sacar la cita para que su esposa se practique los estudios y que informe a esta Comisión el costo de los mismos, para que estemos en posibilidad de gestionar el pago de los mismos.

IV.A.6. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 6 de mayo de 2010, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión; en el Acta se hizo constar una llamada telefónica proveniente de la C.P. Sonia Chem Toledo, Coordinadora de Atención a los Derechos Humanos de la Secretaría de Salud, quien manifestó lo siguiente:

[...] expuso lo relacionado con el reembolso de dinero que la agraviada erogó por la realización de estudios [...] en el Hospital General de México, al cual fue referido por personal médico del Hospital Belisario Domínguez de [la SSDF], respecto del cual obtuvo el resultado siguiente: 1.- Se le reembolsará a través del seguro popular, el cual requiere la autorización del Secretario; 2.- De inicio se le reembolsará el monto del estudio que le fue practicado recientemente (\$780.00), así como el costo de la consulta médica (\$60.00); 3.- También se le reembolsará el costo de los estudios que quedan pendientes, cuya práctica depende del resultado del primero. 4.- En cuanto a la cirugía que requiere, la Secretaría ofrece que le sea practicado en alguno de sus hospitales. 5.- Para el reembolso del costo de los estudios y consulta médica, la agraviada debe presentar [diversos] documentos [...] [y] deberá presentar la documentación en calle Altadena número 23, cuarto piso, colonia Nápoles [...] donde será atendida por la citada servidora pública. 7.- El trámite será el siguiente: presentación de los documentos por parte de la agraviada; trámite administrativo; obtención de autorización y firma del Secretario de Salud; y pago de reembolso.

Para efectos de lo anterior, la contadora pública Sonia Chem manifestó que estima que a mediados de la próxima semana obtendrá el resumen médico y de inmediato se comunicará con el suscrito, a efecto de que acuda la agraviada con los documentos que le corresponden; inmediatamente procederá a agilizar el trámite para que a la brevedad le hagan el reembolso correspondiente.

Comente a la citada servidora pública que lo anterior se hará del conocimiento de la agraviada.

IV.A.7. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 12 de agosto de 2010, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta consta lo siguiente:

La señora *** señaló que aproximadamente en los primeros días del mes de junio de este año acudió en dos ocasiones al lugar que se le había indicado [para el trámite del reembolso] pero que no se encontraba la contadora Chem, entonces dejó con su secretaria -de la cual ya no recuerda su nombre- sus datos y fotocopias de sus documentos y de su credencial para votar, por lo que ya no consideró necesario acudir de nuevo y ya no tuvieron comunicación con ella por parte de la Secretaría de Salud; a pregunta expresa de la suscrita señaló que no ha acudido al Ministerio Público a entablar una denuncia penal pues es una situación que valorará después pues primero quiere atenderse médicamente; también refirió que ahora se le ha incrementado el costo de los medicamentos y que está pasando por una situación económica y moral difícil ya que le parece injusto que si en el Hospital General Xoco le ocasionaron esas lesiones, [...] refirió que el próximo día dieciséis de agosto de este año le realizarán la primera de las cirugías que necesita en el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", donde considera que la han valorado adecuadamente y la ha atendido bien el Dr. García; [...]

IV.A.8. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 1° de octubre de 2010, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se hizo constar lo siguiente:

[...] el motivo de mi llamada era conocer el estado de salud en que se encontraba después del proceso quirúrgico al que fue sometida en días anteriores.

La señora *** informó (con voz agitada y pausada) que el día de ayer [30 de septiembre de 2010] fue dada de alta del Hospital Belisario Domínguez ya que fue internada nuevamente -aproximadamente por unos diez días-, puesto que presentó un cuadro infeccioso debido a complicaciones por una *colostomía* que le fue practicada el pasado día ocho de septiembre de este año; señaló también que en dicho Hospital la han atendido bien; sin embargo refirió tener temor porque esa condición tenga que ser permanente y esto le ha causado muchas molestias físicas y emocionales; reiteró su inconformidad con el Hospital Xoco donde fue atendida en un inicio y considera que el doctor Gilberto Rivas es responsable de esa situación. [...]

IV.A.9. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 19 de julio de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se hizo constar lo siguiente:

[...] informé a mi interlocutora mi nombre y cargo, solicitándole me informara cuál era su estado de salud y si había recibido atención médica a partir de las gestiones realizadas por este organismo. La [...] agraviada señaló haber sido intervenida quirúrgicamente en el Hospital Belisario Domínguez donde

estuvo internada un mes para que vieran su evolución; sin embargo, sigue con el mismo problema de salud. La operación se dio en el mes de septiembre y desde esa fecha ya no ha recibido atención médica, pues no le garantizan que quede bien, lo que le ha generado desconfianza. Pregunte expresamente a la presunta agraviada si ella es quien no ha acudido a recibir la atención, a lo que respondió que le pidieron que fuera para ver su evolución pero ella ya no tiene confianza.

IV.A.10. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de julio de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se plasmó lo siguiente:

[...] compareció en las oficinas de este Organismo Público, la [...] agraviada ***, a quien, en compañía de [un médico de esta Comisión], personal adscrito a este organismo, entrevistó sobre el padecimiento que presenta.

Al respecto la [...] agraviada señaló haber sido intervenida quirúrgicamente en el Hospital "Belisario Domínguez", en el mes de septiembre del 2010; sin embargo, señaló que su estado de salud es malo pues continúa con las mismas molestias (describió al médico su padecimiento refiriendo los malestares que presenta), situación que incluso ha impactado negativamente en su vida cotidiana. Agregó que los médicos que la han tratado no le han informado con claridad sobre cuál es su padecimiento, excepto el doctor Adolfo García adscrito al Hospital Belisario Domínguez, quien sí le explicó a detalle, no obstante, le han referido que es muy posible que nunca quede bien. Señaló que a pesar de haber presentado documentación que acreditaba los gastos erogados por ella para la atención de su padecimiento ante la Coordinación de Derechos Humanos de esa Secretaría, no le reembolsaron cantidad alguna.

[...]

IV.A.11. Resumen clínico suscrito por el encargado del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Xoco; remitido a esta CDHDF mediante oficio 09240-1 de fecha 2 de Agosto de 2011, suscrito por el Director del Hospital General Xoco. En el primero de estos se plasmó lo siguiente:

Se trató de femenina [...] que fue atendida de parto eutócico en esta unidad el día 22 de enero de 2010 [...] obteniéndose producto [...] y efectuándose episiotomía medio lateral, observándose a la revisión de canal del parto desgarro vulvoperineal de III grado, efectuándose después de limpieza de cavidad uterina, episiorrafia por planos y reparación de desgarro.

Dándose de alta a las 24 hrs. de puerperio al parecer sin complicaciones; acudiendo nuevamente a revisión en la unidad tocoquirúrgica el día 10 de febrero del 2010[...] por referir salida de material fecal a través de vagina [...] es internada por diagnóstico de fistula rectovaginal postparto, internándose para reparación de fistula rectovaginal recidivante; efectuándose la misma realizando la reparación por planos, [...]

Cirugía efectuada el 11 de febrero y dándose de alta el 15 de febrero del 2010, al parecer sin complicaciones [...] teniéndose conocimiento de la paciente posteriormente por persistencia de salida de material fecal a través de la vagina, por lo que se le propone ser revisada conjuntamente con el servicio de cirugía general para valorar reparación de fistula rectovaginal por médico especialista no acudiendo a la revisión conjunta.

IV.A.12. Oficio sin número de fecha 26 de agosto de 2011, suscrito por el Dr. Morelos A. García Sánchez, Médico Adscrito al servicio del Coloproctología del Hospital General Belisario Domínguez de la SSDF; remitido a esta Comisión mediante oficio D/600/11 de fecha 6 de septiembre de 2011, suscrito por el Director del Hospital Belisario Domínguez. En el primero de los oficios se plasmó sustancialmente lo siguiente:

Observaciones:

Agravantes:

1. El caso médico quirúrgico de la afectada en cuestión era de alta complejidad médico-quirúrgica. Ahora ya no lo es; el manejo quirúrgico para la fistula pequeña es meramente un trámite quirúrgico para su curación completa.

2. [...] los resultados [...] son alentadores y su pronóstico será muy bueno [...]
 3. [...]
 4. A la peticionaria durante la atención en este Nosocomio [...] siempre se le explicó su patología, su tratamiento, su pronóstico, su evolución, con los pormenores, complicaciones, secuelas, a lujo de detalles, con esquemas, dibujos, etc. Hecho que se constata en el expediente clínico [...]
 5. En particular señalar que la especialidad de coloproctología es una subespecialidad que pertenece a un Tercer Nivel de Atención [...]
- [...]

Conclusiones:

1. La afectada Sra. *** nunca se egresó de este nosocomio de forma definitiva y se le ofreció una atención expedita, eficaz, certera, integral sin escatimar recursos tanto materiales como humanos, con apego a la ética, con alto profesionalismo y compromiso, con un protocolo exquisito y científico mencionado en la literatura médica mundial actual, con énfasis en su recuperación y curación como único objetivo y/o meta. Sin mermar su integridad como persona o como paciente, ofreciendo lo mejor como servidores públicos que somos en todo momento.
2. El abandono del tratamiento, [...] afectan en forma directa su recuperación o curación total en su enfermedad, y es vital su evaluación. Ya que aun en los mejores centros de Atención Médica de Tercer Nivel y con los mejores expertos en la materia los resultados se verán aminorados por todo lo anterior.
3. Es concluyente y lógico que en este caso en particular la agraviada no tendrá nunca un resultado mejor o igual hasta antes de lo ocurrido por el trauma obstétrico, en sus tejidos anatómicos con las funciones fisiológicas; por ello lo logrado en este Hospital es realmente satisfactorio.

IV.A.13. Oficio sin número de fecha 14 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Morelos Adolfo García Sánchez, Médico adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez" de la SSDF; remitido a esta Comisión mediante oficio D/698/11 de fecha 18 de octubre de 2011, suscrito por el Director de dicho Hospital. En el primero de estos, sobre unos cuestionamientos realizados por la CDHDF, informan sustancialmente lo siguiente:

1. [...]
Los desgarros obstétricos se clasifican en 4 grados. Y el cuarto grado [...] el manejo es quirúrgico que dependerá según las condiciones clínicas anatómicas de cada caso por lo que debe ser enviada a un tercer nivel con manejo conjunto interdisciplinario. (Médico Gineco-obstetra, Coloproctólogo según lo amerite el caso)
[...]
3. [...] Los criterios para dar de alta a una paciente con Desgarro Grado III reparado [...]:
 - No datos de infección alguna.
 - No fiebre, con signos vitales normales.
 - Tolerancia vía oral y emuntorios normales y presentes.
 - Heridas quirúrgicas bien afrontadas, sin dehiscencia anatómica alguna o fuga o material alguno anormal o anómalo.
 - No hemorragia activa ni hematomas.
 - No induración, ni eritema, ni presencia de material purulento alguno.
 - Tolerancia al dolor y Karnofski mayor del 7%
5. ¿Un médico Gineco-obstetra cuándo tendría la necesidad profesional de interconsultar a un médico Coloproctólogo ante una fistula recto-vaginal?
Cuando hay involucro de recto, siempre deberá ser interconsultado el Coloproctólogo.
6. En una fistula recto-vaginal ¿Qué especialidad es la indicada para la reconstrucción de dicha fistula y por qué?
El médico coloproctólogo.
El por qué es muy importante reconocer que el recto es un órgano muy especial en cuanto a la cicatrización, a presión, a infección, a reconocimiento anatómico y su fisiología que es muy compleja.

El médico Gineco-obstetra ni el Cirujano General cuenta con los conocimientos "finos" o específicos por así llamarlos de ese órgano (recto); y unas de las complicaciones más terribles es la incontinencia y la recidiva (el fracaso de la cirugía o intentos quirúrgicos previos), que conlleva a necrosis de los tejidos y a carencia de los mismos para una nueva reparación siendo así más grande y más compleja con un pronóstico pobre.

La literatura reporta que en las mejores manos la satisfacción de la cirugía de fistula recto-vaginal resuelta por medios quirúrgicos es sólo del 58%.

Los factores que se atribuyen al fracaso de la terapéutica quirúrgica de la fistula recto vaginal:

[...]

d) El manejo postoperatorio es complejo tanto en medidas generales locales como en dieta específica así como en procesos de la misma evacuación (que sólo el proctólogo conoce).

9. En el caso de la señora *** ¿Cuál fue la causa de la ausencia total del esfínter anal interno, ausencia parcial del esfínter anal externo y ausencia del tabique recto vaginal?

a) El desgarro de cuarto grado por trauma obstétrico.

b) Desconozco si presentó en la atención de la labor del parto, pero si fue prolongado hay necrosis por presión e isquemia del tabique recto vaginal. Por la naturaleza del traumatismo.

c) Por los intentos quirúrgicos previos de reparación. [...] Con ausencia de conocimiento anatómico de circulación sanguínea, inervación y fisiología de los tejidos musculares del complejo específico esfíntérico, así como el uso de suturas y técnicas quirúrgicas no viables e isquémicas que hacen "sufrir" o que laceran las estructuras por inadecuada disección quirúrgica, identificación anatómica por falta de pericia y conocimiento.

d) La falta de tiempo entre una cirugía a otra. Se debe posponer el tratamiento quirúrgico de 3 a 6 meses, hasta que los tejidos sean manipulables y haya cedido la infección e inflamación, después del primer intento quirúrgico fallido.

[...]

10. Aún cuando el tratamiento quirúrgico dado por un médico gineco-obstetra sea favorable ¿Qué conveniente es que sea interconsultado un médico coloproctólogo para valoración de la paciente con dicho cuadro?

- Sólo será necesario si presenta recidiva de la fistula recto-vagina, incontinencia anal leve a severa o urgencia defecatoria o infección.

- En el caso que nos ocupa es de alta prioridad interconsultar e incluso en ese mismo momento de la complicación (desgarro obstétrico Grado IV).

IV.A.14. Opinión médica sobre el caso de ***, de fecha 11 de enero de 2011, realizada por personal médico adscrito a esta CDHDF, en la cual se llegan a las siguientes conclusiones:

En respuesta a los planteamientos realizados, se comenta lo siguiente:

En la paciente el desgarro de tercer / cuarto grado que presentó fue debido a causas obstétricas específicamente en la atención del parto vaginal. Cabe mencionar que a la paciente se le realizó la episiotomía, la cual no fue suficiente y/o se complicó (no se menciona en el expediente) con la aparición del desgarro perineal. En la nota de atención de parto, no se menciona que a la paciente se le haya realizado la maniobra de protección de periné o Ritgen modificada, por lo que se puede atribuir a que el desgarro recto-vaginal si pudo haber sido causado por una mala atención en el parto por los médicos del Servicio de Ginecología del HGX.

El procedimiento quirúrgico realizado a la paciente por los médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia involucraba una reparación de una fistula recto-vaginal la cual es necesaria ser tratada por un médico Coloproctólogo y no por un médico Ginecoobstetra, ya que (como se comenta en la respuesta de los médicos coloproctólogos del HGEBD), estos últimos no cuentan con los conocimientos "finos o específicos por así llamarlos del recto (tipo de cicatrización, tipo de presión ejercida sobre el recto en el embarazo, trabajo de parto y parto, infecciones por la abundante fauna bacteriana, su reconocimiento anatómico y su fisiología compleja). En este caso el intento de reparación de la fistula recto-vaginal (cirugía realizada por el Servicio de Ginecología del HGX), aunado a el desgarro y presentación de la fistula rectovaginal, provocó la formación de la cloaca rectovaginal, ausencia total del esfínter anal interno, ausencia parcial del esfínter anal externo y ausencia del tabique recto vaginal.

En cuanto al procedimiento quirúrgico realizado por el Servicio de Coloproctología, se puede comentar que se trató de realizar una reconstrucción de la zona afectada, sin embargo la literatura médica

especializada, marca que es probable que las pacientes queden con alguna secuela como es el caso de la paciente ***. Cabe hacer mención que la paciente *** dejó de acudir a las consultas médicas por parte de Coloproctología, lo que esto pudo contribuir a que su recuperación fuera (o sea) tardada. El tratamiento que pudiera realizarse en esta paciente correría a cargo de un equipo de médicos especialistas, mismo que se estaba realizando en la paciente *** por el Servicio de Coloproctología del HGEBD. La literatura marca que dicho procedimiento quirúrgico compete a los médicos especialistas. En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

Con base a los documentos revisados del caso:

1. El desgarro perineal de cuarto grado producido en la paciente ***, si pudo haber sido causado por una mala atención en el parto por los médicos del Servicio de Ginecología del HGX.
2. El tratamiento quirúrgico de la fístula recto-vaginal otorgado por el Servicio de Ginecología del HGX, aunado al desgarro perineal obstétrico, provocó la formación de la cloaca rectovaginal, ausencia total del esfínter anal interno, ausencia parcial del esfínter anal externo y ausencia del tabique recto vaginal.
El tratamiento quirúrgico realizado por el Servicio de Coloproctología, consistió en tratar de realizar una reconstrucción de la zona afectada sin embargo (como lo marca la literatura), es probable que las pacientes queden con alguna secuela, como es el caso de la paciente ***. Cabe hacer mención que la paciente *** dejó de acudir a las consultas médicas por parte de Coloproctología, lo que pudo promover a que su recuperación fuera tardada.
3. El tratamiento que pudiera realizarse en esta paciente correría a cargo de un equipo de médicos especialistas, mismo que se estaba realizando en la paciente *** por el Servicio de Coloproctología del HGEBD. La literatura marca que dicho procedimiento quirúrgico compete a los médicos especialistas

IV.A.15. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada de fecha 16 de enero de 2011, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la que se hizo constar que la agraviada manifestó lo siguiente:

Desde que tiene su padecimiento médico ha tenido diversos problemas de todo tipo con su pareja y con su familia. Su familia se encuentra desintegrada y todos la agreden aguanta la situación porque no tiene un lugar a donde ir con su hijo. Antes de su embarazo ella era el sostén de su madre y hermanos [...]. Desde que la lastimaron ella no puede solventar no sus necesidades básicas.

En algunas ocasiones dejó de ir a sus citas porque no contaba con dinero suficiente para acudir o porque no tiene con quien dejar a su hijo, [...].

Además su mayor preocupación es la estabilidad y bienestar de su hijo, pues cuando la intervienen quirúrgicamente, mínimo tiene que estar hospitalizada un mes, sus familiares no la visitan, a veces va su pareja, no ve a su hijo y le preocupa el estado en el que se encuentre, el tiempo de recuperación es el que más le preocupa pues no recibe ayuda de nadie para sus cuidados, tiene que tratar de atender a su hijo pero como no aporta al gasto familiar pues no le otorgan cuidados, sólo al niño, algunas veces se quedó sin comer porque nadie le acercó ni agua, ni comida, ella no reclama porque prefiere que atiendan a su hijo. Su esposo no le procura ni los tres litros de agua que necesita tomar al día para que no se estriña y la cirugía no se eche a perder.

Solicita el apoyo de este organismo para que en caso de que la operen nuevamente se le garantice un apoyo económico con el cual pueda asegurar las necesidades básicas de ella y su hijo.

[...]

También necesita tener la certeza de que el médico que la va a atender sea el mismo que la revise y opere porque se siente que la utilizan para experimentar, además, siempre le limitan sus explicaciones médicas [...] sin embargo, los médicos no la escuchan no aclaran esas dudas [...].

IV.A.16. Dictamen psicológico sobre el caso de ***, de fecha 18 de enero de 2012, elaborado por un psicólogo de esta Comisión, adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos, en el cual concluye lo siguiente:

4. Impresión diagnóstica del caso o conclusiones

A continuación se exponen las conclusiones con respecto a los planteamientos del problema:

4.1 En la señora *** se detectó una afectación psíquica y un trauma a nivel psíquico.

[...]

B) Expediente: CDHDF/III/122/GAM/10/D6032

IV.B.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 7 de septiembre de 2010, da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en el Acta se asentó que el peticionario manifestó lo siguiente:

El 24 de agosto del año en curso, a las dieciséis horas mi esposa ***, quien se encontraba embarazada me llamó al celular para decirme que comenzó a tener contracciones y que estaba a punto de dar a luz, por ello, acudí de inmediato a mi casa para llevarla al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, donde mi esposa fue valorada por un médico quien refirió que aun le faltaba para que naciera el bebé y la regresó a casa, sin considerar que mi familiar tenía los dolores y que el bebé se estaba moviendo mucho en su vientre. El 25 de agosto del año en curso [2010], a las tres y media de la mañana, mi cónyuge ingresó de urgencias al citado nosocomio, pero el médico que estaba de turno, no la atendió de inmediato ya que estaba durmiendo, siendo hasta las doce horas cuando me informaron que mi esposa había dado a luz a un varón. A las dieciséis horas del mismo día las enfermeras me informaron que mi hijo había tenido un paro cardíaco y por ello de urgencias era necesario su traslado al Hospital Materno Infantil de Tacubaya. Por ello el bebé y yo fuimos trasladados a bordo de una ambulancia al referido nosocomio, en dicho Hospital los médicos me informaron que la complicación de la salud de mi hijo se debió a que mi esposa tenía 42 semanas de gestación y debido a que no fue atendida de inmediato en el Hospital Materno Infantil, el bebé ingirió líquido amniótico, asimismo, me indicaron que al momento de que mi hijo nació los doctores le lastimaron la clavícula, por ello el estado de salud de mi hijo se reportaba como grave. El 26 de agosto de 2010, mi esposa fue dada de alta del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, y se encuentra bien de salud, asimismo, se pudieron los informes médicos de ambos nosocomios, pero en el Hospital Cuauhtepc se niegan a proporcionarlos hasta el momento. Finalmente, el 29 de agosto del año en curso, a las dieciséis horas con cinco minutos, mi hijo falleció debido a una falla orgánica múltiple, asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio e hipertensión arterial pulmonar, según me reportan los médicos y que dicha situación se hubiera evitado si mi esposa y mi hijo hubieran recibido la atención médica oportuna. Lo anterior lo considero irregular y violatorio de derechos humanos.

IV.B.2. Oficio Dir./HPT/097/11 de fecha 06 de julio de 2011, suscrito por el Dr. Carlos Javier Arnaiz Toledo, Director del Hospital Pediátrico Tacubaya, en el cual informa lo siguiente:

En relación a su oficio [...] en el que solicita informe complementario del caso del recién nacido, quien ingresó a este Hospital el día 25 de agosto del año 2010 a las 19:30 horas procedente del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc y quien llegó en incubadora con ventilación mecánica presentando crisis convulsivas, en muy mal estado de salud; ingresándose directamente al Servicio de Neonatología en donde se le tomó una radiografía tóracoabdominal apreciándose fractura lineal no desplazada de clavícula derecha, iniciándose tratamiento con aminas, antimicrobianos y anticombulsivantes, a la exploración física se detectó en ruidos cardíacos soplo sistólico grado II de VI en 2do espacio intercostal izquierdo sin poderse corroborar con otros estudios especializados si correspondía o no a una cardiopatía congénita, dado la gravedad del paciente y que impedía su movilización y finalmente fallece el día 29 de agosto del 2010 a las 16:45 horas.

[...]

IV.B.3. Oficio D/1471/11 de fecha 12 de agosto de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, en el cual, en respuesta a una solicitud de información manifiesta lo siguiente:

- 1) [...] Los médicos del Hospital Materno Infantil que valoraron, diagnosticaron y trataron a la señora ***:
 - a) ¿A qué hora ingresó al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc la señora ***?
Ingresó a las 03:40 hrs del día 25.08.11 a la U.T.Q. con Dx. Embarazo de Término, 70% de borramiento, 3 a 4 cm de dilatación; PC libre y amnios abombado.
 - b) ¿Durante el tiempo en que estuvo en la sala de labor, se encontró algún dato sugestivo de sufrimiento fetal? De ser así, detalle de que dato se trataba.
No se refieren datos sugestivos en el expediente.
 - c) ¿A qué hora pasó a la sala de expulsión la ***?
A las 10:40 hrs. de acuerdo a la nota de expediente clínico.
 - d) ¿Cuánto tiempo se llevó el resolver la distocia de hombros del bebé de la señora ***?
10:47 horas de acuerdo a nota de posparto del expediente clínico.
 - e) ¿En qué momento se fracturó la clavícula derecha el bebé de la ***?
En la nota de atención de parto refiere líquido meconial (+++) y en seguida se atendió la expulsión del producto que presenta distocia de hombros por lo que se realiza maniobra de Rubin, obteniéndose P.U.V. masculino deprimido a las 10:47 hrs. con un peso de 3965 g. talla 54 cm. Capurro 42 S.D.G. y apgar de 3/6 con circular de cordón a nivel de la pierna derecha (apretado), se realizó limpieza de cavidad.
 - f) ¿Por qué no se encontró referencia a la fractura de clavícula?
El producto en nota posparto refiere solamente distocia de hombros.
- 2) Que los médicos del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc que valoraron, diagnosticaron y trataron al recién nacido de la señora ***, respondan a los siguientes cuestionamientos:
 - a) ¿Es común que en su hospital no cuenten con gasómetro y/o rayos X?
El servicio se encuentra de Rx se encuentra cerrado (sic) parcialmente por COFEPRIS. De acuerdo a observación desde febrero del 2008, así como por no contar con responsable sanitario para dicha área.
Por las características propias del hospital no se cuenta con gasómetro.
 - b) ¿La falta de los equipos mencionados en la pregunta anterior influyó en la atención del recién nacido? ¿De qué manera?
No influyó en la atención del parto.
 - c) ¿Durante el tiempo que el recién nacido se encontró en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, se realizó alguna gasometría? ¿Por qué?
No. El hospital no cuenta con gasómetro.
 - d) ¿El Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? En caso de no contar con ella, ¿Por qué?
No se cuenta con UCIN.
El Hospital en su origen no fue diseñado para la atención de pacientes con embarazos de alto riesgo.
 - e) ¿Cuánto tiempo transcurrió para poder trasladar al paciente al Hospital Pediátrico Tacubaya?
¿Por qué?
Siete horas después del nacimiento del recién nacido, la demora se debió a que la demanda de atención en los diferentes hospitales de la red se encontraba saturada, el único nosocomio que después de una negociación verbal fue el Pediátrico Tacubaya.

IV.B.4. Opinión médica sobre el caso de la señora ***, elaborada por médicos de esta Comisión, en la cual se concluye lo siguiente:

[...]

Se trata de la señora ***, quien acude a la atención de su trabajo de parto al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc. En donde, al momento del nacimiento se presentan complicaciones, las que posteriormente provocaron el deceso del recién nacido. [...]

[...]

V.2. Respecto a la atención del recién nacido se analiza lo siguiente: De acuerdo al peso, el producto de la señora ***, se encuentra con un peso de 3965 gramos, y no cumple los criterios para denominarlo macrosómico, sin embargo, dicho producto sobrepasa el percentil 90 [que es lo máximo esperado que pese un recién nacido en un determinado momento del tiempo], por lo tanto era un producto grande para la edad gestacional, lo cual complicó el trabajo de parto, provocando una distocia de hombro [que es la retención de los hombros después de la salida de la cabeza fetal], de acuerdo al expediente clínico consultado.

En el caso que nos ocupa el producto nació deprimido (sin fuerzas para realizar la función respiratoria normal). Por la misma distocia de hombros es probable que se haya presentado la fractura de clavícula, ya que es una complicación frecuente de este tipo de distocias. La fractura de clavícula es una entidad que generalmente no requiere mayor intervención médica, y tampoco genera mayores complicaciones ni secuelas en el producto.

Al nacer el producto con una depresión severa [...] y posteriormente evolucionó a depresión moderada [...] lo cual ameritaba manejo hospitalario. De acuerdo a los Lineamientos para la Referencia y Contrareferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México, se considera un Hospital Materno Infantil como un hospital de segundo nivel, en el cual se debe contar con los estudios de laboratorio y radiográficos pertinentes, esto con el fin de optimizar tiempo.

En este caso, en las notas del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc señalan que no contaban con rayos X no gasómetro; lo cual es de suma importancia ya que se considera un hospital de atención pediátrica de segundo nivel, por lo tanto debería de contar con un laboratorio y por lo tanto de un gasómetro, así como Rayos X. Ahora, el recién nacido presentó datos clínicos de asfixia neonata y dicha patología cursa con cambios en el equilibrio ácido-base. Si a lo anterior le agregamos que sumado a la disfunción respiratoria que presentaba el recién nacido a partir de las 14:00 horas del día 25/08/2010, se comenzó a utilizar ventilación mecánica obtenemos que era importante valorar su estado ácido-base y su función pulmonar. Lo anterior justificaba realizarle estudios de laboratorio y radiográficos al recién nacido, sobre todo la gasometría, la cual serviría para valorar la respuesta del paciente a la ventilación mecánica; sin embargo, esta no fue realizada, debido a que no el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, ni el Hospital Pediátrico Tacubaya cuentan con gasómetro, tampoco con servicio de radiografías [...]

En el Hospital Pediátrico Tacubaya el paciente sufre una quemadura de segundo grado, profunda en el pie izquierdo. Dicha quemadura no se encuentra en las notas del expediente clínico la forma en que fue producida, sólo se encuentra el diagnóstico de la quemadura en la nota médica. Esta quemadura, independientemente de que haya sido un accidente, fue un estado patológico [...], que contribuyó junto con las patologías base, a la evolución tórpida (evolución lenta y con malos resultados) del paciente.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes conclusiones:

VI. Conclusiones

- 1) La atención del trabajo de parto de la señora ***, se encuentra dentro de lo establecido en la literatura médica consultada.
- 2) Aunque ciertamente por las patologías base, el pronóstico del recién nacido era malo y altamente probable su fallecimiento, independientemente del tratamiento médico instaurado; sin embargo, esto no exime el hecho que en los hospitales donde fue atendido, no se contó con los recursos de diagnóstico oportunos (gasometría y Rayos X) para el diagnóstico o monitorización adecuadas del paciente. Lo cual va en detrimento de la atención médica recibida en dichos hospitales, que si bien, no influyó en la muerte del paciente, si influyó en la calidad de la atención médica haciéndola deficiente.

IV.B.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 07 de diciembre de 2011, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se asentó lo siguiente:

El día de hoy, [...] compareció ante este organismo el peticionario *** [...] [quien] fue atendido por [una Visitadora Adjunta] y [un] médico [...] adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo.

Respecto al motivo de su comparecencia, se le explicó que fue citado [...] para efectos de referirle el resultado de la investigación realizada por los hechos planteados en su queja. Enseguida, el médico [...] le expuso de manera detallada cuál fue el procedimiento para emitir la opinión médica en este caso y las conclusiones a las que se llegó y atendió las dudas del compareciente, el peticionario manifestó comprender lo que el médico refirió en su opinión; sin embargo, destacó lo siguiente:

- a) En ningún momento fue informado en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc de la gravedad que presentaba su bebé y la razón por la que lo trasladaron al Hospital Pediátrico Tacubaya.
- b) En el Hospital Pediátrico Tacubaya le dijeron que su hijo presentaba una quemadura y recuerda que tenía vendado el pie, pero él nunca vio la lesión y menos le refirieron el motivo por el cual estaba quemado.
- c) En el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc le expidieron de manera deficiente el Certificado de Alumbramiento de su hijo, ya que no contaba con la hora de nacimiento; debido a que era un dato que le solicitaban en el Registro Civil para poder expedirle el acta de defunción del bebé, fue al referido nosocomio (a la oficina del Director General) a que le pusieran el dato y le negaron la atención; fue hasta que acudió la persona del servicio funerario que contrató, que subsanaron la omisión; sin embargo, debido a esa deficiencia le complicaron los trámites que él necesitaba hacer para darle sepultura al niño. Tiene copia del certificado de alumbramiento cuando aún no le habían asentado la hora del nacimiento.
- d) Es su deseo de que la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal investigue tales hechos.

En ese sentido, se le hizo saber que se realizará la investigación pertinente y se le solicitó que proporcione a este organismo, copia del certificado de alumbramiento a que se refirió con antelación. El peticionario señaló que me lo enviará vía fax o correo electrónico a la brevedad.

IV.B.6. Acta Circunstanciada de recepción de un correo electrónico enviado por el peticionario, de fecha 15 de diciembre de 2011, suscrita por una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la que se hace constar que se recibió vía correo electrónico "copia del certificado de nacimiento correspondiente al bebé del peticionario ***", del cual se anexó una impresión al expediente. Se desprende que en el Certificado se hace constar el nacimiento del hijo de los agraviados el día 25 de octubre de 2010, sin asentarse la hora de este.

IV.B.7. Oficio sin número, sin fecha, remitido a esta Comisión mediante oficio Dir./HPT/06/2012, de fecha 19 de enero de 2012, suscrito por el Director del Hospital Pediátrico Tacubaya, en el cual se informa lo siguiente:

[La quemadura] fue detectada al principio con una flictena la cual fue curada y vendada [...] esta fue ocasionada por la toma de gasometrías necesarias para el control del estado de salud del paciente.

IV.B.8. Oficio S.M./010/2012 DIR/201/2012, de fecha 27 de enero de 2012, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Luis A. Martínez Estrada, Encargado de la Dirección del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, en el que informa lo siguiente:

[...]

- b) Por qué se expidió el certificado de nacimiento [...] sin asentar la hora del nacimiento:
Derivado del estado de gravedad del recién nacido, omití escribir la hora de nacimiento, sin ninguna mala intención. En la Historia Clínica Neonatal la cual fue llenada por un servidor, escribo la hora de nacimiento.
- c) El motivo por el cual, como el peticionario lo refirió, le negaron en un primer momento subsanar la omisión de insertar la hora en el certificado de nacimiento:
Nunca se negó realizar en la FE DE ERRATAS la corrección, [...] como consta en el mismo, personalmente realicé la corrección del segundo apellido de la madre. [...]
- d) Que el personal médico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc comunique a este organismo si durante el tiempo en el que el bebé permaneció en ese nosocomio, se informó al peticionario acerca

de la gravedad que presentaba su hijo y la razón del traslado al Hospital Pediátrico Tacubaya, de ser así acredite dicha situación:

Se dieron informes del estado de gravedad del recién nacido a la abuela de éste quien se encontraba a las 12pm del día 25 08 10, que firmó al calce y firmó la Hoja de Consentimiento Informado del paciente para Procedimiento y tratamiento.

IV.B.9. Ampliación de la opinión médica sobre el caso del hijo de ***, de fecha 8 de febrero de 2012, elaborada por médicos de esta Comisión, en la cual se concluye lo siguiente:

1. El procedimiento realizado en el niño para la obtención de muestras para gasometría era necesario. Sin embargo, cabe mencionar que la probable flictena que presentó se debió a algún descuido médico por parte del equipo de salud.
2. La flictena que presentó el menor no tuvo ninguna repercusión sobre su fallecimiento.

C) Expediente: CDHDF/III/122/BJ/11/D4312.

IV.C.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 14 de julio de 2011, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la cual se hace constar que el peticionario manifestó lo siguiente:

El 27 de mayo del año en curso, mi esposa *** de 32 años de edad, dio a luz a un varón, vía cesárea, en el Hospital General Xoco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El día 31 del mismo mes y año, al pretenderla dar de alta, ella presentó complicaciones dado que tenía mucha temperatura, aunado a que tenía molestias en su abdomen y muy hinchados los pies, por ello permaneció internada. Sin embargo, días después el personal que la atendía me informó que tenía una pequeña infección la cual, supuestamente, estaba controlada, no obstante, dada su gravedad y al no ver mejoría en su salud, un conocido que es médico la valoró y me dijo que tenía restos de placenta, derivado de ello veinte días después, aproximadamente, le practicaron un lavado quirúrgico en el mismo nosocomio y posteriormente le hicieron otros, en este momento no recuerdo cuántos fueron en total, pero desde esa fecha su estado de salud se fue deteriorando y la información que se me proporcionó por parte del personal de ese nosocomio fue imprecisa y poco clara, siempre tratando de ocultar algo. Desde el 11 de junio mi esposa está en la Cama 8 de Terapia Intensiva en el citado nosocomio y sé que su vida está en riesgo, a pesar de que tuvieron que quitarle la matriz por su negligencia. Por lo anterior, solicito la intervención de este Organismo pues la actuación del personal de la Secretaría de Salud ha sido irregular y violatoria a derechos humanos, además, mi esposa continúa bajo sus cuidados y temo que su estado se siga deteriorando.

IV.C.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 16 de julio de 2011, da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el acta se asentó lo siguiente:

[...] se constituyó en estas oficinas el señor ***, peticionario de la queja citada al rubro, quien indicó que acudía con el fin de saber el estado de su queja [...] le indiqué que el día anterior, dadas sus manifestaciones, [se] consideró la pertinencia de solicitar al Hospital General de Xoco, la implementación de medidas precautorias, mediante el oficio 3-13502-11, a efecto de que a su esposa se le examinara integralmente [...] se le brindaran las atenciones que su estado de salud requiriera y se le explicara a ella y a él, de manera sencilla y clara, el tratamiento que se le está brindando y los cuidados que requiere, también le indiqué que se esperaba la respuesta de ese hospital a las medidas solicitadas. Por lo que una vez que le brindé esta información, el peticionario manifestó que el problema principal era la negligencia de que había sido objeto su esposa; por lo que a preguntas expresas de la suscrita, el peticionario indicó que su esposa no tuvo control prenatal y que "padecía de la presión"; además señaló que el día de hoy, le habían indicado que a las nueve de la mañana tendría una reunión, al parecer con el Subdirector Médico, pero éste le canceló y ya no le dieron la información acordada; por lo tanto, [se] realizó nuevamente una llamada telefónica a ese hospital, a efecto de que se le pudiera atender al

petionario para darle la información correspondiente, [...] le indiqué que se le atendería en el Hospital para darle la información y en lo que respecta a la presunta negligencia ésta sería investigada con personal médico que pudiera determinar si hubo tal, ante lo cual el petionario manifestó su conformidad por lo que concluyó así, esta comparecencia.

IV.C.3. Oficio sin número, de fecha 18 de julio de 2011, suscrito por el Dr. Gilberto Rivas Cerecero, encargado de Ginecología del Hospital General Xoco. Remitido a esta Comisión mediante oficio 09197 de fecha 18 de julio de 2011, suscrito por el Director del Hospital General de Xoco. En el primero de estos, el encargado de Ginecología informa lo siguiente:

[...] en ningún momento por parte del servicio de Ginecología nos hemos negado a la solicitud del familiar de que sea examinada la paciente en mención [...] pero que el mecanismo es de solicitar dicha atención directamente a la Dirección de la unidad; por otro lado, se ha presentado 1 médico particular conocido de la familia al cual se le ha explicado ampliamente y en términos médicos la atención recibida la paciente, tratamiento utilizado y pronóstico de la paciente y que él se encargaría de transmitir la información a la familia; no sin antes mencionar que se le ha informado inicialmente y con regularidad por parte del servicio de Ginecología y más importante y diariamente como lo norma el servicio por parte del servicio de Terapia Intensiva y en ningún momento han manifestado duda.

[...] informar a la paciente no es posible por las condiciones fisicoclinicas en que se encuentra; pero si se le ha manifestado al esposo con regularidad el estado de salud de la paciente así como pronóstico y tratamiento, En cuanto al tratamiento médico que le administrara y se le administra actualmente va en relación a sus condiciones hemodinámicas y por el servicio de Terapia Intensiva. En cuanto a su tratamiento quirúrgico a realizar, será el cierre de herida quirúrgica dehiscente y que por el momento el tratamiento es conservado lavados mecánicos y cubrir el área quirúrgica con bolsa protectora; considerándose la posibilidad de cierre por segunda intención utilizando un sistema denominado VAC contando más con la experiencia por el servicio de Cirugía General; desgraciadamente la SSDF no cuenta con el recurso del sistema, teniendo que ser este en forma subrogada.

IV.C.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de petionario de fecha 20 de julio de 2011, da fe de la comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en el Acta Circunstanciada se hizo constar lo siguiente:

[...] se constituyó en estas oficinas el señor ***, petionario de la queja citada al rubro, quien indicó que acudía con el objetivo de reportarse al telegrama que recibió al día de hoy y manifestar a la suscrita sus apreciaciones respecto de la atención que está recibiendo su esposa; por lo tanto, la suscrita le informó que la Dirección General del Hospital General de Xoco, respondió, mediante oficio a la solicitud de implementación de medidas precautorias, por el cual, el titular de Ginecología de dicho hospital, el Dr. Cerecero, informó a esta Comisión que el estado de salud, el tratamiento y el pronóstico de la paciente han sido comunicados de manera regular, tanto al médico particular de la familia como al petionario; se señala también que la paciente presenta una herida por incisión dehiscente, por lo que el tratamiento que requiere es con base en el sistema VAC (Cicatrización Asistida por Vacío) el cual dado el presupuesto del hospital, éste tiene que ser subrogado. Por lo que una vez hecha de su conocimiento esta información, el petionario manifestó su inconformidad con la misma, toda vez que el problema principal para él, es que el aparato del sistema VAC que le solicitan es muy costoso, [y] no está en condiciones de pagar, por lo que considera que dado que el hospital fue negligente en la atención a su esposa, éste tenía que cubrir dicho pago; por lo que la suscrita, en vía de orientación le indiqué que en lo que respecta a la presente comparecencia, el objetivo es hacer de su conocimiento esta información, puesto que es la respuesta que la autoridad emite, lo cual no significa que se avale la misma el resultado definitivo de esta investigación y que lo que procedía era que él realizara sus manifestaciones; [...] [la Visitadora Adjunta informó que] una vez que se obtuviera copia del expediente médico de su esposa, en relación a la presunta negligencia médica, ésta sería investigada por personal médico de esta Comisión, el cual emitiría su opinión, determinando si hubo tal negligencia [...].

IV.C.5. Acta Circunstanciada de Diligencia al Hospital General de Xoco de fecha 22 de julio de 2011, de la que dan fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión y un médico de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...] en compañía de [un] médico Visitador adscrito a esta Comisión, nos constituimos en las instalaciones del Hospital General Xoco, con el objetivo de revisar las constancias del expediente médico de la paciente ***, agraviada en esta queja; en dicho hospital fuimos atendidos por el Director Médico, quien nos otorgó las facilidades para acceder al área de Terapia Intensiva, toda vez que la paciente se encuentra ahí recibiendo atención médica [...] su estado de salud [a dicho de los médicos] es delicado, también se hizo referencia a la utilización del sistema VAC, indicándonos que sí era necesario ya que era el óptimo para el tratamiento que la paciente requería dada su condición [...]

IV.C.6. Acta Circunstanciada de diligencia al Hospital General Xoco, de fecha 1° de diciembre de 2011, dan fe una Visitadora Adjunta y un Médico Visitador Adjunto, ambos de esta Comisión; en el Acta se hizo constar lo siguiente:

Aproximadamente a las 11 horas del día [1° de diciembre de 2011] [...] nos constituimos en las instalaciones del Hospital General Xoco, con el objetivo de revisar las constancias del expediente médico correspondiente a la [...] agraviada en esta queja, toda vez que al hacer del conocimiento del peticionario el resultado de la investigación realizada sobre las constancias de dicho expediente clínico, hizo notar diversas disparidades entre lo señalado en el expediente y las informaciones que se le habían proporcionado, por ejemplo, al peticionario le habían indicado que la paciente presentaba sepsis abdominal, lo cual no se reporta en el expediente clínico del 27 de mayo al día 14 de junio de 2011; de igual manera, en una nota médica del día 16 de junio de ese año, se describe la presencia de "líquido libre" Sin la interpretación del estudio radiológico correspondiente, por lo que se determinó ampliar la investigación médica de esta queja. Al encontrarnos en dicho lugar, fuimos atendidos por la Directora Jurídica de ese Hospital, a quien le solicitamos el estudio tomográfico practicado a la paciente y los resultados del estudio de patología de la pieza quirúrgica, por lo que en respuesta, dicha servidora pública nos indicó que no era posible proporcionar el estudio tomográfico ya que el aparato estaba descompuesto y se habían perdido las imágenes archivadas en el mismo, tampoco fue mostrada alguna constancia relativa a dicho estudio; por otra parte, se nos proporcionó copia del resultado del estudio de patología [...].

IV.C.7. Ampliación de la opinión médica de ***, de fecha 3 de febrero de 2012, elaborada por médicos adscritos a esta Comisión, en la que se concluye lo siguiente:

[S]egún la nota médica del 16 de junio del 2011, lo narrado por el peticionario, y la bibliografía médica, la paciente ameritaba tratamiento quirúrgico desde que la anemia no respondía con tratamiento médico hospitalario y los médicos de la Unidad de Terapia Intensiva localizaron líquido libre en cavidad abdominal.

El resultado de dicha tomografía que al parecer fue realizada el 12 de junio del 2011, al igual que el resultado de patología, **no aparecen en la copia certificada del expediente clínico del Hospital General de Xoco** a nombre de la paciente, por lo que acudimos al Hospital General de Xoco para solicitar una copia de dichos resultados, solo obteniendo la copia del resultado de patología. Según la NOM 168, los expedientes clínicos son propiedad de la Institución y deberán conservarlos por mínimo 5 años.

[...] [C]on base en los documentos revisados para este caso y a la literatura médica, la paciente, presentó datos de anemia que no remitían con las transfusiones (lo que habla de un sangrado activo), además de que el día 16 de junio del 2011 en la nota médica de la Unidad de Cuidados Intensivos, se reporta que en la tomografía del 12 de junio del 2011 existía líquido libre en la cavidad, por lo que esos 2 datos (anemia sangrado y líquido libre en cavidad) justificaban la necesidad de la realización de una laparotomía exploradora, misma que fue realizada cuando la paciente presentaba datos francos de sepsis (22 de junio 2011). La realización de la laparotomía exploradora el mismo 16 de junio pudo haber evitado que la paciente sufriera un evento más grave como el que presentó.

Por lo que los datos mencionados arriba reportaban gravedad misma que no se trató quirúrgicamente debiendo ser la misma cirugía un tratamiento para ese cuadro.

Cabe señalar que el Hospital General de Xoco no resguardó parte del expediente clínico (resultados de tomografía) por lo que incumplió con la NOM 168.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

Con base a los documentos revisados del caso:

1. Con base en los documentos revisados para este caso y a la literatura médica, la paciente presentó anemia por sangrado y datos tomográficos de líquido libre en la cavidad abdominal. Los datos mencionados reportaban gravedad misma que no se trató quirúrgicamente en el momento de la presentación de dichos datos médicos, sino hasta que la paciente presentó datos francos de sepsis. La realización de la laparotomía exploradora el mismo 16 de junio pudo haber evitado que la paciente sufriera un evento más grave como el que presentó.
2. El Hospital General de Xoco no resguardó parte del expediente clínico (resultados de tomografía) por lo que incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

IV.C.8. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 13 de febrero de 2012, da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se hizo constar lo siguiente:

[El peticionario compareció] a fin de explicarle las conclusiones a que se llegaron en la Ampliación de la Opinión Médica elaborada por médicos de esta Comisión. [Un] médico adscrito a esta Tercera Visitaduría General, explicó al peticionario detalladamente las conclusiones a las que se llegó en el análisis del expediente clínico. Se le cuestionó al peticionario si tenía alguna duda sobre lo explicado por el médico. Sobre el particular el peticionario resaltó que la placa de la tomografía, que le tomaron a su esposa no pudo ser interpretada en el momento por no contar con personal para realizarlo, asimismo señaló que los médicos no quisieron darle la placa, por ese motivo la familia de la agraviada estuvo esperando desde las 16:00 horas que terminaron de practicarle la tomografía hasta las 24:00 horas y fue hasta que su esposa entró a terapia intensiva cuando conocieron el resultado de dicha tomografía. Comenta que incluso al pedir el resumen médico se lo negaron, igualmente sobre el estudio de patología no les dijeron nada sobre el resultado. Cuando su esposa salió del hospital tuvieron que comprar una cama especial y silla de ruedas, ya que salió sin fuerza. También refiere el peticionario que la agraviada actualmente se encuentra estable, aunque al caminar se cansa y nos informó que la está atendiendo un médico particular ya que a raíz de lo ocurrido ya no tienen confianza en el sistema de salud del D.F.

Por otro lado, el peticionario manifestó haber denunciado los hechos que nos ocupan aproximadamente el 21 de junio, con lo que se inició averiguación previa. [...]

[...]

Además comenta que no ha podido registrar a su hijo porque en el Hospital General de Xoco en el área de Gobierno, se han negado ponerle un sello al certificado de alumbramiento, y que personal de esa área le ha manifestado que forzosamente tiene que acudir su esposa para que le sellen el documento, sin embargo, su esposa, aunque ya se encuentra mejor, aun no está en condiciones para salir. Comenta que para que le dieran el certificado de alumbramiento tuvo que firmar una carta responsiva y aun así no le quieren otorgar el sello.¹

D) Expediente: CDHUS/III/122/XOCH/12/D0312

IV.D.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 18 de enero del 2012, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión; en el Acta se hizo constar que la peticionaria manifestó lo siguiente:

Mi prima ***, tenía casi 40 semanas de gestación. El pasado 16 de enero de 2012, mi familiar tenía fuertes dolores y molestias. Por ello, la llevé al área de urgencias del Hospital Pediátrico de Xochimilco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con la finalidad que le asistieran en el parto; siendo

¹ A raíz de eso, se solicitaron medidas precautorias.

aproximadamente las 18:00 horas del día mi prima fue atendida y valorada por el doctor Monzalvo, quien después de revisarla y valorarla nos informó que no había llegado a término, por lo que la envió a su casa y le dijo que regresara en 24 horas. El día 17 de enero de 2012, siendo aproximadamente las 18:45 horas acudimos nuevamente al citado Hospital, y fue atendida y valorada por el mismo médico, quien nos informó que no había llegado a término, por lo que la envió nuevamente a su casa y le dijo que regresara en 24 horas. Siendo aproximadamente las 22:00 horas del mismo día, y toda vez que los dolores y molestia le incrementaron, regresamos al nosocomio, y fue atendida por el doctor Martínez, quien nos informó que no había llegado a término, por lo que la envió nuevamente a su casa y le dijo que regresara en 24 horas. Siendo las 05:00 horas del día 18 de enero de 2012, nos presentamos nuevamente en el multicitado Hospital, y fue atendida por un médico de la cual desconocemos su nombre pero puedo identificarla de tenerla a la vista, quien le dijo a mi familiar que regresara en 3 horas, toda vez que no había llegado a término. Siendo las 08:15 horas regresamos al área de urgencias y la doctora Rosa María Badillo Ostiguín, atendió y valoró a mi prima y le dijo que todavía no estaba en término, pero que tenía que buscar otro hospital para ser atendida, ya que no tenían lugar para ella. Antes de retirarnos del Hospital, a mi familiar le dieron ganas de ir al baño y en el momento [...] dio a luz a su hijo, y fue hasta ese momento que a mis familiares fueron recibidos por el personal médico del Hospital. Quiero agregar que hasta este momento desconozco el estado de salud de ambos, ya que ninguna persona nos da información, y sólo me entregaron una hoja de aviso de nacimiento que cita que fue un parto y nació un niño. Por lo anterior, hago responsables a todos los servidores públicos que negligentemente mal atendieron a mi familiar, y los hago responsables de las secuelas que tengan mi sobrino y a mi prima, en este momento internada en el área de urgencias del citado hospital, desconociendo el número de cama en la que se encuentran. Temo que la salud de mis familiares se complique al no recibir la atención médica pronta y adecuada.

IV.D.2. Acta Circunstanciada de gestiones telefónicas de fecha 18 de enero de 2012, da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en el Acta se hizo constar lo siguiente:

A las 14:35 horas recibí llamada telefónica de la peticionaria quien manifestó que no le han dado información sobre el estado de salud de [su prima] *** ni de su bebé. Únicamente le dijeron a ella y al papá de [su prima] *** que a las 16:00 horas en la visita les darían el informe médico.

A las 14:45 horas me comuniqué telefónicamente con el doctor Zavala, Subdirector Médico del Hospital Infantil Pediátrico Xochimilco, a quien solicité información sobre el estado de salud de [la agraviada] y de su bebé. Al respecto dicho médico manifestó que:

A las 08:00 horas [la agraviada] se presentó en el área de admisión y fue atendida por la doctora Rosa María Badillo, quien la revisó y observó que tenía 4 centímetros de dilatación por lo que le dijo a la paciente que estuviera en alerta. A las 08:56 horas la paciente tuvo un parto "precipitado"² en el baño y fue auxiliada por la doctora Márquez, quien se encontraba cerca del lugar.

Como el bebé salió con mucha fuerza, no hubo control manual y se produjo a la madre un desgarro de primer grado. La atención que se le dio a la madre fue llevarla a toco quirúrgico, se le retiró la placenta y se realizó limpieza uterina y se le suturó el desgarro.

La paciente y su bebé se encuentran bien y serían dados de alta el 19 de enero de 2012.

Enseguida solicité al doctor Zavala que proporcionara la información sobre el estado de salud de [la agraviada] y de su bebé, a la peticionaria y al [padre de la agraviada]. El doctor Zavala señaló que así lo haría en ese momento.

A las 15:00 horas me comuniqué telefónicamente con la peticionaria, a quien hice de su conocimiento la conversación telefónica sostenida con el doctor Zavala y le indiqué que estuviera pendiente para que le informaran sobre el estado de salud de su prima y de su bebé. La peticionaria manifestó que así lo haría.

A las 16:30 horas, me comuniqué telefónicamente con la peticionaria, quien manifestó que el subdirector médico proporcionó información a ella y [al padre de la agraviada], sobre el estado de salud de [la agraviada] y de su bebé, y les dijo que el día 19 de enero de 2012 serían dados de alta. Asimismo, pudo visitar a [la agraviada] y a su bebé, y constató que ambos se encuentran bien.

2

Según dicho del doctor Zavala un parto precipitado es el que se desarrolla rápidamente y en corto tiempo.

IV.D.3. Resumen clínico de la atención brindada a la agraviada de fecha 31 de enero de 2012, suscrito por la Dra. Rosa María Badillo Ostiguin, médico especialista en Gineco-Obstetricia del turno matutino del Hospital Materno Infantil Xochimilco, en el cual entre otras cosas informa lo siguiente:

El día 18 de enero del 2012 inicio mis labores asistenciales como Médico Gineco-Obstetra, a partir de mi ingreso a las 07:00 am, [...] me integré, por requerimientos del Servicio e indicaciones de la Jefatura de Obstetricia a atender en el área de la consulta de urgencias así como en la atención obstétrica a las pacientes que se encontraban en el área de Tococirugía, estando para ello **sola para resolver los requerimientos que de dichas áreas se presentasen**. Se recibe en consulta de urgencia del área de tococirugía [...] a la [agraviada] *** (sic) [...]

Acude al servicio a revisión **refiriendo presentar actividad uterina desde las 3:00 de la mañana**” del día 18 de enero del 2012 además de dolor en región lumbar; movimientos fetales presentes. [...] Se realiza conclusión diagnóstica [...] 39.5 semanas de gestación [...] **trabajo de parto inicial**. Plan de manejo: Se dan indicaciones de alarma obstétrica por escrito y se le puede acudir al Hospital Materno Infantil de Topilejo para su atención, por no haber datos de urgencia Obstétrica y por encontrarme sola como médico ginecólogo en el turno matutino para ambos servicios, lo cual dificulta importantemente la posibilidad de valorar cercanamente la evolución de las pacientes ingresadas a Tococirugía. [...] No se cuenta con papelería para realizar hojas de referencia a dicha unidad por lo cual se le da copia de la nota elaborada en ese momento.

A las 8:56 horas presenta parto fortuito en el baño de pacientes del área de la consulta externa del hospital, asistido por la Dra. Mar, médico de dicha área. [...] [...]

IV.D.4. Opinión médica sobre el caso de ***, de fecha 20 de febrero de 2012 elaborada por médicos adscritos a esta Comisión, en la cual se plasmó, entre otras, cosas lo siguiente:

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados para este caso y a la literatura médica al respecto, la paciente curso con un embarazo de 39.5 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente el día 16 de enero del 2012, al tener el cérvix cerrado, ser una paciente nulípara, el trabajo de parto, se suponía que iba a ser relativamente tardado. El 17 de enero del 2012 a las 18:45 horas, la paciente ya presentaba 2 centímetros de dilatación y un borramiento del 60%, por lo que faltaba menos tiempo para su internamiento u hospitalización, debido a que entraría en trabajo de parto fase activa. Ese mismo día a las 22:00 horas, la paciente presentó todavía 2 centímetros de dilatación, por lo que la regresaron a su domicilio. El haber regresado a la paciente con un cérvix cerrado o con una dilatación de 2 centímetros (es decir con un trabajo de parto en fase latente), fue una decisión adecuada, ya que la paciente no requería en ese momento una atención intrahospitalaria.

El 18 de enero del 2012 a las 5:35 horas, la paciente presentó 3 centímetros de dilatación y 60% de borramiento y a las 8:00 horas ya presentaba 4 centímetros, por lo que las revisiones obstétricas que tuvo el 18 de enero revelaban que la paciente iniciaba con un trabajo de parto en fase activa.

Cabe mencionar que en el trabajo de parto precipitado, dura en su totalidad alrededor de 3 horas, desde el inicio de las contracciones hasta la expulsión del feto. En este caso en tres horas la dilatación avanzó solo un centímetro (de 3 a 4 centímetros) y 6 centímetros (de los 4 centímetros hasta ser completa la dilatación), en aproximadamente 56 minutos. Sin embargo el trabajo de parto precipitado, se antecede de contracciones vigorosas que llevan a un ritmo de dilatación acelerado a lo largo del trabajo de parto, es decir que si hubiera sido un trabajo de parto precipitado, la dilatación de las 5:35 horas a las 8:00 horas del 18 de enero del 2012, no hubiera sido de solo un centímetro.

Por lo anterior, el haber regresado a la paciente con las condiciones obstétricas que presentaba durante la consulta del 18 de enero 2012 a las 5:35 horas, no fue adecuado. Podemos indicar que de las 5:35 horas a las 8:00 horas pasaron aproximadamente 2 horas 25 minutos, siendo que lo esperado era que de los 3 centímetros de dilatación (a las 5:35 horas) pasara a aproximadamente 5 o 6 centímetros a las 8:00 horas del mismo día y que el parto se atendiera aproximadamente entre las 13:00 o 14:00 horas, sin embargo al no haberle realizado una hoja de partograma donde se pudiera observar la evolución, no se realizó un diagnóstico de parto precipitado, el cual se diagnostica solo por el adecuado llenado de dicho documento.

En cuanto a la consulta del 18 de enero a las 8:00 horas, la paciente requería tratamiento intrahospitalario, por lo que se debió de haber ingresado. En caso de contar con alguna carencia hospitalaria, era necesario valorar, gestionar y corroborar que la paciente recibiera atención médica en un hospital que no tuviera las carencias por las cuales el primer hospital no la hubiera podido atender. El haber dado la indicación a la paciente que acudiera al Hospital Topilejo por sus propios medios en trabajo de parto en fase activa, no fue una decisión adecuada por parte de los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Xochimilco. En caso dado que la unidad médica no tuviera los recursos materiales o los médicos necesarios para atender a la paciente, era necesario que se gestionara el traslado de la paciente a otra unidad hospitalaria que se hiciera cargo de ella, y no permitir que la paciente acudiera por sus propios medios siendo que cursaba con datos de tratamiento intrahospitalario.

Por lo anterior a la paciente si se le hubiera ingresado desde la consulta médica del 18 de enero 2012 a las 5:35 de la mañana, se hubiera podido diagnosticar un parto precipitado, ya que desde esos momentos contaba con datos de trabajo de parto en fase activa. Por lo tanto debieron haber ingresado a la paciente al Hospital Materno Infantil Xochimilco.

Era obligación del personal médico del Hospital Materno Infantil Xochimilco atender a la paciente intrahospitalariamente desde las 8:00 horas de ese mismo día y si no era posible atenderla en ese hospital, asegurarse que la paciente recibiera tratamiento intrahospitalario en otra unidad médica.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

Con base a los documentos revisados del caso:

1. El haber regresado a la paciente los días 16 y 17 de enero del 2012, fue una decisión médica adecuada, ya que la paciente no requería en ese momento una atención intrahospitalaria.
2. Durante la consulta del 18 de enero 2012 a las 5:35 horas, de haber monitorizado intrahospitalariamente (es decir si se le hubiese llenado una hoja de partograma a la paciente que ya llevaba datos de trabajo de parto en fase activa, se hubiera diagnosticado el parto precipitado y se hubiese evitado un parto fortuito.
3. En la consulta del 18 de enero a las 8:00 horas, la paciente requería tratamiento intrahospitalario obligatorio. El haber indicado y permitido a la paciente, que acudiera al Hospital Topilejo por sus propios medios en trabajo de parto en fase activa, no fue una decisión adecuada por parte de los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Xochimilco. En caso de no haber contado con personal médico, el Personal de Salud o Trabajo Social del Hospital Materno Infantil Xochimilco, debió de haber gestionado el traslado de la paciente a otra unidad hospitalaria que se hiciera cargo de ella.
4. La paciente era candidata a ser tratada intrahospitalariamente desde las 5:35 horas del 18 de enero del 2012 ya que tras presentar datos de trabajo de parto en fase activa, se le pudo haber realizado un partograma que hubiese diagnosticado un parto precipitado.
5. Por el momento no es posible valorar algún daño neurológico en el niño. Es necesario la valoración periódica pediátrica del menor para evaluar su desarrollo neurológico adecuado.

E) Expediente: CDHUO/III/122/IZTP/10/D6387

IV.E.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria, de fecha 23 de septiembre de 2010, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la cual se hace constar que la peticionaria manifestó lo siguiente:

El día 2 de septiembre del presente año [2010] acudí al Hospital General Iztapalapa [...] a fin de dar a luz a mi bebé. El médico de nombre Raymundo García Guzmán me atendió; sin embargo, no vigiló en su momento que el tiempo de dilatación se había cumplido y durante el tiempo que permanecí en el área de admisión nos estuvo diciendo a las personas que íbamos a dar a luz, "para qué tiene hijos si ya saben el dolor que se siente", retirándose de manera inmediata. Mi bebé empezó a salir y grité a los médicos que la cabeza de mi hijo ya estaba afuera, sin que nadie atendiera a mi llamado. Fue entonces que mi bebé se salió y cayó al piso por lo que grité nuevamente y acudieron 6 enfermeras a atenderlo. A efecto de tratar confundirme acudió una doctora para preguntarme si en verdad había visto que mi hijo se había caído a lo que dije que sí, acercándose después con mi bebé diciéndome que sólo se había rasgado el ombligo. Cabe señalar que hasta ese momento no me habían realizado la limpieza necesaria. Una

enfermera de nombre Susana dijo: "si saben lo que se siente para que se ponen a tener hijos; el hospital ya está lleno o acaso les gusta que sus hijos nazcan en el suelo" se dirigió conmigo para preguntarme si era mi primer bebé y al contestarle que no me dijo "¿piensas formar el equipo de futbol?". Mi hijo me fue entregado el día 5 de septiembre y aparentemente estaba sano. Al llegar a mi casa me di cuenta que mi hijo tenía hinchada la pierna derecha. El siguiente día [6 de septiembre de 2010] acudí con el Subdirector del Hospital Iztapalapa de nombre Alfredo Altamirano para comentarle que mi bebé tenía la pierna hinchada a lo que contestó sin revisarlo que no tenía nada. A efecto de descartar algún problema acudí a un médico particular y me dijo que tenía una infección en la perna. Regresé con el Director del Hospital quien determinó que se le deberían realizar unas placas para descartar alguna luxación. El día 14 de septiembre fui canalizada al Hospital Pediátrico Infantil Iztacalco donde se determinó que mi hijo tenía luxación de cadera y quedó internado desde ese día, donde me han dicho que también tiene luxación de quijada y fractura en el brazo izquierdo e infección en todo el cuerpo de la cual aún no me han dado ningún diagnóstico pero está reportado como grave. Por lo anterior me encuentro inconforme pues considero que fueron violados mis derechos en el Hospital General Iztapalapa donde tanto a mi hijo como a mí no se nos brindó la atención oportuna especializada, lo que me hace temer que tenga secuelas que afecten su salud.

IV.E.2. Oficio sin número de fecha 19 de octubre de 2010, suscrito por el Lic. Fernando Horta Díaz, Agente del Ministerio Público de la Fiscalía para la Investigación de los delitos cometidos por servidores públicos; remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/503/T3/5378/10-2010 de fecha 20 de octubre de 2010, suscrita por una Agente del Ministerio Público de la Dirección General de Derechos Humanos. En el primero de estos se informa que se inició una averiguación previa con motivo de los hechos denunciados por la peticionaria y remiten diversas actuaciones de donde se desprende que esta indagatoria se inició el 9 de octubre de 2010 y se contaba con la denuncia de la peticionara, así como diversa información proveniente de la Secretaría de Salud y con una comparecencia de un probable responsable.

IV.E.3. Oficio CG/CISS/SQDR/1591/2010 de fecha 23 de diciembre de 2010, dirigido a esta Comisión, suscrito por Teresa Monroy Martínez, Contralora Interna de la SSDF, en el cual en respuesta a una solicitud de colaboración, informan que: "El asunto que nos ocupa fue radicado bajo el número de expediente **** y que dicha indagatoria se encuentra actualmente en etapa de investigación y análisis."

IV.E.4. Oficio DGDH/DEA/503/0448/2011 de fecha 11 de febrero de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Directora de enlace "A" de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF, en el que remite copias certificadas de diversas actuaciones de la averiguación previa, entre las que destacan las siguientes:

- a) Acuerdo de radicación de la Averiguación previa de fecha 29 de octubre de 2010.
- b) Expediente clínico de la agraviada.
- c) Diversos informes de las y los médicos y enfermeras del Hospital General Iztapalapa, los cuales se transcriben en la numeración subsecuente.

IV.E.5. Copia certificada del Informe sin fecha, suscrito por tres enfermeras pertenecientes al Hospital General Iztapalapa, dirigido a la Lic. En Enfermería María Concepción Mendiola Miranda, jefa de enfermeras de dicho Hospital; en el oficio informan lo siguiente:

Informamos a usted lo ocurrido en la guardia nocturna del miércoles 01/ jueves 02 de septiembre del presente año [2010].

A las 6:35 am, nace producto único vivo en el servicio de Admisión, lo cual refiere la señora: ***, que cae al piso su bebé, lo levanta la Dra. Álvarez, médico residente de Gineco-Obstetricia, y en ese momento pide un equipo de parto, las enfermeras del servicio desconocíamos que se encontraba la paciente en Admisión. La Dra. Álvarez traslada al recién nacido a la sala No. 2, e inmediatamente da aviso a la Dra. López Médico pediatra de dicha guardia, misma que valora e informa probable TCE [traumatismo cráneo encefálico], así como realiza jareta en muñón umbilical [...] ya que el cordón umbilical sufre un desgarro, quedando aproximadamente .5cm. Indica que se quede en incubadora para mantenerlo en observación. Entregamos: a Recién Nacido al turno matutino vivo, activo, reactivo, y *** continúa en admisión ya que no contamos con camillero.
[...] en ese momento nos encontrábamos: en sala de expulsión asistiendo la atención de un parto, ministrando fármacos, cambio de soluciones [...].

IV.E.6. Copia certificada de un Informe elaborado por el Dr. Alfonso Castañeda Sánchez, Médico Gineco-obstetra del Hospital General Iztapalapa, en el que respecto de la atención brindada a la agraviada ***, manifestó lo siguiente:

La paciente se encontraba en recuperación del área de labor [ya] que se le ofreció atención obstétrica ese mismo día con la atención del parto correspondiente ocurriendo el nacimiento aparentemente por parto eutócico a las 6:35 horas, sin embargo mi hora de entrada a laborar [...] es a las 7:30 horas motivo por el cual no tuve contacto en la atención ofrecida a la paciente, sin embargo mi apellido aparece en la nota de ingreso de la paciente y en la Historia Clínica de la misma, dichos documentos se elaboran al ingreso de las pacientes al área de Tococirugía y la paciente en cuestión ingresó el día 1° de septiembre a las 23:45 horas, asimismo, aparece mi apellido en las indicaciones posparto, sin embargo le reitero que el nacimiento ocurrió a las 6:35 horas y la entrada del suscrito es a las 7:30 horas, motivo por el cual a pesar de que se encontraba mi apellido en dichas notas e indicaciones, no los reconozco y por lo tanto no tienen la validación de mi rúbrica.

IV.E.7. Copia certificada de una relatoría de hechos elaborada por el Dr. Raymundo García Guzmán, médico residente del Hospital General Iztapalapa, en el que respecto de la atención brindada a la agraviada ***, manifestó lo siguiente:



El día 2 de septiembre de 2010 me encontraba en admisión valorando a [la] paciente aproximadamente a las 6:25 am, la cual se encontraba con un embarazo [...] en trabajo de parto fase activa a la exploración se encuentra con 8 cm de dilatación y borramiento del 80% por lo que decide su ingreso a Labor para atención de parto, en ese momento solicito el apoyo de un camillero para trasladar a la paciente a sala de expulsión grito en tres ocasiones aproximadamente sin recibir respuesta por lo que le indico a la paciente que es necesario trasladarla para su correcta atención de su parto, por lo que me veo en la necesidad de buscar una camilla para trasladarla, pidiéndole a la paciente que tratara de no pujar en lo que traía la camilla, me dirijo hacia la sala de recuperación encontrándome sólo con una camilla la cual se encontraba sucia con excremento y sangre por lo que con unos campos improvisadamente se realiza limpieza, sale la R3 Galicia de una de las salas de expulsión donde se encontraba para apoyarme en el traslado de la paciente, en ese momento escuchamos un grito que decía se está saliendo el bebé, por lo que corremos inmediatamente a admisión encontrándonos a la R2 Álvarez levantando al bebé del piso, llevándolo a valoración con médico pediatra [...] Nos quedamos la R3 y yo R1a continuar con la atención del parto, sin embargo se realiza dicho procedimiento en admisión ya que se encontraban en sala dos pacientes [...]

IV.E.8. Copia certificada de un Informe elaborado por la Dra. Jessica Álvarez Torres, médico residente del Hospital General Iztapalapa, en el que respecto de los hechos, manifestó lo siguiente:

Aproximadamente a las 6:30 am me encontraba saliendo de la sala de expulsión posterior a la atención de un parto, cuando escucho un grito procedente de la sala de admisión que decía "se sale mi bebé", por lo cual corrí en dirección a la admisión, encontrando a la paciente recostada en la última camilla de admisión y al producto tirado al lado llorando y con el cordón umbilical trozado [...] el cual presiono con mis dedos y

procedo a levantar al bebé llevándolo a la sala de expulsión y colocándolo en una de las camas de reanimación, posterior a lo cual llega la pediatra [...] Dra. López a quien le refiero que el bebé se cayó en la sala de admisión. La doctora procede a revisarlo y yo me retiro [...]

IV.E.9. Copia certificada de un Informe elaborado por la Dra. Nayeli Galicia Hernández, médico residente del Hospital General Iztapalapa, en el que respecto de los hechos, manifestó lo siguiente:

Yo me encontraba aproximadamente a las 6:30 am en la sala de expulsión en atención de un trabajo de parto desde donde escuché gritar al residente Raymundo García solicitando apoyo a los camilleros para pasar a una paciente del servicio de admisión, y al no tener apoyo, lo veo pasar al área de recuperación en busca de una camilla al terminar la atención de parto en la que me encontraba supervisando a mi médico interno [...] salgo y le ayudo a llevar la camilla, pero escucho gritar "se sale mi bebé" por lo cual, corremos para auxiliar a la paciente, encontrando a la R2 Álvarez [...] levantando al bebé del piso, posteriormente lo llevé a una de las sales de expulsión [...]

IV.E.10. Copia certificada del oficio HGI/GO/105/10 de fecha 20 de diciembre de 2010, suscrito por el Dr. Antonio López Alvarado, Jefe de Gineco-Obstetricia, en el cual informan que el Dr. Roberto González Sánchez, el médico responsable que estuvo el día 2 de septiembre de 2010 a las 05:00 y 8:00 en el Área de Admisión Gineco-Obstetra. Además que tuvo a su cargo y responsabilidad a los residentes mencionados con anterioridad.

IV.E.11. Copia del oficio HGI/GO/015/11 de fecha 14 de febrero de 2011, suscrito por el Dr. Antonio Pérez Alvarado, encargado de Gineco-obstetricia del Hospital General Iztapalapa; remitido a esta Comisión mediante oficio HGI/SM/QDH/008/11 recibido el 16 de febrero de 2011, suscrito por el Director del Hospital General Iztapalapa; en el primero de éstos se informó lo siguiente:

[...]

2. Las razones médicas por las cuales no se detectó que la peticionaria estaba a punto de dar a luz.

Respuesta:

Conforme al expediente clínico [...] acudió el 01-09-10 a las 17:15 horas al área de admisión de gineco-obstetricia, refiriendo salida de líquido transvaginal, lo que fue descartado durante la exploración física ginecológica e integrándose diagnóstico de embarazo de 37 semanas por FUM, sin trabajo de parto. Plan: USG obstétrico. Se dan datos de alarma y cita abierta a urgencias.

El 02.09.10, a las 6:25 horas, se presenta nuevamente en admisión de UTQX. Con embarazo de 37 semanas, trabajo de parto en fase activa, con dilatación avanzada y membranas rotas.

En el momento se indicó ingresar a UTQX.

Revaloración a las 06:28, refiriendo el médico Raymundo García Guzmán, residente de primer año de Gineco-Obstetricia, dilatación completa, periodo expulsivo. Solicita al camillero para traslado de la paciente a la sala de expulsión. Al no haber camillero, se dirige dicho médico a localizar una camilla disponible, indicando a la paciente que "evite pujar". Cuando regresa con la camilla, junto con la doctora Galicia Hernández, [...] se oye gritar a la paciente quién expulsa súbitamente al producto, el cual cayó al suelo, desprendiéndose del cordón umbilical, siendo levantado por la Dra. Álvarez Torres Jessica, [...] quien entregó al recién nacido a la Dra. Pediatra en Turno.

Con lo anterior, se concluye que si se detectó que la paciente se encontraba en trabajo de parto avanzado, sin embargo, existieron factores coadyuvantes ara la presentación de la eventualidad motivo de la queja, como son:

- 1) Paciente secundigesta con parto anterior.
- 2) Embarazo de 37 semanas, con producto de 2,650 grs.
- 3) Ingresó en trabajo de parto avanzado con ruptura de membranas, con tiempo no especificado.
- 4) En el momento no había sala de expulsión disponible
- 5) En el momento no había camillero en el área de UTQX

6) Existe descrito en la literatura obstétrica, el denominado "parto precipitado", consiste en una dilatación cervical y descenso rápido del producto, condiciones similares a las observadas en el caso que nos ocupa.

3. [...]

No existe fundamento y motivo legal por el cual la peticionaria no se encontraba en el área adecuada para la atención de su parto. Sin embargo, se pueden mencionar las siguientes circunstancias presentes en éste caso que afectaron la resolución del evento:

1) [...]

2) Médicos:

La paciente presentó como ya se mencionó un parto precipitado, durante el cual la dilatación cervical, el descenso de la cabeza fetal y la expulsión del feto, se realizó en forma abrupta, en muy corto lapso.

3) Hospitalaria:

En el momento de su revisión, a las 06:25 hrs. del 02.09.10, se indicó el ingreso a la UTQX, sin embargo, no se encontró camillero en el área, tampoco se disponía de sala de expulsión por saturación del servicio y no había personal de enfermería en el área de admisión.

IV.E.12. Opinión médica sobre el caso de *** y Recién Nacido, de fecha 26 de julio de 2011, elaborada por personal médico de esta CDHDF, en la cual concluyen lo siguiente:

Se trata de menor de edad ***, de 17 años, quien acude al Hospital General de Iztapalapa el día 1° de septiembre de 2010 a las 17:15 horas. A su ingreso refirió presentar embarazo de 37 semanas de gestación y salida de líquido transvaginal a las 15:45 horas, mayor a una menstruación, claro, percibe movimientos fetales, niega actividad uterina. [...] Se egresó con el diagnóstico de embarazo de 37 semanas de gestación sin trabajo de parto. Se solicitó ultrasonido obstétrico, se dan datos de alarma, cita abierta a urgencias. A las 6:25 horas del 2 de septiembre, se ingresó nuevamente con antecedentes de dolor obstétrico y salida de líquido transvaginal antes de ingreso a admisión. [...] Plan: Pasa a Unidad Tocoquirúrgica.

La nota de ingreso a cunero patológico del recién nacido se refiere el antecedente de ruptura de membranas a las 15 horas en su domicilio. A su ingreso presenta de manera súbita expulsión del recién nacido el cual cae en sala de admisión a un metro de altura aproximadamente. [...]

El día 2 de septiembre a las 17 horas, se reporta al recién nacido con evolución insidiosa con peristasis disminuida y con náuseas. Al siguiente día (3 de septiembre a las 13:30 horas) se reportó clínicamente estable sin datos de lesión por traumatismo a ningún nivel ya ha tolerado adecuadamente la vía oral, se refiere radiografías sin cambios (si especificar qué regiones son) así mismo se refiere que se espera egreso pronto.

El día 4 de septiembre de 2010, 19:40 horas se reporta radiografía de cráneo sin datos de fractura y con fiebre (38.5 °C) se indicó vigilar estrechamente la curva térmica y se reportó delicado. El día 5 de septiembre a las 12:35 horas continúa con el mismo manejo y se da de alta. El 14 de septiembre a las 14:15 horas el recién nacido [...] ingresó al área de Neonatología del Hospital Pediátrico Iztaacalco, en el padecimiento actual se refiere fiebre desde hace 4 días y alteraciones dérmicas de 12 días de evolución. [...]

[...] En lo que se refiere a las lesiones físicas externas, en el expediente clínico del neonato la única lesión que se menciona es el desprendimiento del cordón umbilical y no se hacen constar otras lesiones físicas externas secundarias al traumatismo (como equimosis, excoriaciones, heridas o fracturas).

Del expediente clínico en el que se hace constar la atención proporcionada a *** en el Hospital General Iztapalapa, se establece que el parto ocurrió sin asistencia médica y en condiciones sépticas, asimismo, que en ese momento el recién nacido cayó de un metro de altura aproximadamente. En el expediente clínico del recién nacido se obtuvo que éste presentó ruptura del cordón umbilical lo cual constituye una lesión que puso en riesgo la salud del menor ya que pudo presentar una hemorragia y constituyó una entrada de microorganismos que pudo originar la sepsis que presentó.

Del mismo expediente se extrajo que el menor de edad presentó alteraciones a su estado de salud como sepsis, parálisis del plexo braquial izquierdo y artritis séptica de cadera derecha, las cuales la literatura médica las relaciona con el parto séptico y traumatismos. [...]

En el caso que nos ocupa el neonato nació en un medio séptico, presentó escisión del cordón umbilical, ruptura prematura de membranas de más de 12 horas de evolución y no le fueron proporcionados

antibióticos a su nacimiento por lo que es posible establecer que esos factores de riesgo contribuyeron a que presentara el cuadro séptico documentado en su expediente clínico.

En lo que respecta a la parálisis del plexo braquial izquierdo, la literatura médica refiere que [...] se asocia con parto traumático por la aplicación de la fuerza o tracción sobre el plexo braquial del feto durante el trabajo de parto por vía vaginal. [...]

En el caso que nos ocupa el recién nacido [...] no presentaba factores de riesgo ya que pesó al nacer 2650 gramos, sin embargo, es posible que la parálisis [...] se haya producido por un traumatismo durante el trabajo de parto o por la caída que sufrió a un metro de altura sobre el piso.

La literatura médica refiere respecto a la artritis séptica de cadera que es una infección común del sistema músculo esquelético, que es considerada como una urgencia médico quirúrgico ya que si no es detectada en etapas tempranas presenta complicaciones que dejan secuelas permanentes con deformidad e incapacidad de las articulaciones o huesos involucrados. [...] En el caso del hijo recién nacido de *** es posible que la infección de la articulación de la cadera se haya diseminado por vía sanguínea por la infección sistémica que el menor ya presentaba (sepsis).

[...]

[...] [E]l protocolo de atención a un recién nacido con sepsis, refiere que un neonato con factores de riesgo como los que presentaba el recién nacido y síntomas como fiebre (que también presentó el neonato un día antes de su egreso) debe considerarse como caso probable de sepsis, por lo que la ruta médica a seguir era mantenerlo en hospitalización, realizar estudios de laboratorio y proporcionar tratamiento antibiótico.

Por lo anterior, se establece que la atención médica proporcionada por el Hospital General Iztapalapa al recién nacido no fue la adecuada ya que no se realizó un diagnóstico ni se le proporcionó un tratamiento por considerarse un caso probable de sepsis y por lo tanto no debió darse de alta a los tres días de su nacimiento.

Sobre la artritis séptica de cadera derecha que padeció el menor, la literatura médica refiere que es una infección que se disemina por vía sanguínea a partir de un foco infeccioso. Por lo anterior, es posible que el día en que egresó el menor de edad (5 de septiembre, tres días posteriores a su nacimiento) no hubiese presentado síntomas, sin embargo el hecho de haber omitido proporcionar el tratamiento antibiótico al neonato probablemente favoreció la diseminación del proceso infeccioso a la articulación pélvica.

En lo que respecta a la parálisis del plexo braquial [...] En el expediente clínico [...] del menor de edad no se hace constar la parálisis y se refieren reflejos osteotendinosos (no especifica cuáles) y extremidades normales.

[...] con base en los expedientes clínicos que me fueron proporcionados llegué a las siguientes:

VI. Conclusiones

1. La escisión del cordón umbilical, la sepsis neonatal, la parálisis del plexo braquial y la artritis séptica derecha, padecimientos diagnosticados al recién nacido *** sí tienen relación con su nacimiento en medio séptico y la caída que éste presentó.
2. La sepsis neonatal y la parálisis del plexo braquial izquierdo que presentó el neonato debieron ser diagnosticadas y tratadas antes de que fuera dado de alta del Hospital General Iztapalapa y en consecuencia prevenir la artritis séptica de cadera derecha que padeció posteriormente.

IV.E.13. Acta Circunstanciada de diligencia al domicilio de peticionaria, fecha 9 de noviembre de 2011, da fe un Visitador Adjunto de esta CDHDF, quien acudió a dicha visita acompañado por un médico de esta Comisión, en el Acta se hizo constar lo siguiente:

Al llegar al lugar fuimos atendidos por la peticionaria quien posterior a presentarnos y comentarle el motivo de nuestra visita (que era saber el estado de salud del menor) nos informó que su hijo fue atendido en el Hospital Pediátrico de Iztacalco, donde estuvo hospitalizado, al parecer por cuadros infecciosos, y que posterior a su recuperación se decidió su alta. El citado Hospital concertó a su vez una cita en el Instituto Nacional de Pediatría, donde le comentaron a la peticionaria que el cuadro que presentaba, su hijo era una luxación de cadera razón por la cual era difícil que se tratara en dicho Instituto. Por lo anterior, la peticionaria consiguió que desde hace 8 meses fuera atendido en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde actualmente le están haciendo estudios para determinar si el paciente presenta alteraciones genéticas en sus riñones o alteraciones morfológicas y además hacen estudios para saber si es viable el tratamiento quirúrgico debido al problema de su pierna derecha,

secundario a la luxación de cadera que presenta, ya que desde la caída que tuvo cuando nació, su pierna es de menor tamaño que la otra, lo que le impide caminar adecuadamente.

Continuando con la entrevista a la [peticionaria], solicitamos saber si era posible realizar una revisión médica al menor, a lo que accedió, [...] [e]ncontrando en la revisión médica (interrogatorio, exploración y revisión de estudios paraclínicos), que el problema médico principal que padece el menor es, preescolar hipotrofico, luxación de cadera.

En cuanto a la Averiguación Previa que inició desconoce el estado de la misma porque el personal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal no la volvió a entrevistar ni le mandó ningún documento.

F) Expediente: CDHUS/III/122/XOCH/11/3758.

IV.F.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de junio del 2011, da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión; en el Acta se hizo constar que la peticionaria manifestó lo siguiente:



[...] El día 17 de junio de 2011 a las 04:00 horas ingresé de urgencia al Hospital Materno Infantil Xochimilco de la SSDF, por [...] el embarazo de término que presentaba; del cual tuve seguimiento ante un médico particular, sin que existiera hasta ese momento problema alguno de salud para mí, ni para el producto del embarazo, [...] [D]esde el momento de mi ingreso al citado hospital se suscitaron múltiples anomalías e irregularidades que propiciaron que tanto mi bebé como yo no recibiéramos la atención médica especializada y oportuna a que teníamos derecho; dado que en vez de ser atendida de inmediato para que naciera mi bebé, se me argumentó que presentaba 3 grados de dilatación y que tenía que esperar a que tuviera 10 y entonces se me realizara un parto natural; manteniéndome en tal situación por más de 11 horas, en tanto, ya no sentía que se moviera mi bebé, además de que había dejado de salirme líquido amniótico y me salía un líquido color verde, situación que informé a los médicos que me atendían quienes no me hicieron caso alguno; advirtiéndome que el personal médico que me atendía era muy joven e inexperto, sin que existiera la supervisión de personal calificado que estuviera pendiente de la atención a los pacientes, quienes recibían un trato similar al mío; aunado a lo anterior, a mi familia durante dicho lapso se le limitó la información acerca de mi estado de salud y de mi bebé, siendo mi familia objeto de malos tratos [...] alrededor de las 15 horas iniciaron trabajo de parto conmigo, procediendo el personal que me atendió sin ninguna consideración hacia mí ni hacia mi bebé, dado que me trataron de forma por demás bruta, tardando casi una hora en realizarme el parto natural, percatándome de que algo malo le pasaba a mi bebé quien sabía que sería niña [...] resultando que en principio se me dijo que mi bebé era niño y después me aclaró que era niña, a quien no me permitieron ver debido a que le realizaron múltiples manipulaciones [...] derivado del excesivo tiempo que se me tuvo en espera [...] tengo conocimiento de que se afectó gravemente la salud de mi hija, quien presenta diversos problemas de salud [...] y permanece internada en estado delicado en el área de neonatos; asimismo, tanto mis familiares como yo hemos sido objeto de malos tratos verbales, [...] sin que nadie asuma la responsabilidad de lo ocurrido, lejos de eso la Dra. Adriana me dijo que yo había tenido la culpa de lo que le había pasado a mi bebé, porque había tenido deficiencia de oxigenación, sin que me explicara y sustentara medicamente dicha afirmación. [...]

IV.F.2. Oficio D/0192/11 de fecha 27 de junio de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Xochimilco, en el que informa lo siguiente:

- a) La atención proporcionada a la recién nacida [...] es la que el caso requiere en función de su padecimiento diagnosticado como asfisia perinatal severa y sepsis neonatal.
- b) Que el hospital cuenta con médicos especialistas material y equipo médico necesario [...]

IV.F.3. Opinión médica sobre el caso de *, de fecha 25 de noviembre de 2011, elaborada por personal médico de esta CDHDF, en la cual se asentó, entre otras cosas, lo siguiente:**

En respuesta a los planteamientos del problema y con base en los documentos revisados para este caso y a la literatura médica, la paciente ingresa el 17 de junio 2011 a las 4:14 horas por ruptura prematura de membranas [RPM], con datos de frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, y líquido amniótico claro con grumos de aspecto normal, es decir, no existía datos de sufrimiento fetal en ese momento, se decidió la conducción del trabajo de parto, **la paciente no fue monitorizada con cardiotocógrafo o ultrasonido en la unidad hospitalaria además la frecuencia cardiaca no fue monitorizada como lo marca la NOM 007, por lo que no se puede deducir en base a los documentos revisados para este caso si existió en esos momentos datos de sufrimiento fetal.** En la atención del parto no se mencionó presencia de líquido amniótico meconial, se manejaron solo 2 cifras de frecuencia cardiaca que fueron 140 latidos por minuto y 106 latidos por minuto, lo que nos muestra que existieron datos de sufrimiento fetal en el momento del periodo expulsivo del trabajo de parto. En la atención del parto, el periodo expulsivo que duró 62 minutos y la circular de cordón apretada a cuello pudieron ejercer un efecto que promovió el sufrimiento fetal. Sin embargo cabe mencionar que la circular de cordón a cuello simple y un periodo expulsivo de 62 minutos, cada uno por separado no son indicación para cesárea, según el *Lineamiento Técnico para la realización de la Cesárea*. Por lo anterior considero que **no se brindó una atención adecuada desde su internamiento hasta la atención del parto, ya que el cuadro de circular de cordón a cuello junto con el periodo expulsivo prolongado pudieron ser las causas de asfixia perinatal, el cuadro circular de cordón apretada a cuello, a su vez, se pudo haber diagnosticado por un estudio ultrasonográfico y/o cardiotocográfico, lo cual pudo modificar la conducta terapéutica de ese embarazo.**

[...]

El daño presentado en la paciente y su hija fueron los cuadros (o enfermedades) presentadas en la menor, de los cuales se mencionan los siguientes: asfixia perinatal severa y sepsis neonatal. El cuadro de asfixia perinatal se pudo haber presentado por los cuadros obstétricos de circular de cordón a cuello, junto con el periodo expulsivo prolongado. La circular de cordón a cuello se pudo haber evitado (se pudo modificar la conducta terapéutica) si se hubiese diagnosticado por medio de un estudio ultrasonográfico y/o cardiotocográfico, mismos que no se realizaron por parte de los médicos tratantes del HMIIX. En el cuadro de sepsis neonatal, la RPM se asocia como factor de riesgo, sin embargo los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Xochimilco, dieron el tratamiento adecuado según el *Lineamiento Técnico para la realización de la Cesárea*.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

Con base a los documentos revisados del caso:

1. Considero que no se brindó una atención obstétrica adecuada a la paciente, ya que no se vigilo la frecuencia cardiaca fetal cada treinta minutos, lo cual lleva a suponer que en el periodo que no se reviso pudieron existir datos de sufrimiento fetal. La asfixia perinatal, a su vez pudo haber sido causada por los cuadros denominados circular de cordón apretada a cuello y periodo expulsivo prolongado, que se pudieron diagnosticar al monitorizar a la paciente con registro cardiotocógrafo y ultrasonografía.
2. En este caso, el manejo de la RPM en la paciente se basó en la conducción del trabajo de parto con oxitocina, dicha decisión fue adecuada según el *Lineamiento Técnico para la realización de la Cesárea*, además en él se menciona, que la RPM, no era motivo para la práctica de cesárea. Cabe mencionar que las 14 horas que duró la RPM, fue factor de riesgo para presentar un cuadro infeccioso en el menor al momento o posterior al nacimiento.
3. Los daños presentados fueron asfixia perinatal y sepsis neonatal. La asfixia perinatal pudo ser causada por la circular de cordón apretada a cuello (junto con periodo expulsivo prolongado) que a su vez se pudo haber diagnosticado por medio de un estudio ultrasonográfico y/o cardiotocográfico, mismos que no se realizaron por parte de los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Xochimilco. En el cuadro de sepsis neonatal, la RPM se asocia como factor de riesgo, sin embargo los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil Xochimilco, dieron el tratamiento adecuado según el *Lineamiento Técnico para la realización de la Cesárea*. Considero que las consecuencias del daño se deben de valorar a lo largo de la vida de la niña, ya que estas pueden ser nulas o tener mayores efectos neurológicos, lo cual solo se podrá saber a través de valoraciones neurológicas en la etapa de lactante y preescolar.

IV.F.4. Acta Circunstanciada de visita al domicilio de la peticionaria, de fecha 2 de febrero de 2012, en dicha Acta, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, se asentó lo siguiente:

[...] [F]ui atendida por la [...] madre de la peticionaria quien me informó que [la peticionaria] no se encontraba.

Se le informó a la [madre de la peticionaria] el motivo de la visita y se le solicitó información respecto del estado de salud de [la peticionaria] y su nieta. Al respecto, manifestó que:

Su nieta [...] tiene 7 meses, la niña se está desarrollando al parecer bien, ya se sienta, empieza a balbucear y sigue objetos; sin embargo, tiene que acudir cada 2 meses al centro de rehabilitación que se ubica en Xomali para que le realicen un monitoreo de su cerebro ya que al nacer le faltó oxígeno.

Las consultas no son gratuitas, pues su hija las tiene que pagar siendo que la falta de oxígeno al nacer fue consecuencia de una mala atención médica.

G) CDHUO/III/122/VC/11/D1395

IV.G.1. Acta Circunstanciada de fecha 25 de febrero de 2011, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en la que se hizo constar la comparecencia de la peticionaria quien manifestó lo siguiente:

El día 19 de enero del presente año, acudí al Hospital Materno Infantil Inguarán, [...] El motivo de mi visita de el de atender mi trabajo de parto debido a que ya contaba con los 9 meses de gestación, incluso, al parecer tenía un día de más. Ese día alrededor de las 14:00 horas, fui atendida por la Doctora Galindo, ignoro sus generales, quien me revisó u me dijo que me quedaría en observación. Desde mi llegada hasta las 14:40 horas del día siguiente 20 de enero, me estuvieron inyectando, según la doctora para que fuera un parto natural, en muchas ocasiones le dije a la mencionada Doctora Galindo que era preferible que mi practicaran una cesárea, debido a que el bebé se movía mucho, cosa que se negaron, insistiendo que tenía que nacer naturalmente; [posteriormente] al decirles que mi bebé no se movía, se me practicó un ultrasonido e inmediatamente me anestesiaron y practicaron la cesárea. Lamentablemente el niño nació sin vida, y por dicho de una pediatra de la que ignoramos sus generales, le comentó a mi esposo ***, que lo había recibido muerto y que lo había resucitado, pero que lamentablemente se encontraba muy mal de salud, debido a que había aspirado mucha agua y sangre, que tratarían de ver si con medicamentos se podía recuperar; lo mantuvieron con respiración artificial y al ver que no tenía ningún progreso en su salud después de 5 días el niño falleció. De lo que tengo conocimiento es que durante la espera a que fuera parto natural mi útero no aguantó más y se desgarró, que por tal motivo mi bebé aspiró mucha agua y sangre de esta lesión. Considero que fui objeto de negligencia médica con la que se hubiera evitado este lamentable deceso. Actualmente me encuentro estable y estoy atendida medicamente en un nosocomio particular. Por esta situación presenté mi denuncia ante el Ministerio Público de la Fiscalía Central de Investigación para Servidores Públicos.

IV.G.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 5 de abril de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en dicha acta se hizo constar lo siguiente:

El 19 de enero de 2011, acudí al Hospital Materno Infantil Inguarán para recibir una consulta, pues se encontraba en el noveno mes de embarazo. Acudí porque su esposo la afilió al seguro popular y debido a esto una trabajadora social visitó a su esposo en el trabajo le informó que ella (la peticionaria) debía acudir a consulta para que después la atendieran más rápido.

El 19 de enero de 2011, ya no alcanzo consulta normal y decidió pasar a urgencias para que la revisaran, no presentaba ningún malestar, ni dolor alguno, solo se presentó para cubrir el requisito de la consulta que sugirió la trabajadora social.

En el área de urgencias un médico le hizo el tacto y le indicó que tenía uno de dilatación por lo que se tenía que quedar, pues su bebé iba a nacer ese día.

Por lo anterior, la pasaron a un cuarto de observación en ese lugar una enfermera le preguntó si tenía dolores, ella (la peticionaria) contestó que no, estuvo en esa área como hora y media, después la

pasaron al área de expulsión, le hicieron limpieza para cesárea, le colocaron las venda en los pies y la pusieron en una camilla, pasaron aproximadamente 10 horas sin que le informaran si iba ser intervenida o porque la tenían en la camilla. [Durante] su estancia en ese lugar se percató que estaban algunas camas desocupadas, por lo que solicitó a una enfermera que la pasaran a una cama sino la iban a operar, pues se encontraba muy incómoda pero no le hicieron caso.

Enfermeras y médicos o practicantes continuaron haciéndole el tacto y sólo escuchaba que decían lleva 2 de dilatación, lleva 4 de dilatación.

Cabe destacar que desde que ingresó le aplicaron inyecciones, le explicaron que éstas eran para provocarle dolores y efectivamente le daban dolores pero se le quitaban por lo que continuaban aplicándole inyecciones.

Posteriormente, le indicó a un médico y a una enfermera que su bebé se movía raro, muy rápido y que su estomago estaba poniéndose muy duro, pero no le hicieron caso, sentía que algo no estaba bien porque su bebé actuaba raro y por ello le indicó a una enfermera que le hicieran la cesárea ya o que la revisaran, aunque le cobraran la atención médica, que ya no quería el seguro popular, pero ellos le indicaron: "no le vamos a cobrar y será un parto normal".

Insistió, pero no le hicieron caso hasta que les gritó que su bebé ya no se movía, fue hasta entonces que las enfermeras y médicos le colocaron un aparato para escuchar su corazón, al parecer no lo escucharon y fueron por otro aparato para hacerle un ultrasonido, pudo ver sus caras de preocupación y enseguida solicitaron una camilla, le volvieron hacer el tacto y le aplastaban su vientre que se encontraba muy duro, les pidió que ya no la aplastaran, pues el dolor era intenso, pero las enfermeras le indicaron "se lo tenemos que hacer señora".

Posteriormente, le hablaron al anestesiólogo y la pasaron a quirófano y viendo que se encontraba con fuertes dolores y angustiada porque su bebé no se movía le pasaron un documento para que lo firmara, ahora sabe que ese documento era para que la operaran y ya no pueda tener más hijos, pero ese no era su deseo.

La anestesiaron de manera general y le hicieron la cesárea. Posteriormente, se enteró de que su bebé nació sin respirar porque trago sangre y agua. A ella se le rompió el útero y todo por no atenderla a tiempo.

Le colocaron un penrose para que drenara la sangre, ni los médicos, ni las enfermeras le indicaron como se debía asear, por lo que ella se bañaba de manera normal, cuando la revisó el médico con la intención de retirar el penrose, la regañó, pues le informó que el penrose le estaba cicatrizando y que seguramente se le quedaría adentro, pues ya no tenía movilidad y se retiró. Eso la espantó mucho y al otro día que se bañó, jaló el tubito hasta que se lo retiró, cuando el médico la revisó le pregunto que quien había logrado retirarle el penrose, por lo que le informó que ella se le había quitado sola.

Todo lo que vivió en ese hospital lo hizo del conocimiento del gestor del seguro popular que acude al hospital los sábados y domingos y éste se comprometió a investigar los hechos.

[Manifestó que] [e]stá muy molesta por la atención que le brindaron en ese hospital pues no sólo perdió a su hijo, sino que también le explotó su útero y por si fuera poco, el personal del hospital abusando de su estado de salud físico y emocional, la operó para que ya no pueda concebir.

Solicita que los hechos se investiguen y se castigue a los responsables. Además, solicita que al menos los médicos se hagan responsables de los gastos funerarios de su hijo, pues ellos tuvieron que conseguir dinero para cubrirlos y que le indiquen si efectivamente la operaron para que ya no pueda tener más hijos.

Además, de la queja ante este organismo también formuló ante la Fiscalía para Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal denuncia penal por el delito de responsabilidad profesional y técnica.

IV.G.3. Copia del Formato de Inicio de Averiguación Previa y ratificación del mismo, formulados el 25 de enero de 2011. Los hechos ocurridos se narraron en el Formato de Inicio de Actas Especiales de Averiguación Previa lo siguiente, mismo que se ratifico en comparecencia ante el ministerio público realizada ese mismo día.

IV.G.4. Copia del certificado de defunción del Recién Nacido ***, en dónde se asiente que las causas de su muerte fueron:

- a) Falla orgánica múltiple, Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 horas.
- b) Insuficiencia renal aguda, Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días.
- c) Encefalopatía hipóxico Isquémica, Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días.
- d) Asfixia Perinatal, Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días.

IV.G.5. Copia del oficio follado con el número 008360, de fecha 18 de mayo de 2011, suscrito por la Lic. Elizabeth Herrera Baez, Agente del Ministerio Público Titular de la Unidad de Investigación "C-4" sin detenido. Remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/DEA/503/1755/2011-05 de fecha 25 de mayo de 2011 suscrito por la Directora de Enlace "A" de la PGJDF. En dicho oficio sobre el estado de la Averiguación Previa, la PGJDF informa lo siguiente:

[L]a averiguación previa [...], se encuentra en integración misma que fuera enviada a la Coordinación General de Servicios Periciales en fecha 28 de marzo de 2011, a efecto de emitir el dictamen correspondiente, [...] por lo que una vez que se encuentre dicha indagatoria en esta Unidad se remitirá un informe complementario y documentado al presente, por otro lado se mantendrá informada a la peticionaria respecto del estado que guarda la indagatoria.
[...]

IV.G.6. Oficio número 164 de fecha 16 de mayo de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por Martín Viveros Alcaráz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el cual informa lo siguiente:

[...] PERSONAL MÉDICO QUE ATENDIÓ A LA [PETICIONARIA]:

FECHA Y HORA	SERVICIO	NOMBRE
19-01-2011. 15:30 HORAS	ADMISIÓN URGENCIAS	DRA. PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ
19-01-2011. 18:30 HORAS	UTQ.	DR. ALFREDO VALLE RODRÍGUEZ
19-01-2011. 21:00 HORAS	UTQ.	DRA. ROSA ELENA CANO NAVA
20-01-2011 W 20-01-11. 7:30 HORAS	UTQ. (CIRUJANO)	DRA. LILIA GALINDO ORTEGA
20-01-2011	UTQ. (ANESTESIÓLOGO)	DR. OSCAR RAMÍREZ FRANCO
21-01-2011, 24.01-11, 25.01-11	HOSPITALIZACIÓN (EVOLUCIÓN Y ALTA)	DR. OCTAVIO PÉREZ HERNÁNDEZ
22-01-2011, 23-01-2011	HOSPITALIZACIÓN (EVOLUCIÓN)	DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SERVICIO DE ENFERMERÍA		NIEVE LILIA MADRIGAL RAMÍREZ MA. YOLANDA BARAJAS JIMÉNEZ VERÓNICA SÁNCHEZ SALAS CASTILLO ROJAS OLIVIA IRMA SANTINA ANDRADE FRANCISCA SANTIAGO GIRÓN RICARDO VÁSQUEZ VALENCIA LETICIA VERÓNICA GARCÍA SÁNCHEZ JULIA MUÑOZ MEJÍA MICAELA MADRID RAMOS

SE ENVÍA INFORME AMPLIO Y DETALLADO SOBRE LA ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA AGRAVIADA Y SU RECIÉN NACIDO [RESUMEN CLÍNICO].

[...]

FECHA DE INGRESO: 19-01-2011

FECHA DE EGRESO: 25-01-2011

[LA PETICIONARIA] FUE VALORADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EL DÍA 19 DE ENERO DE 2011 A LAS 15:00 HORAS [...]

DONDE REFIERE ACUDIR POR INICIAR CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR SIN DATOS DE VASOESPASMO [...] CON MOTILIDAD FETAL PRESENTE [...] CON 1 CM DE DILATACIÓN [...]

SE INDICA:

INGRESAR A UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA

SOLUCIÓN GLUCOSADA PARA MANTENER VENA PERMEABLE

VIGILANCIA OBSTÉTRICA

SIGNOS VITALES POR TURNO Y CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA

REVISIÓN A SU INGRESO LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA 19 01 11, 18:30 HRS.

REFIERE HIPO MOTILIDAD FETAL, [...]

SE INTEGRA DIAGNÓSTICO EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE, PERIODO INTER-GENÉSICO CORTO, CESÁREA PREVIA, PARIDAD SATISFECHA.

SE INDICA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR VÍA ABDOMINAL.

REVISIÓN TURNO NOCTURNO: 19 01 2011 A LAS 21 HRS.

REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES NORMALES ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, [...]

CÉRVIX POSTERIOR 2 CM DE DILATACIÓN [...]

YA CUENTA CON LABORATORIO U AYUNO PASA A SALA CUANDO SE INDIQUE SE DEJA CON SOLUCIÓN HARTMAN VIGILANCIA DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y ACTIVIDAD UTERINA.

REVISIÓN TURNO MATUTINO: 20 01 11, 7:30 HRS.

ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES NO VASO ESPASMO [...]

ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR CON CERVIZ DILARACIÓN 2 CM BORRAMIENTO 50% [...] SE

ENCONTRÓ BAJO VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO Y POR LINEAMIENTO DE INDICACIÓN CESÁREA SE DECIDE CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO COMO PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO BAJO VIGILANCIA ESTRECHA DE EVOLUCIÓN.

[...]

REVISIÓN 20 01 11, A LAS 14:30 HRS TURNO MATUTINO LA PACIENTE REFIERE HIPOMOTILIDAD FETAL ACTIVIDAD UTERINA REGULAR:

[...]

FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 90 LATIDOS POR MINUTO EL CUAL SE CORROBORA POR ULTRASONIDO Y NO SE OBSERVA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD, [...] CON 4 CM DE DILATACIÓN BORRAMIENTO 70% [...]

SE INTEGRA DIAGNÓSTICO EMBARAZO DE 40.2 SEMANAS EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA PARIDAD SATISFECHA BRADICARDIA FETAL, INMINENCIA DE RUPTURA UTRINA. POR LO QUE SE DECIDE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR VÍA ABDOMINAL LA PACIENTE CONFIRMA LA SOLICITUD DE OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.

SE INDICÓ CESÁREA URGENTE Y PASA A QUIRÓFANO. SE CUENTA CON HOJA QUIRÚRGICA FIRMADA POR LA PACIENTE Y LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.

REVISIÓN NOTA POSTQUIRÚRGICA Y RECORD QUIRÚRGICO 20 01 11 A LAS 16:00 HRS.

SE REALIZA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON ANESTESIA GENERAL ENCONTRANDO AL INGRESAR A CAVIDAD ABDOMINAL PRODUCTO LIBRE EN LA CAVIDAD, RUPTURA CON DESGARRO DE LA COMISURA IZQUIERDA Y LESIÓN VASCULAR PRODUCTO ÚNICO VIVO CON APGAR 3 AL MINUTO A LOS 5 NO VALORABLE [...]

[...]

SE HACE LA OBSERVACIÓN DE QUE NO SE CONTÓ CON INSTRUMENTISTA.
SE INTEGRA DIAGNÓSTICO: PUERPERIO QUIRÚRGICO INMEDIATO, EXTRACCIÓN DE PRODUCTO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y REPARACIÓN DE RUPTURA UTERINA, FERTILIDAD SATISFECHA U CHOQUE HIPOVOLÉMICO IV EN CONTROL.
CIRUGÍA REALIZADA: EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y REPARACIÓN DE RUPTURA UTERINA, OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.

[...]

[FUE INDICADA SU ALTA A SU DOMICILIO EL 25 DE ENERO DE 2011 A LAS 7:30 HRS.

[...]

RESUMEN CLÍNICO DE *** RECIÉN NACIDO HOMBRE

[...]

DX DE INGRESO: RECIÉN NACIDO MASCULINO EUTRÓFICO

POS PARO CARDIORESPIRATORIO 8 MINUTOS

ENCEFALOPATÍA HIPÉRICO ESQUEMA GIII

ASFIXIA PERINATAL SEVERA

SDR SEC A PULMÓN ASFÍCTICO.

DX DE DEFUNCIÓN: FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE 24 HRS

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA 5 DÍAS

ENCEFALOPATÍA HIPÉRICO ISQUÉMICA GIII 5 DÍAS

ASFIXIA PERINATAL 5 DÍAS

[...]

[...] INFORME EN QUÉ MOMENTO Y QUIÉN FUE EL ENCARGADO DE TOMAR EL CONSENTIMIENTO DE LA PETICIONARIA PARA LA REALIZACIÓN DE LA OTB.

LA ENCARGADA FUE LA DOCTORA LILIA GALINDO ORTEGA. LA AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN LA HOJA DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

[...]

IV.G.7. Oficio número 278 de fecha 22 de julio de 2011, suscrito por el Dr. Martín Viveros Alcaráz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que, en respuesta a una solicitud de información de esta Comisión manifiesta lo siguiente:

1. INFORME A ESTA COMISIÓN CUÁL ES EL PROTOCOLO QUE SIGUEN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTE EMBARAZADA EN LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARÁN.

- SE VALORA A LA PACIENTE CON TOMA PREVIA DE LABORATORIOS Y SIGNOS VITALES
- SE VIGILA EL TRABAJO DE PARTO
- SE MONITORIZA LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL CON CARDIOTOCÓGRAFO
- SE REALIZA DIAGNÓSTICO DE INGRESO O MODIFICÁNDOLO PARA NORMAR CONDUCTA DE PLAN DE MANEJO DE ACUERDO A LA NOM: 007 Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS.

2. INFORME AMPLIAMENTE QUE PROTOCOLO SE SIGUE EN ESA UNIDAD MÉDICA, CUANDO UNA PACIENTE EMBARAZADA BAJO VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO PRESENTA DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA. EXPLICAR AMPLIAMENTE ¿POR QUÉ SE DEMORÓ EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AL NOTAR LOS DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA?

- TODA PACIENTE SE MANTIENE BAJO MONITOREO CON CARDIOTOCÓGRAFO Y DINAMÓMETRO, VIGILANDO LA FRECUENCIA, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS CON REGISTRO DE ACUERDO A LA CURVA DE FRIEDMAN (PROGRESIÓN GRÁFICA DEL TRABAJO DE PARTO)
- SALIDA DE LÍQUIDO SANGUINOLENTO
- MODIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL
- HIPERTONÍA UTERINA Y/O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES
- FALTA DE PROGRESIÓN DEL DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN EN EL CANAL DE PARTO
- MONITOREO PERIÓDICO DE SIGNOS VITALES POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA Y VALORACIÓN A TRAVÉS DE TACTO VAGINAL Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL POR PARTE DEL MÉDICO.

EN CUANTO A LA DEMORA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NO LA HUBO, YA QUE POR PERMANECER EN VIGILANCIA, SE DETECTA EN EL MOMENTO LA INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA Y SE PASA DE FORMA OPORTUNA A QUIRÓFANO, OBTENIENDO A TRAVÉS DE PARTO POR CESÁREA PRODUCTO ÚNICO VIVO, LOGRÁNDOSE RESOLVER EL SANGRADO POR LA RUPTURA Y CONSERVANDO LA VITALIDAD DE LA PACIENTE.

3. INFORMAR QUÉ PROTOCOLO SE SIGUE EN ESTA UNIDAD MÉDICA CUANDO SE TIENE FALTA DE PROGRESIÓN DE TRABAJO DE PARTO, EN EL CASO DE LA AGRAVIADA, [...] FAVOR DE MENCIONAR ¿POR QUÉ SE DEJÓ A LIBRE EVOLUCIÓN EL TRABAJO DE PARTO CUANDO LA FASE LATENTE FUE MAYOR DE 14 HORAS?

EN EL CASO DEL PACIENTE [LA PETICIONARIA] NO PRESENTA FALTA DE PROGRESIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, INGRESA A LA INSTITUCIÓN EN PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO, APEGÁNDOSE A LA NORMA OFICIAL 007 Y LINEAMIENTO TÉCNICO DE ATENCIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y LA PREVIA VALORACIÓN DE LAS CONDICIONES PÉLVICAS Y DEL PRODUCTO SE CONSIDERA ADECUADA PARA LA ATENCIÓN POR PARTO VAGINAL Y CON APEGO A LINEAMIENTOS ACTUALES DE LA REPRODUCCIÓN DEL ÍNDICE DE OPERACIÓN CESÁREA SE LE INDICA UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO, APEGÁNDOSE A LA SEGUNDA OPINIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CESÁREA. POR CONSIGUIENTE EL TÉRMINO DE FALTA DE PROGRESIÓN DEL TRABAJO DE PARTO NO ES SUFICIENTE PARA UN DIAGNÓSTICO, EL QUE HAYA DURADO 14 HORAS DE FASE DE LATENCIA NO ES INDICACIÓN DE UNA CESÁREA, SE CONSIDERA UNA FASE PRODRÓMICA DE TRABAJO DE PARTO QUE PUEDE DURAR DESDE EL INICIO DE LA ACTIVIDAD HASTA 72 HORAS Y ALCANZAR DILATACIÓN DE CERO A 3-5-

4. FAVOR DE MENCIONAR LA JUSTIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA INDUCTO CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO DE [LA PETICIONARIA].

POR LINEAMIENTO DE INDICACIÓN DE CESÁREA:

[...]

IV.G.8. Copia del Oficio 225, de fecha 20 de junio de 2011, suscrito por el Dr. Martín Viveros Alcaráz, Director; Dra. Carmen Canchola Sotelo Jefa de la Unidad Médica; Dr. Octavio Pérez Hernández, Jefe de Unidad Tocoquirúrgica y Admisión; Dr. Miguel Peña Espíritu, Jefe de Anestesiología y Dr. Ernesto Palma Soto Jefe de Neonatología, todos del Hospital Materno Infantil Inguarán. Remitido a esta Comisión mediante oficio número 278 de fecha 22 de julio de 2011, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán en el que se da a conocer la "Opinión técnica médica" sobre el caso que nos ocupa y se concluye lo siguiente:

REUNIDOS EN LA SALA DE JUNTAS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL:

DR. MARTÍN VIVEROS ALCARÁZ, DIRECTOR

DRA. CARMEN CANCHOLA SOTELO J.U.D. MÉDICO

DR. OCTAVIO PÉREZ HERNÁNDEZ, JEFE DE LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA Y ADMISIÓN

DR. MIGUEL PEÑA ESPÍRITU, JEFE DE ANESTESIOLOGÍA

DR. ERNESTO PALMA SOTO JEFE DE NEONATOLOGÍA

ANALIZANDO EL SEGUIMIENTO DE LA [PACIENTE] ATENDIDA EL DÍA 19 DE ENERO DEL 2011, DETERMINAMOS DE ACUERDO AL ANÁLISIS DEL EVENTO QUE SE PRESENTÓ EN EL TURNO NOCTURNO Y MATUTINO LO SIGUIENTE:

[...]

1. EL INGRESO DE LA PACIENTE ES EN FORMA OPORTUNA
2. SUS DIAGNÓSTICOS SON CONGRUENTES Y CORRECTOS
3. CON PROBABLE PROGRAMACIÓN PARA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO VÍA ABDOMINAL A PARTIR DE LAS 18:30 HORAS DEL 19-01-2011
4. RESULTADO FINAL DEL EMBARAZO INCORRECTO POR LOS SIGUIENTES PUNTOS:
 - A. FALTA DE PERSONAL MÉDICO (GINECÓLOGOS, PEDIATRAS Y ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES TURNOS: DOS GINECÓLOGOS, EN EL TURNO VESPERTINO, 2 EN EL NOCTURNO EN EL CUAL SE PRESENTARON: TRES CESÁREAS, DOS LEGRADOS UTERINOS Y SIRTE PARTOS, OCASIONANDO DIFERIMIENTO QUIRÚRGICO PARA

SOMETER A LA PACIENTE A CESÁREA, EN EL TURNO MATUTINO DEL 20-01-2011: HUBO LA PRESENCIA DE DOS GINECÓLOGOS Y UN PEDIATRA EN LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA CON EXCESO DE TRABAJO, EN EL CUAL SE PRESENTARON HASTA LAS 15:00 HRS: 5 CESÁREAS, 4 LEGRADOS UTERINOS, 7 PARTOS Y UN CIERRE DE PARED, ASÍ COMO CARENCIA EN LOS TRES TURNOS DE ENFERMERÍA, LO QUE CONLLEVA A UNA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA.

- B. RESPONSABILIDAD MÉDICA: DE ACUERDO AL APEGO A LA NORMA 007, LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y NORMA DE PROCEDIMIENTOS, YA QUE AL DAR LA INDICACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL OXITÓCICO REQUIERE VIGILANCIA ESTRECHA Y MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL, Y POR FALTA DE PERSONAL NO FUE POSIBLE DAR LA ATENCIÓN ESTRECHA Y DE CALIDAD MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON FACTOR DE RIESGO.
- C. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL: YA QUE EN EL MOMENTO Y REITERADAS OCASIONES SE HA SOLICITADO TOCO CARDIOGRADOS PARA MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN ESA ÁREA, CON RESULTADOS NEGATIVOS PARA LA REPARACIÓN O SI REPARACIÓN O SUSTITUCIÓN DE LOS MISMOS. ASÍ COMO FALTA DE BOMBAS DE INFUSIÓN LAS CUALES SE HAN SOLICITADO EN FORMA REITERADA PARA SU UTILIZACIÓN EN ESTE ROPO DE UNIDADES.

IV.G.9. Oficio sin número, de fecha 11 de agosto de 2011, suscrito por la Agente del Ministerio Público Titular de la Unidad de Investigación "C-4" sin detenido, Lic. Elizabeth Herrera Báez, dirigido a esta Comisión mediante oficio número DGDH/DEA/503/3070/2011-08 de fecha 17 de agosto de 2011 firmado por la Directora de Enlace "A" de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF, en el que informan sobre la averiguación previa presentada por la peticionaria lo siguiente:

[...] dicha indagatoria se encuentra en integración, [...]:

1.- La averiguación previa regresó de la Coordinación General de Servicios Periciales el día 15 de junio del año 2011, en donde se rinde dictamen médico, en donde se concluye: Si existen lesiones en la paciente ***, al presentar una ruptura uterina durante una prueba de trabajo de parto que excedió las cuatro horas que marcan los lineamientos técnicos para la realización de una cesárea segura. La Dra. Galindo (Las notas médicas sólo refiere Dra. Galindo MA.) Observo una atención médica deficiente y tardía que puso en peligro la vida de la [peticionaria] y que ocasionó la muerte del recién nacido masculino *** por asfisia Perinatal y Encefalopatía Hipoxicoisquémica.

[...]

IV.G.10. Opinión médica sobre el caso de la Peticionaria *** de fecha 5 de septiembre de 2011, emitida por médicos de esta Comisión, en la cual se asentó lo siguiente:

[...]

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados en el expediente de queja, comentamos el caso de la [peticionaria], quien ingresó el 19 de enero al HMII, con diagnósticos embarazo de 41.2 semanas de gestación y cesárea previa. Se decidió resolución del embarazo por cesárea, sin embargo por no tener tiempo quirúrgico, ni personal suficiente en el hospital se difirió la intervención quirúrgica. Para el 20 de enero a las 16:10 horas, los diagnósticos prequirúrgicos fueron bradicardia fetal severa e inminencia de ruptura del útero, se realizó cesárea, obteniendo a menor masculino, el cual no respiró ni presentó latido cardiaco a su nacimiento, el cual se revirtió hasta los 8 minutos, sin embargo presentó convulsiones que orientaron a pensar que presentaba encefalopatía hipóxico-isquémica (los diagnósticos del menor fueron: recién nacido masculino eutrófico, paro cardiorrespiratorio de 8 minutos, encefalopatía hipóxico isquémica, síndrome de distress respiratorio, asfisia perinatal severa y sufrimiento fetal agudo por inminencia de ruptura uterina).

Por su parte la [peticionaria] evolucionó de manera satisfactoria y se le dio de alta. El menor no evolucionó satisfactoriamente, su cuadro fue grave, falleció el 25 de enero del 2011.

Se puede afirmar que el daño físico en este caso fue la muerte del niño. Al parecer fue una complicación, secundaria a la entidad clínica denominada *Encefalopatía hipóxica isquémica*, misma que se presentó por un cuadro de asfixia fetal, que a su vez pudo haber sido causada por una ruptura uterina [...].

En este caso los médicos tratantes del HMII, plasmaron la indicación de la *conducción del trabajo de parto* de la [agraviada] como parte del plan terapéutico. Cabe hacer mención que los *Lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la operación cesárea*, refieren que puede estar justificada la *prueba de trabajo de parto*, siempre y cuando se tenga una estrecha vigilancia. El propio HMII, a través de su director y varios jefes de servicio, refirieron que por falta de personal no fue posible dar la atención estrecha y de calidad médica y de enfermería en la paciente con factor de riesgo. Por lo que ante esa situación no se debió de haber realizado dicha prueba.

Por lo anterior con base a los documentos revisados del caso y la literatura médica revisada al respecto, desde la perspectiva médica muy probablemente si existió vínculo (o nexo) entre la ruptura uterina y el cuadro de encefalopatía hipóxica-isquémica, con la aplicación de oxitocina sin vigilancia estrecha y sin monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, la cual a su vez fue generada por falta de personal médico, sin embargo, para tener certeza sobre la causa, mecanismo y manera de muerte del hijo de la [peticionaria] se debió de haber efectuado la necropsia clínica o la médico legal.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

1. El daño que se produjo en este asunto fue la muerte del hijo de la [peticionaria]. La causa de muerte del hijo de la [peticionaria] inferida clínicamente, fue una entidad denominada *encefalopatía hipóxica isquémica*, misma que probablemente se derivó de una *hipoxia fetal*, que a su vez pudo haber sido generada por la *ruptura uterina*, la cual pudo haber sido propiciada por la conducción del trabajo de parto con oxitocina mal indicada, por carecer de personal y equipo adecuado.
2. En este caso los médicos tratantes del HMII, plasmaron la indicación de la conducción del trabajo de parto de la [peticionaria] como parte del plan terapéutico. El HMII, afirmó que por falta de personal no fue posible dar la atención estrecha y de calidad médica y de enfermería en la paciente con factor de riesgo. Por lo que ante esa situación no se debió de haber realizado dicha prueba.
3. Por lo anterior con base a los documentos revisados del caso y la literatura médica revisada al respecto, desde la perspectiva médica en este asunto si pudo existir vínculo (o nexo) entre la ruptura uterina y el cuadro de encefalopatía hipóxica-isquémica, con la aplicación de oxitocina sin vigilancia estrecha y sin monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, la cual a su vez fue generada por falta de personal médico y de equipo especializado. Sin embargo, para tener la certeza médica tanto de la causa real, así como del mecanismo y de la manera de muerte, se debió de haber realizado un protocolo de necropsia clínica o médico legal.

H) Expediente: CDHDF/III/122/AZCAP/10/D3843.



IV.H.1. Acuerdo de la CDHDF derivado de una nota periodística del periódico "El Universal", por el que se inicia de oficio una investigación toda vez que de lo narrado se desprenden presuntas violaciones a los derechos humanos en las que se encuentran relacionadas autoridades del Distrito Federal. En dicho diario se publicó el 05 de junio de 2010 que la entrevistada, considerada como agraviada para efectos de la investigación, perdió a su bebé debido a que no recibió atención oportuna en el Hospital Materno Infantil Nicolás Cedillo Soriano de la SSDF, en Azcapotzalco. La agraviada manifestó al diario en referencia que todo el día sintió cólicos y contracciones. En el Hospital siempre le pedían que regresara más tarde, mencionándole "no hay camas". Refiere haber llegado al hospital a las 3 de la mañana, pero la atendieron hasta las 06:30 horas, un médico con un estetoscopio, buscó el pulso del bebé, no lo halló. Llegaron varios doctores que murmuraban. Le argumentaron que su hija nació deforme y murió, pero durante todo su periodo de gestación, los ultrasonidos y la doctora del Centro de Salud coincidían en que el bebé se desarrollo bien.

IV.H.2. Certificado de muerte fetal, remitido a esta Comisión mediante oficio número D/254/10 de fecha 28 de octubre de 2010, suscrito por la Dra. Patricia Flores Galicia, en el que se asienta que la causa de muerte fue "Hipoxia in útero".

IV.H.3. Oficio número D/126/201 de fecha 1° de agosto de 2011, suscrito por la Dra. Mireya del C. Castañeda Olmos, Encargada de la Subdirección Médica del Hospital Materno Infantil "Dr. San Nicolás M. Cedillo S." de la SSDF; en el cual, en atención a un requerimiento de información formulado por esta CDHDF, responde lo siguiente:

[...]

No se realizó rastreo ultrasonográfico [de la paciente] debido a que no se contaba con el recurso humano (ultrasonografista) en el Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo Soriano en el turno nocturno, así como el médico general que revisó a la paciente en el servicio de admisión se guió en su valoración por un ultrasonido que la paciente portaba [...]. En cuanto al registro cardiotocográfico no fue realizado debido a que el equipo disponible en ese tiempo estaba descompuesto.

[...]

Actualmente se dispone de un equipo de ultrasonido portátil en urgencias y otro en el área de imagenología que funciona en urgencias las 24 horas y el otro en el área de imagenología que funciona sólo en el turno matutino. En cuanto a los cardiotocógrafos desde hace 6 meses, el hospital dispone de 2 aparatos, los cuales están uno para el área de urgencias y el otro en el área de hospitalización.

Los aparatos y ultrasonidos y cardiotocógrafos actualmente se encuentran funcionando.

Estos aparatos actualmente son utilizados por los médicos ginecoobstetras de cada turno.

IV.H.4. Hoja de mortalidad materna y perinatal realizada por el Comité de mortalidad materna y perinatal del Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S." de la SSDF el 28 de abril de 2010. Remitida a esta Comisión mediante oficio número D/126/201 de fecha 1° de agosto de 2011, suscrito por la Encargada de la Subdirección Médica de dicho Hospital. En la hoja de la sesión indican lo siguiente:

[...]

Mortalidad Materna y Perinatal: En este mes tenemos cero mortalidad materna, las dos muertes perinatales que tuvimos [...] la segunda es un producto de 39 semanas de gestación de 2400 grs. el cual aún siendo vigilado en el momento del trabajo de parto sufre una hipoxia in útero y fallece, siendo una muerte no previsible ya que pudo evitarse de haberse realizado la cesárea a tiempo.

Infraestructura: Seguimos interrelacionando todos los servicios para dar la mejor calidad en la atención por el momento no contamos con el cardiotocógrafo y seguimos solicitando su reparación, contamos con equipo de doptone para vigilar la frecuencia cardíaca fetal en el servicio de urgencias y UTQ, a pesar de las dos muertes perinatales en este mes la incidencia de mortalidad es muy baja.

[...]

IV.H.5. Opinión médica sobre el caso de [la agraviada] **, de fecha 12 de octubre de 2011, realizado por médicos de esta CDHDF, en el que concluyen sustancialmente lo siguiente:

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados en el expediente de queja, comentamos el caso de la [agraviada]. Se trata de paciente [...] quien acude al Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S." [en adelante HMINMC] el 31 de marzo del 2010 a las 20:13 horas, por inicio de trabajo de parto, sin embargo, en la primera ocasión que fue atendida en dicho hospital no fue ingresada por no cumplir los criterios de ingreso para hospitalización, llevaba consigo un reporte ultrasonográfico del 26 de marzo del 2010 que reportó imágenes sugestivas de circular simple de cordón umbilical. Posteriormente fue ingresada al mismo hospital el 1° de abril a las 4:00 horas; a las 6:00 horas presentó datos de sufrimiento fetal, se realizó cesárea obteniendo un producto muerto. [...]

[...] se puede afirmar que el daño físico que en este caso fue la muerte de la hija de [la agraviada], pudo haber sido por un cuadro llamado *Sufrimiento fetal agudo*, probablemente secundaria a la entidad clínica denominada *doble circular de cordón apretada a cuello*. [...]

En este caso los médicos tratantes del HMINMC, contaron con un antecedente de resultado ultrasonográfico el cual reportaba imágenes sugestivas de circular simple de cordón umbilical. Por lo que se debió de contar con tecnologías como ultrasonografía y cardiotocógrafo para mantener la vigilancia del binomio, además debieron haber realizado la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos, en el partograma, mismo que está lleno con ningún registro de contractilidad uterina y/o frecuencia cardiaca fetal.

Por lo anterior con base en los documentos revisados del caso, en la literatura médica revisada al respecto y en lo señalado por el propio *Comité de estudios de mortalidad perinatal* del HMINMC. Desde la perspectiva médica se puede establecer que en este asunto muy probablemente existió vínculo o nexo entre la falta de diagnóstico oportuno del cuadro clínico conocido como Sufrimiento fetal agudo por doble circular de cordón y la muerte de la menor [...]. Se hace énfasis de que, en virtud de que la única manera para establecer documentalmente la causa real de muerte es a través de un protocolo de necropsia, en este asunto aunque no se puede asegurar que la causa de muerte haya sido el sufrimiento fetal secundario a circular de cordón umbilical al cuello del producto, si se puede afirmar que ello tiene altas probabilidades de que así ocurrió.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. Conclusiones

Con base en los documentos revisados del caso:

1. El daño físico se produjo en este asunto fue la muerte de la menor hija de la peticionaria.
2. En este caso los médicos tratantes del HMINMC, contaron con el antecedente de un resultado ultrasonográfico el cual reportaba **imágenes sugestivas de circular simple de cordón umbilical**. Por lo cual se debió haber realizado la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos, pudiendo esta ser verificada con el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía o la ultrasonografía que son los métodos mejor utilizados para poder diagnosticar un problema de sufrimiento fetal tal y como lo marca la NOM 007.
3. Con base en los documentos analizados del caso, en la literatura médica revisada al respecto y en lo señalado por el propio *Comité de estudios de mortalidad perinatal* del HMINMC, desde la perspectiva médica se puede establecer que en este asunto muy probablemente existió vínculo o nexo entre la falta de diagnóstico oportuno del cuadro clínico conocido como Sufrimiento fetal agudo por doble circular de cordón y la muerte de la menor hija de la [agraviada].
4. En este asunto aunque no se puede asegurar, porque no se realizó protocolo de necropsia, que la causa de muerte haya sido efectivamente el sufrimiento fetal agudo secundario a circular de cordón umbilical al cuello del producto, si se puede afirmar que ello tiene altas probabilidades de que así ocurrió.

I) Expediente: CDHDF/III/122/MA/10/D6802.

IV.I.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de la peticionaria, del 7 de octubre de 2010, de la cual dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión. En dicha Acta Circunstanciada se hizo constar lo siguiente:

[Q]ue [s]u cuñada *** [...], acudía desde hace aproximadamente seis meses al Hospital General Milpa Alta de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, toda vez que se encontraba embarazada y ya la habían programado para una cesárea; sin embargo, el día siete de octubre del [2010], aproximadamente a las tres horas, se presentó al citado Hospital, pero el personal médico le informó que regresará a su casa que aún le faltaban diez horas, su familiar regresó al nosocomio en cuestión, a las nueve horas y nuevamente los médicos le informaron que regresara más tarde que aún no era momento para realizarle la cesárea. Su cuñada regresó a las quince horas pues los dolores ya eran muy fuertes y estaba sangrando, por lo que los médicos la recibieron y a las dieciocho horas le informaron a su hermano,

[esposo de la señora ***], que la bebé había fallecido. Hace unas minutos, le entregaron el cuerpo de la bebé para que realice los trámites funerarios; no obstante, no le han informado sobre el estado de salud de la señora ***, no le permiten verla y sólo le dicen que tenga paciencia que más adelante le brindaran informes. Considera que la bebé falleció debido a que su cuñada no fue atendida en el momento oportuno y teme por el estado de salud de su familiar. [Las anteriores] situaciones [las] considera irregulares y violatorias de derechos humanos.

IV.I.2. Acta Circunstanciada de visita al Hospital General Milpa Alta y revisión de expediente de fecha 8 de octubre de 2010, da fe una Médica Visitadora de esta Comisión. En el Acta Circunstanciada se transcribieron varios datos del expediente clínico, asimismo, se documentó por medio de impresiones fotográficas. Son relevantes los siguientes datos:

[...] en el rubro de Antecedentes Ginecoobstetricos está la anotación [...]; en padecimiento actual: *lo inicia el 06/OCT/10 aprox 19:00 hrs con actividad uterina regular por lo que acude percibiendo movimientos fetales (sic).*

En hoja de Partograma [...] en la parte superior tiene la anotación de las 3:50 horas; en el rubro de hora de ingreso (Datos clínicos al Ingreso) tiene las 15:51 horas, considerando en este momento que el producto presentaba FCF³ de 138, 6 centímetros de dilatación y 95% de borramiento [...]. En la parte posterior se encuentra la anotación de 7/10/10 a las 4:11 horas que tenía una FCF de 140 por minuto, dilatación de 1 centímetro y en el recuadro de Observaciones la anotación de *valoración en 3 horas, se dan signos de alarma.* En el siguiente recuadro valoración de las 12:20 horas, con dilatación de 3-4 centímetros y 80% de borramiento, [...] en el recuadro de observaciones la anotación de *se dan datos de alarma, cita en 2 horas.* En el siguiente recuadro valoración a las 18:15 o 18:45 horas (no se distingue bien la hora), señalando que presentaba FCF de 148 por minuto; en el recuadro de altura de presentación esta la anotación de *libre no se toca presentación (sic)* y en el recuadro de esa misma hora, debajo de horas de estancia en labor la anotación con *BPD⁴ sin TP⁵ no FCF y se pasa a quirófano (sic).*

[...]La nota del Óbito, con fecha 7 de octubre de 2010, sin hora, haciendo la anotación de [...] óbito secundario a sufrimiento fetal agudo por ruptura uterina.

[...]

De acuerdo a las Notas de Enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano [...], los primeros signos vitales se le tomaron a las 17:00 horas; [...] En las observaciones hacen la anotación *movimiento fetales no percibidos por la pte (sic) desde hace 1 hora aproximadamente, inquieta, poco cooperadora, la valora GO quien solicita se prepare para cesárea, la valora anestesiología, quien instala catéter epidural a las 18:18 hrs (sic).*

Posterior a la revisión, se puede hacer la observación que no hay Nota Inicial de Urgencias, las anotaciones de las valoraciones que se le realizaron a la señora ***, aparentemente se anotaron en la Hoja de Partograma. No se sabe exactamente la hora de ingreso, ya que la nota de las 15:40 horas no especifica si es de ingreso o de evolución. Se observa también que no se estuvo valorando a la paciente desde su ingreso hasta las 18:15 horas (de acuerdo a hoja de Partograma) con la anotación de la FCF de 148 y abajo anotan que no se toca presentación y no hay FCF.

No se encontró en la documentación proporcionada, ninguna hoja de indicaciones médicas. [...]

IV.I.3. Oficio HGMA/D/841/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, dirigido a esta Comisión con motivo de una solicitud de medidas precautorias, en el cual informa lo siguiente:

En atención al oficio MPQ-Q-1854-10 relacionado con la queja interpuesta [...] por la atención médica proporcionada a su cuñada, informo a usted las acciones realizadas para dar respuesta a las medidas precautorias solicitadas:

[...]

³ Abreviaturas de frecuencia cardíaca fetal.

⁴ Abreviatura de bloqueo peridural.

⁵ Trabajo de Parto (abreviatura) o también se abrevia TDP.

La paciente ha sido valorada adecuada y profesionalmente por el personal Médico y de Enfermería hasta el día 11 de octubre del año en curso y se encuentra dada de alta por mejoría.

[...]

La valoración de la paciente realizada en el post operatorio por el Personal Médico (sic) de Gineco-Obstetricia determinan que las Condiciones del Hospital General Milpa Alta son las adecuadas para la atención que la paciente requiere por lo que no se considera el traslado a otras Unidades de la Secretaría de Salud del D.F.

[...]

Se omite el oficio HGMA/D842/10, dirigido al Dr. Gustavo Carvajal Aguilar, Director General de Servicios Médicos y Urgencias, en el cual se solicita la contratación de Médicos Gineco-Obstetras por turno para fortalecer el Servicio de Gineco-Obstetricia en todos los turnos.

[...]

El 8 de Octubre del año en curso se informó a la C. ***, el estado de salud de la Señora ***, debido a que el [su esposo] no se encontraba en la Unidad.

[...]

Se giró instrucción a la Subdirectora Medica y al Jefe de Enfermeras para que recomienden al personal que eviten maltrato y actos indebidos a los C. ***, así como el Señor ***, con motivo de la queja interpuesta en la Comisión de Derechos Humanos del D.F.

IV.I.4. Copia del oficio HGMA/D842/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, dirigido al Dr. Gustavo Carvajal Aguilar, Director General de Servicios Médicos y Urgencias del mismo Hospital; remitido a esta Comisión mediante el oficio HGMA/D/841/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Director del Hospital General Milpa Alta; en dicho oficio refiere lo siguiente:

En atención a la solicitud de medidas precautorias emitida por la Comisión de Derechos Humanos del D.F., [...] solicito a usted la contratación de 6 Gineco-Obstetras: 1 para turno matutino, 1 para turno Vespertino, 3 para turno Nocturno (uno para cada guardia "A", "B" y "C") y uno para S.D.F.

Lo anterior para fortalecer el servicio de Ginecología y Obstetricia de esta Unidad Hospitalaria ya que en el momento sólo contamos con un Gineco-Obstetra en turnos vespertino, nocturno y Sábados y Domingos, quienes **son insuficientes** para cubrir los servicios de Urgencias, Unidad Tocoquirúrgica y Hospitalización.

IV.I.5. Copia certificada del expediente médico de la agraviada. Remitido a esta Comisión mediante oficio HGMA/D/866/10 de fecha 19 de octubre de 2010. De dicho expediente médico se desprende la nota de óbito en donde se informa: "OBITO SEC A. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO por RUPTURA UTERINA."

Asimismo de dicho expediente se desprende una nota de atención psicológica de fecha 8 de octubre de 2010, realizada por personal del servicio de psicología del Hospital General Milpa Alta, en el cual aparece como diagnóstico, derivado de una entrevista, el de "Episodio Depresivo Leve secundario al Duelo". De igual manera, el 9 de octubre de 2010, se le prestó apoyo emocional y se dejó cita abierta para el servicio de psicología.

Se desprende de las notas médicas que el 11 de octubre de 2010 la agraviada, *** fue dada de alta por mejoría.

IV.I.6. Oficio DAJ/SAA/3584/2010 de fecha 22 de noviembre de 2010, dirigido a esta Comisión con motivo de una solicitud de información, suscrito por el Lic. Darío Manuel Castorena Rojí, Director de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en el que informa:

[...] personal del Centro de Salud "Gastón Melo", actuó conforme la NOM-007-SSA2-1993, "Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la

prestación del servicio". Por lo que en ningún momento vulneró el derecho a la salud en su modalidad de obstaculización, restricción o negativa a brindar atención médica oportuna a la agraviada.

No obstante lo anterior, y con el ánimo de colaborar con la labor importantísima que desarrolla este organismo protector de los derechos humanos, y en vía de colaboración, me permito remitirle copia simple del expediente clínico constante en 15 fojas útiles, abierto con motivo de la atención médica prenatal brindada a la señora ***.

De la lectura del expediente citado, se desprende que a pesar de que la C. ***, se presentó a control prenatal hasta el tercer trimestre de gestación (30 semanas), presenta un embarazo normo evolutivo, esto es, su tensión arterial, fondo del útero, peso y frecuencia cardíaca fetal se encontraban dentro de los parámetros normales.

A la hoy agraviada se le brindó consulta prenatal en cinco ocasiones, realizándose la referencia correspondiente a las 38 semanas al Hospital indicado para la atención médica del parto tal como consta en la Hoja de referencia que obra a foja 10 del expediente clínico.

Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que los Centros de Salud no determinan el tipo de nacimiento (parto o cesárea), ésta función compete al médico especialista, por lo que no es posible realizar programación de cirugías desde un Centro de Salud.

[...]

IV.1.7. Opinión médica sobre el caso de ***, elaborada por personal de esta Comisión, de fecha 26 de mayo de 2011. Se plasmó sustancialmente lo siguiente:

[...]

no está documentado a qué hora inició con el dolor (trabajo de parto), en qué condiciones se encontraba la paciente, si se le preguntaron sus antecedentes ginecoobstétricos, pues en dicho Hospital no realizaron la nota médica inicial de Urgencias, que se menciona en el numeral 7.1 de la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico; se documenta que acudió a las 4:11 horas por encontrarse una anotación en hoja de Partograma, con la hora, la frecuencia cardíaca fetal que presentaba, la dilatación y que acudiera a valoración en 3 horas. A las 12:20 horas sucede el mismo evento, solo se documenta que acudió por estar la anotación en la hoja del partograma, de igual manera, no se conocen otros datos; al momento de realizar esta segunda valoración la paciente presentaba 3-4 centímetros de dilatación y un 80% de borramiento.

[...]

De acuerdo a las notas, la paciente ingresa propiamente a hospitalización a las 15:40 horas, sin que en la nota se especifique si es inicial de Urgencias o de Ingreso hospitalario; en caso de ser cualquiera de las dos, no cumple con lo especificado en los numerales 7.1 y 8.1 [de la NOM] respectivamente; no cuenta con signos vitales, el interrogatorio y la exploración física están incompletos, solo se hace mención de que presentaba un embarazo de 40 semanas de gestación, en trabajo de parto, cesárea previa y desproporción cefalopélvica, se pasara a labor para valoración de cesárea.

Desde las 15:40 horas que ingresó, no se volvió a realizar ninguna nota ni está documentada ninguna otra valoración hasta las 18:15 horas, que es cuando se hace la anotación en parte posterior del partograma inicialmente poniendo que había frecuencia cardíaca de 148 latidos por minuto y en la parte inferior que el producto estaba libre en cavidad, sin encontrar su presentación, sin frecuencia cardíaca y se pasaba a quirófano; también a esta hora se realiza nota preoperatoria de Urgencia; de igual manera no cumple con los requisitos de una nota médica de ingreso hospitalario señalada en el numeral 8.1 de la Norma del Expediente clínico; pues no realizan interrogatorio, no hay una adecuada exploración, solo poniendo los posibles diagnósticos y que pasaba a quirófano por presentar una ruptura uterina con probable óbito.

En la hoja del partograma en donde se hicieron las anotaciones de las dos primeras valoraciones que se le realizaron a la señora ***, posteriormente solo está la de las 18:15 horas. Desde la hora que ingreso (15:40 horas) hasta la hora que paso a quirófano, no se realizó ninguna anotación en esta hoja, con lo cual incurren en el incumplimiento del numeral 5.4.1.1 de la Norma para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que menciona: A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el **partograma**.

Como se mencionó anteriormente, la señora *** no tuvo ninguna valoración en 2 horas y media, antes de que ingresara a quirófano [...] sobre cómo iba el trabajo de parto, la frecuencia cardíaca fetal. Solo en

notas de enfermería se documenta que la paciente dejó de percibir movimientos fetales una hora antes, sin que se especifique aproximadamente la hora; también en estas notas de enfermería mencionan que fue valorada por Ginecoobstetricia, pero de dicha valoración no hay documentación que avale la misma y a qué hora se realizó. Observando por lo antes mencionado, hay una falta de apego a la paciente, sin que se realizara por personal médico el seguimiento el trabajo de parto, incumpliendo con lo mencionado en los numerales 5.4.2.1, 5.4.2.2 y 5.4.2.3 de la Norma para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que mencionan respectivamente: La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico; y El registro del pulso, tensión arterial y temperatura.

[...]

En el caso de que se deje evolucionar el trabajo de parto, los Lineamientos de Cesárea Segura⁶⁵ hacen el señalamiento de que el personal debe estar debidamente preparado para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos; vigilar estrechamente el trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal por medios clínicos o de preferencia con medios electrónicos. Ya en observación anterior, se desataca que en la paciente no se ya no digamos estrecha vigilancia, no se realizo vigilancia de ninguno de los aspectos que se señalan; considerando también esto una mala práctica médica, pues no se apega a los criterios médicos establecidos propiamente por la Secretaría de Salud.

Conclusiones

1. De acuerdo a lo que se encuentra documentado, la atención médica brindada a la señora *** en el Hospital General de *Milpa Alta* no fue adecuada ni oportuna; pues como se menciona en la discusión, no se ingresa desde el momento que tenía criterios para este, no se realiza un adecuado seguimiento ni valoración del progreso del trabajo de parto, lo cual desencadenó que al presentar la complicación más frecuente de este tipo de pacientes, no se le brindó la atención para su corrección en tiempo y conllevó al fallecimiento del producto.

No está documentado exactamente a qué se debió esta falta de seguimiento del trabajo de parto, solo que estaban en un procedimiento; lo cual nos indica que no había personal médico en el área de labor, para realizar las valoraciones a las pacientes que se encontraban hospitalizadas.

2. La atención no cumplió con los parámetros establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; específicamente de los numerales 5.4.1.1, 5.4.2.1, 5.4.2.2 y 5.4.2.3. Así como también no cumple con lo establecido en la Norma Oficial del Expediente clínico, en sus numerales 7.1 y 8.1.

Que como también se menciona en la discusión, la deficiente elaboración del expediente clínico afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal pronóstico y tratamiento.

J) Expediente: CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2029.

IV.J.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 30 de marzo de 2011, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la que se hace constar que el peticionario manifestó lo siguiente:

Mi esposa María Enedina Ayala Toledo [...], estaba embarazada motivo por el cual a partir del pasado mes de febrero, casi al final de la etapa de gestación, comenzó a ser atendida en el Hospital Gregorio Salas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El 24 de marzo de 2011, aproximadamente a las dieciséis horas ya presentaba contracciones, por ello nos trasladamos a dicho nosocomio para que atendieran su parto; sin embargo, en dicho lugar fue rechazada en tres ocasiones por la doctora Sonia González Sánchez, quien le decía que tenía pocos centímetros de dilatación y que regresara más tarde, esto sin importar que mi esposa le había manifestado que se sentía muy mal, incluso le solicitó que le realizara cesárea a lo que dicha servidora pública se negó bajo el argumento de que tenían muchas cirugías y el doctor, sin precisar quién, estaba muy ocupado. A las dos horas del día siguiente llevé a mi esposa nuevamente al hospital y al verla decidieron hacerle cesárea, incluso a ella le pidieron que firmara el formato de consentimiento informado para procedimiento y tratamiento, para tal intervención quirúrgica;

pero debido a que fue anestesia general, o supo que sucedió durante la intervención, por mi parte tampoco se me proporcionó información a pesar de que la solicité en reiteradas ocasiones. Más tarde, como a las dos horas con cincuenta minutos, mi esposa comenzó a reaccionar después de la anestesia y le dijeron que mi bebé, el cuál había sido varón, había fallecido y le mostraron su cuerpecito. A mí me informaron dos horas después de su deceso. Por lo anterior formulé la denuncia correspondiente, [...], en ese momento me hicieron saber que el cuerpo de mi hijo sería llevado al Servicio Médico Forense, donde actualmente permanece, a efecto de determinar las causas de la muerte, que de acuerdo a los doctores se debió a que ingirió placenta [...].

IV.J.2. Oficio D-0509/2011 de fecha 31 de marzo de 2011, suscrito por el Dr. Felipe E. Takajashi Medina, Director del Servicio Médico Forense [en adelante SEMEFO-DF] del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal [en adelante TSJDF] en el que informan lo siguiente:

[...] El cadáver masculino de 39 semanas de gestación, ingresó a este Servicio para la práctica de la necropsia desde el 26 de marzo de este año a las 11:35 horas, dicho estudio fue realizado y se dio por terminado a las 13:30 horas del mismo día, [...] mediante el estudio correspondiente se estableció la causa de muerte y otras circunstancias relacionadas con la misma importantes para la investigación.

Debo recordarle que en las reuniones de trabajo con personal de esa Comisión de Derechos Humanos, hemos reiterado que los médicos adscritos a este Servicio Médico Forense, no están en posibilidad de establecer el mecanismo y la manera de muerte, mucho menos orientar al Ministerio Público por medio de algunos elementos médicos forenses si existieron deficiencias en la atención médica del paciente, lo anterior no es por falta de capacidad sino por falta de elementos periciales.

[...]

IV.J.3. Copia del oficio sin número de fecha 7 de abril de 2010, suscrito por la Agente del Ministerio Público Ma. Del Rosario Manjarrez Velázquez, remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/503/T1/2037/04-2011 de fecha 07 de abril de 2011, suscrito por la Lic. Alicia Martínez Vázquez Agente del Ministerio Público Supervisor Responsable del Primer Turno de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF. En el primero de estos informan que la Averiguación Previa iniciada con motivo del caso fue remitida a la Fiscalía de Servidores Públicos en fecha 4 de abril del 2011.

IV.J.4. Oficio número F-236-2011 de fecha 1° de abril de 2011, del Servicio Médico Forense en el que se vierten los resultados de un examen histopatológico practicado en el cadáver del hijo del peticionario en el que como resultado muestra lo siguiente:

Pulmón: Con síndrome de absorción de líquido amniótico
Docimasia histológica positiva.

Conclusión: 1. PRODUCTO DEL SEXO MASCULINO DE 38 A 40 SEMANAS DE GESTACIÓN. 2. SI ERA VIABLE. 3. SI VIVIÓ Y RESPIRÓ FUERA DEL ÚTERO. 4. SIN LESIONES TRAUMÁTICAS AL EXTERIOR. 5. CAUSA DE LA MUERTE: ASFIXIA NEONATORUM.

Hora de término de la necropsia: 13:30 horas

México, Distrito Federal a 26 de marzo de 2011.

IV.J.5. Acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" de la SSDF, de fecha 30 de marzo de 2011, en la cual se presenta el "caso de muerte perinatal del caso de la señora Ayala Toledo María Enedina". En dicha acta se asentó lo siguiente:

Punto dos.- El día 24 de marzo del año 2011, se presenta al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" a las 18:05 horas la Señora María Enedina [...] de 39 semanas de gestación

[...] A la exploración física abdomen globoso por embarazo, con producto único vivo, [...] Impresión diagnóstica consignada: Embarazo a término en próximos de trabajo de parto con cita abierta a urgencias informándole los signos de alarma obstétrica.

24 de marzo del 2011 a las 21:42 hrs. se presenta nuevamente la señora María Enedina al servicio de urgencias, registrándola el servicio de admisión, pasa a atención médica a las 22:30 horas, refiriendo la paciente aumento de la sintomatología obstétrica y motilidad fetal disminuida. [...] En este momento la Doctora Sonia González Sánchez "solicita interconsulta con médico ginecólogo; el cual no pone nota".

24 (sic) de marzo a las 00:24 horas se presenta nuevamente la paciente [...] [quien] refiere se le realice cesárea, paciente valorada por médico ginecólogo el cual indica se deje evolucionar el trabajo de parto, se cita nuevamente en 2 horas a revisión.

24 (sic) de marzo a las 02:20 horas, se presenta nuevamente a valoración la paciente, quien refiere aumento de dolor tipo obstétrico y disminución de la motilidad fetal, la doctora Sonia González "no auscultó frecuencia cardíaca fetal, por lo que solicitó valoración por el Doctor González, se me indica que suba a piso para la realización de ultrasonido".

En forma cronológica se observa nota de enfermería en el servicio de tococirugía y quirófano a las 02:40 horas del día 25 de marzo de 2011 "Llega paciente femenina al área quirúrgica, traída por camillero, sin papelería ni hoja de ingreso, al parecer para ser valorada por el servicio de ginecología Doctor González y Doctora del Río, se abocan a revisarla. 02:48 Doctor González me indica verbalmente pasar urgente y directa al quirófano a la paciente [...]"

A las 02:50 horas del mismo día es colocada en la mesa quirúrgica [...] inicia el acto quirúrgico obteniendo a las 02:53 horas producto del sexo masculino, con meconio, el cual no llora ni respira, atendido por dos médicos pediatras de guardia quienes lo determinan como óbito [...]"

Conclusiones

1. La paciente se tuvo que haber ingresado desde las 22:30 horas, ya que refiere desde ese momento disminución de la motilidad fetal, para estar en observación estricta y realizarle en ese momento un ultrasonido obstétrico [...], con el propósito de detectar a tiempo el estado del producto.

En el caso de que no pudiera realizar el ultrasonido o no se hubiera conseguido el apoyo de otra unidad hospitalaria, se ingresa a la labor con la finalidad de monitorizar con el tococardiógrafo y verificar o detectar oportunamente si existen variaciones en la frecuencia cardíaca fetal [...] lo que permitiría interrumpir el embarazo en forma oportuna.

[...]

4. Para determinar la carga de trabajo del día 24 de marzo del año 2011 se presenta el siguiente análisis:

A.- Desde el primer registro de la paciente [...] a las 18:05 horas, hasta el último registro de su atención a las 22:30 horas se tiene registrado en el servicio de urgencias 17 atenciones (5 consultas por hora promedio)

B.- En quirófano se tiene registrado un procedimiento quirúrgico legrado uterino instrumentado a las 00:30 horas por la Dra., Del Río Póceros Guadalupe [...].

Al expediente: 1) No en su totalidad se consigna fecha, hora y nombre completo de quien elabora la nota. 2) En las notas médicas se siguen utilizando abreviaturas, y con letra ilegible, 3) Las notas médicas son realizadas en formatos de indicaciones médicas e indicaciones médicas son consignadas en formato para notas médicas. 4) Se observa en el expediente falta de notas médicas de acuerdo a la cronología de los acontecimientos.

Se informa al comité que el día 25 de marzo cuando se conoce del caso del óbito se informa del hecho al Presidente del Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal, quien da la instrucción de realizar respaldo del expediente y convocar a reunión urgente extraordinaria para analizar el caso [...] se realiza dicho respaldo a las 12 horas del día 25 de marzo, al comparar dicho respaldo con el expediente al egreso de la paciente, destaca que aparece una nota médica fechada el día 25 de marzo, a las 02:24 horas que dice "Paciente que sube pasa auscultar FCF no trae hoja de interconsulta" está firmada por el Dr. González Delmotte. Nota que no aparece desde un principio, esto es una desviación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 0168.

IV.J.6. Copia de un oficio sin número de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores"

en el que se responde una solicitud de información formulada por esta Comisión y se menciona lo siguiente:

Pregunta No. 5. Explicar ampliamente ¿por qué no se colocaron notas del servicio de ginecología, al ser requerida su valoración en el área de urgencias?

Respuesta: Nunca me fue solicitada la interconsulta hasta que ingresa la paciente a las 2:40 del 25 de marzo del año en curso, al área de labor por no escuchar foco fetal, como consta en la nota de ingreso a labor y preoperatoria.

Pregunta número 7. Mencionar ampliamente los factores de riesgo que generaron la muerte perinatal, además de explicar en qué momento se cree clínicamente que existió dicho acontecimiento.

Respuesta:

1. Mal control del embarazo ya que según la historia clínica de la paciente refiere haber tenido sólo tres consultas prenatales previas al trabajo de parto, es decir control prenatal en su centro de salud y no presentar ultrasonido obstétrico.
2. Datos de sufrimiento fetal crónico de más de 24 horas de acuerdo a lo encontrado en la cesárea: Líquido amniótico meconial (+++), placenta pequeña con múltiples calcificaciones.
3. Envejecimiento prematuro de la placenta.

Por lo anterior no se puede determinar en qué momento ocurrió la muerte fetal, toda vez que la paciente llega al servicio de ginecología hasta el día 25 de marzo del 2011 a las 2:40 am, sin foco fetal y sólo frecuencia cardíaca fetal esporádica por rastro o ultrasonográfico, por lo que de manera inmediata se practica operación cesárea a la paciente [...] tal y como consta en las notas médicas.

IV.J.7. Copia de un oficio sin número de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por la Dra. Guadalupe Janine Del Río Pocerros, médico ginecólogo obstetra del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", en el que se responde una solicitud de información formulada por esta Comisión y se menciona lo siguiente:

Respecto al punto número 5, no coloqué nota de ginecología porque en ningún momento se me solicitó valoración de la Señora María Enedina Ayala Toledo. En urgencias adultos.

Respecto al punto número 7, el producto ya presentaba un sufrimiento fetal crónico de larga evolución, yo no le escuché frecuencia cardíaca fetal al bebé, al recibirla en tococirugía.

IV.J.8. Informe médico de fecha 12 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" en el que informa lo siguiente:

El día 25 de marzo del año en curso a las 2:40 am. Encontrándome en compañía de la Dra. Del Río, en el servicio de labor, lugar de adscripción del adscrito; programando para cirugía a [una paciente] cuando sube y entra de manera precipitada la Dra. Sonia González Sánchez, del servicio de urgencias; para comentarnos que tenía una paciente a la cual no le escuchaba la frecuencia cardíaca fetal, a lo que de manera inmediata indicamos que se subiera a la paciente al servicio de labor para su atención inmediata por este servicio.

Así las cosas es que llega paciente proveniente del área de urgencias, sin papelería de ingreso, sin requisición de solicitud de interconsulta para nuestro servicio, en compañía del médico de guardia de urgencias la Dra. Sonia González; de manera inmediata y ya con el aparato del ultrasonido en el servicio de labor se hace rastreo de la frecuencia cardíaca fetal encontrando esta esporádica y por esa circunstancia se pasa urgente a quirófano [...].

Es importante señalar con el debido respeto que la atención médica brindada a esta paciente por el servicio de ginecología, al cual estoy adscrito dentro de este hospital, se llevó a cabo de manera rápida y eficaz, tal y como se desprende de las notas clínicas a que hago referencia en el párrafo que antecede por tratarse de una verdadera urgencia ya que estaba comprometiéndose la vida del binomio madre-producto.

[...]

IV.J.9. Oficio sin número de fecha 14 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Rubén Centeno Naranjo, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", en el que se responde una solicitud de información formulada por esta Comisión y se menciona lo siguiente:

[...] sobre mi participación en la atención de la paciente [...]

Se trata de paciente femenino [...] la cual se presenta al servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria a solicitar atención médica a las 18:15 horas, por presentar dolor tipo obstétrico, en compañía de su pareja. Informa la paciente que estuvo en control prenatal en su centro de salud, [...].

[...]

A la exploración física se encuentra tranquila, cooperadora al interrogatorio. Abdomen globoso a expensas de útero gestante, FCF 144 por minuto, [...] cérvix posterior con un cm. De dilatación y 50% de borramiento.

Por lo antes señalado se le explica a la paciente que se encuentra con un embarazo a término en pródromos de trabajo de parto, por tal motivo se le explican los signos de alarma obstétricos y que regresara ante la presencia de cualquier tipo de alarma o se incrementaran las contracciones uterinas de trabajo de parto, quedando abierta la consulta al servicio de urgencias. Se pide a la paciente firme la hoja de urgencias de que se le brindó atención médica y se dieron indicaciones, procediendo a retirarse la paciente.

IV.J.10. Oficio sin número de fecha 13 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Doctora Sonia González Sánchez, médica adscrita al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" en el que se responde una solicitud de información formulada por esta Comisión y se menciona lo siguiente:

El día 24 de marzo-2011 a las 22:30 horas acude la paciente María Enedina Ayala Toledo al hospital general Gregorio salas flores (sic) al servicio de urgencias para su valoración, por segunda ocasión (primera vez en el turno nocturno).

Al interrogatorio la paciente refiere aumento de sintomatología obstétrica con motilidad fetal disminuida. [...] integrando el *diagnóstico de embarazo de término más trabajo de parto en fase latente, mas hipo motilidad fetal.*

Por lo que se solicita Inter consulta a médico ginecólogo de guardia Dr. Raymundo González del Motte (sic) por lo que acude a explorar a la paciente indicando de forma verbal y sin poner nota médica en el expediente clínico y en presencia de la paciente que no se encuentran criterios de ingreso hospitalario y que se deje evolucionar el trabajo de parto citándola cada 2 horas.

A las 2 horas regresa la paciente a revisión encontrando nuevamente paciente hemodinámicamente estable a la exploración física [...] solicitando la paciente se le realice cesárea por lo que nuevamente se le informa al mismo ginecólogo quien por vía telefónica comunica que ya valoró a la paciente que se deje evolucionar trabajo de parto citándola nuevamente a las 2 horas sin poner nota en el expediente clínico. Presentando inconformidad el acompañante de la paciente (esposo) el cual se dirige a su familiar o conocido que labora en el mismo hospital [...] el cual se presenta en la sala de urgencias para solicitar se le realice cesárea a su familiar, canalizándolo con el médico ginecólogo en cual se encuentra en el servicio de urgencias teniendo como testigo a médicos y enfermería de guardia en turno. Donde le indica que su familiar no amerita cesárea y que el plan es dejar evolucionar el trabajo de parto.

Paciente que regresa nuevamente a las 2 horas donde refiere dolor obstétrico intenso y disminución de motilidad fetal a la exploración no se ausculta con el pinart la frecuencia cardíaca fetal por lo que se solicita nuevamente valoración por ginecología quien indica ingrese a la paciente para la toma de ultrasonido sin hojas de internamiento.

En todo momento se revisó a la paciente y se solicitó la valoración por el servicio de ginecología.

IV.J.11. Oficio DIR./0160/11 de fecha 15 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", en el cual

desarrolla un informe cronológico, detallado de las actividades que personal médico del Hospital desarrolló para atender el parto de la señora María Enedina Ayala Toledo, y narra lo siguiente:

a) Paciente femenina que fue registrada en el servicio de urgencias el día veinticuatro de marzo del dos mil once a las 18:15 donde se presenta a solicitar atención médica, por presentar embarazo a término con trabajo de parto, la cual se pasa para revisión médica a las dieciocho horas con quince minutos por el Dr. Rubén Centeno Naranjo, [...] y da el diagnóstico de embarazo a término en pródromos de trabajo de parto, por lo que le informa sobre los signos de alarma obstétricos y le indica que regresara ante la presencia de cualquiera de los signos de alarma o se incrementaran las contracciones uterinas de trabajo de parto, quedando abierta la consulta en el servicio de urgencias.

La paciente es valorada nuevamente en el servicio de urgencias a las veintidós horas con treinta minutos por la Dra. Sonia González Sánchez, quien le refiere a la paciente que presenta hipomotilidad fetal, [...] por tal motivo la Dra. Sonia González solicita interconsulta a ginecología, es valorada por el Dr. González del Motte quien da la indicación de regrese en dos horas. A los veinte minutos del día veinticinco de marzo del año en curso [2011] regresa nuevamente la paciente para ser valorada [...] [...] es revalorada por médico ginecólogo Dr. González del Motte, quien la cita nuevamente en dos horas para revisión.

A las dos horas con veinte minutos de día veinticinco de marzo, regresa nuevamente la paciente refiriendo disminución de la motilidad fetal. A la exploración física la Dra. Sonia González no ausculta FCF, por lo que solicita al Dr. González del Motte la valore, quien le indica subirla a piso para realizarle un ultrasonido obstétrico. A las dos horas con cuarenta minutos el Dr. González del Motte realiza rastreo por ultrasonido para auscultar FCF, la cual es esporádica y apenas audible. Por tal motivo da la indicación de pasarla directa a quirófano para interrupción del parto, a través de cesárea, ya que no se puede dejar más tiempo.

La Dra. Rosa Ma. Ramírez Pérez, anestesióloga, recibe a paciente a las dos horas con cuarenta minutos [...]

La Dra. Del Río se encuentra en quirófano recibe paciente femenino [...] con diagnóstico de Embarazo de 39.3 SDG por FUR en trabajo de parto más sufrimiento fetal agudo, por lo que inicia cirugía [...] obteniendo un producto que no lloró al nacer, se encuentra flácido con meconio +++, y se pasa a pediatras para su manejo inmediato.

[...]

En relación al inciso b) la paciente no se internó a las 18:15 porque estaba en pródromos de trabajo de parto, ya que se encontraba con 1 cm de dilatación y 50% de borramiento, según consta en la nota [médica] [...]. El trabajo de parto iba evolucionando en forma normo evolutiva, ya que se escuchaba la FCF y este se encontraba dentro de parámetros normales; hasta la última revaloración donde ya no se ausculta el latido fetal y es precisamente cuando se ingresa de urgencias para la interrupción del parto.

En relación al inciso c) No se proporcionó informes en tiempo y forma al Sr. Daniel Fulgencio Alejo, debido a la urgencia de atender a la paciente, dándosele prioridad a su atención, con el propósito de salvar al binomio.

En relación al inciso d) consideramos que se aplicó en parte la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio) ya que de la nota del día 24-3-11 hace constar que la paciente refirió haber asistido a centro de salud a control prenatal en tres ocasiones (aunque lo ideal son por lo menos 5 visitas médicas) así mismo en la nota de las 22:30 se menciona que le informo sobre los signos de alarma obstétrica; sin embargo al solicitar la interconsulta por parte del médico del servicio de urgencias al de Ginecología, el médico especialista omitió hacer la nota médica correspondiente.

[...]

IV.J.12. Oficio DRI/0247/11 de fecha 16 de mayo del 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", en el que informa lo siguiente:

[...] del Protocolo que se sigue en esta Unidad Hospitalaria para la atención de la paciente embarazada que ingresa al servicio de urgencias informo lo siguiente:

- Los pacientes acuden al servicio de urgencias para su atención, con/o sin hoja de referencia, pasando primeramente por el servicio de admisión, donde el personal registra los datos personales de la paciente y pasa la hoja al consultorio filtro.
- El médico llama a la paciente y elabora la Nota Médica Inicial de Urgencias, con apego a la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico, se le realiza partograma. Se llega a un diagnóstico nosológico, sindromático o definitivo y se determinan las líneas de acción: a) Si la paciente aun no cumple con criterios de internamiento obstétricos (Borramiento y dilatación del cérvix, contracciones uterinas regulares, salida de líquido transvaginal), se dan los datos de alarma obstétrica y se da cita abierta al servicio de urgencias. B) si la paciente cumple con criterios de internamiento si el médico de urgencias detecta alguna alteración en la evolución del trabajo de parto de la paciente o si tiene antecedentes obstétricos de importancia, se realiza la interconsulta por escrito al médico de ginecología y obstetricia, quien a su vez realizará la valoración y determinará el ingreso de la paciente a la sala de labor para su manejo y seguimiento especializado; así como destino final de la misma (quirófano, hospitalización y sala de expulsión).

[...] de la vigilancia de una paciente embarazada con inicio de trabajo de parto se realiza en base a la evolución natural de los tres periodos clínicos del trabajo de parto: 1) dilatación que va desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación completa, el cual se divide en tres fases: a) fase preparatoria de latencia que comprende desde que se inicia la actividad uterina regular hasta que el cérvix tienen 3-4 centímetros de dilatación y completamente borrado. b) fase activa, que se subdivide en fase de aceleración inicial, fase de máxima aceleración y fase de desaceleración que termina en la dilatación completa y fase c) fase pélvica que corresponde con el periodo expulsivo.

[...]

[...] esta Unidad Hospitalaria cuenta con 4 equipos de ultrasonidos: 3 equipos se localizan en el segundo piso, en el área de imagenología, de los cuales dos de ellos cuentan con la posibilidad de tomar fotos; sin embargo no cuenta con impresora y el segundo que si tiene la función de imprimir el estudio, hay desabasto de papel para la impresión. También se tienen un equipo de ultrasonido en el tercer piso actualmente funcionando adecuadamente.

Cabe mencionar que esta Unidad Hospitalaria no cuenta con el personal especializado en ultrasonografía, y sólo se cuenta con un médico cirujano capacitado en el turno matutino de lunes a viernes.

[...]

[...] no se cuenta con equipo de ultrasonido en el área de Urgencias por no contar con espacio físico, ni con el personal capacitado para el manejo del mismo, y esto no implica que se deje de realizar la toma de un registro ultrasonográfico en caso necesario. Cuando el médico que realiza los estudios no se presenta por algún motivo, se pide el apoyo a otra Unidad Hospitalaria de la red.

IV.J.13. Copia del oficio sin número de fecha 19 de agosto de 2011, suscrito por la Lic. Guadalupe Velasco Manzano, Agente del Ministerio Público de la PGJDF, remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/DEA/503/3172/2011-08 en el que se informa respecto del resultado que se obtuvo del fragmento de pulmón del producto de la gestación por parte del SEMEFO-DF, el cual concluye como resultado en la muestra recibida se observa: pulmón con síndrome de absorción de líquido amniótico decimasia histológica positiva. Asimismo, informa que la indagatoria se encuentra en integración.

IV.J.14. Oficio sin número de fecha 17 de julio de 2011, suscrito por los peritos médicos forenses, Dr. Braulio Quezada Benítez y Dr. Jorge N. Cárdenas Gómez adscritos al SEMEFO-DF; remitido a esta Comisión mediante oficio D-12514/11 suscrito por el Dr. Felipe E. Takajashi Medina, Director del SEMEFO-DF en el que en respuesta a una solicitud de información de esta Comisión:

[1. Si antes de la necropsia, tuvieron a su disposición el historial médico completo de la señora María Enedina Ayala Toledo y el producto de su embarazo.]

R= No se tuvo a la vista toda vez que el Ministerio Público no lo envió.

[2. Cuál fue el mecanismo, la manera y la causa básica e inmediata de la muerte del producto del embarazo.]

R= Tal como se señaló en la causa de muerte: asfixia neonatorum que si es igual a anoxia del recién nacido, por síndrome de aspiración de líquido amniótico misma que se corrobora con el resultado del estudio patológico positivo.

[3. Con base en los criterios médicos internacionales, se debe hacer una discusión o valoración del caso (presentar la relación entre los hallazgos macro y microscópicos, la información del expediente clínico con la causa de la muerte). En el caso del producto del embarazo: a) Cuál fue la valoración médica que se hizo. b) Por qué no está incluida dicha información en el protocolo de necropsia.]

R= a) Con base en los criterios médicos internacionales, que si cumplimos en el S[EMEFO-DF] hicimos valoración médica reuniéndonos en la sala de peritos de nuestro servicio y valoramos el presente caso en particular, analizándolo y discutiendo los hallazgos macroscópicos el día de la realización de la necropsia, tomando en consideración las notas médicas con la Averiguación Previa proporcionada por el Ministerio Público y de esa forma concluimos el mismo día con datos macroscópicos que la causa de la muerte es asfixia neonatorum y con el resultado del estudio histopatológico posteriormente hicimos una correlación [...] enviamos al ministerio público una ampliación del protocolo de necropsia en este caso en particular como causa de muerte del producto del embarazo [...] asfixia neonatorum y que complementamos por aspiración de líquido amniótico.

b) Dicha información si está incluida en el protocolo de necropsia y son datos contenidos en los hallazgos [...]

[4. Por qué no se envió el corazón a estudio histopatológico, si se menciona en el protocolo de necropsia que este órgano tuvo equimosis subpericardias.]

R= Porque al diseccionar el corazón durante el desarrollo de la necropsia macroscópicamente no se encontró ninguna alteración morfológica en este órgano que nos indicara la necesidad de un estudio histopatológico.

[5. Cuál es la interpretación clínica de equimosis subpleurales, equimosis subpericardicas y sangre líquida negra en sus cavidades. Cómo se correlaciona con las causas de muerte y mencionar por qué no fue documentado.]

R= Si fue documentado en el protocolo de necropsia como asfixia neonatorum [...]

[6. Cómo se demuestra y cómo se documentó que el producto del embarazo respiró fuera del útero]

R= Por medio de las docimasias óptica e hidrostáticas que son positivas en sus cuatro tiempos y que se corroboraron con la histológica (microscópica)

[7. Considerando que al producto del embarazo se le practicaron maniobras de resucitación cardiopulmonar además de la intubación con ventilación con presión positiva. Cómo se demuestra que las docimasias hidrostática y ocular del día 26 de marzo del 2011 no fueron falsos positivos.]

R= Los suscritos no tenemos ningún antecedente al respecto.

[8. Qué significa el término asfixia neonatorum; cuál es su etiología.]

R= Anoxia del recién nacido y su etiología es por lo que se conoce en obstetricia como distocias.

[9. Dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-); qué clave le corresponde.]

R= P-24-1 y P-21 en su anexo.

[10. En el caso específico del producto del embarazo qué fue lo que le causó la asfixia.]

R= Síndrome de aspiración de líquido amniótico.

[11. Explicar si el tiempo transcurrido a partir del inicio de la anestesia a la madre hasta el momento del pinzamiento del cordón umbilical influyó en la muerte del producto del embarazo.]

R= La respuesta es competencia de los médicos que atendieron a la madre y al producto y no de los suscritos.

[12. Cómo se demuestra que la causa de la muerte se debió a sufrimiento fetal.]

R= Eso corresponde a un estudio clínico de la sintomatología de la madre y del producto.

[13. Cómo se descarta que la asfixia neonatorum haya tenido como causa un proceso toxicológico.]

R= No se descarta, también puede contribuir a la asfixia, pero reiteramos que en el momento de nuestra intervención se realizó la necropsia con el estudio de la documentación médica enviada a nuestro servicio por el Ministerio Público en ese momento, sin especificarse en la misma el anestésico administrado.

[14. Se señale el motivo por el cual no se realizó el estudio toxicológico.]

R= Porque en su condición de recién nacido, consideramos que no hay consumo de drogas de abuso, y si la madre los hubiera consumido durante el embarazo, el estudio debiera realizarse en ella.

[15. De qué manera influyó el tipo de anestesia y los anestésicos utilizados, con la muerte del producto.]

R= Los suscritos desconocemos ese antecedente.

IV.J.15. Opinión médica sobre el caso de María Eredina Ayala Toledo de fecha 13 de junio de 2011, elaborada por personal médico de esta Comisión, en la cual se concluye lo siguiente:

VI. DISCUSIÓN DEL CASO

Desde la perspectiva médica, con base en los documentos revisados del caso; la paciente María, acudió al Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" [en adelante HGGS], en cuatro ocasiones. Dos veces fueron el día 24 de marzo del 2011; en la primera a las 18:15 horas se dio el diagnóstico de embarazo a término más pródromos de trabajo de parto. [...]

Posteriormente, acude ese mismo 24 de marzo por segunda ocasión a las 22:30 horas, donde como dato particular, se agrega a la sintomatología, movilidad fetal disminuida, [...] se dieron los diagnósticos de Embarazo de término, trabajo de parto fase latente, más hipomotilidad fetal, al parecer es visto por el médico ginecólogo quien solo revisa la frecuencia cardíaca fetal, sin dejar nota en expediente, se decidió manejar el trabajo de parto a libre evolución. La tercera ocasión la paciente María, continuaba con disminución de la movilidad fetal, por lo que acude nuevamente el médico ginecólogo, quien dentro del plan terapéutico, decide citar a la paciente nuevamente en 2 horas para revisión. La cuarta ocasión que acude al HGGS, la paciente presentó disminución de la motilidad fetal, además de que no se auscultó frecuencia cardíaca fetal, por lo que pasa directamente a cesárea donde obtienen producto masculino obitado.

Desde la perspectiva médica, la paciente presenta como daño, la entidad clínica conocida como *Muerte perinatal* (se refiere a los nacidos muertos y a las muertes que ocurren en los nacidos vivos entre los 7 y 29 días posteriores al parto). En este caso la muerte pudo ser causada por un cuadro de *sufimiento fetal*, esto se justifica ya que el líquido amniótico y el producto al momento de nacer estaban impregnados de meconio (datos de *sufimiento fetal*). [...]

[...]

En cuanto a la evolución del trabajo de parto, notamos que existe una deficiencia en el servicio de salud que otorga el HGGS, donde solo se encuentra una nota en el servicio de urgencias, por parte de los servicios interconsultantes, la cual no está transcrita conforme a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, sobre la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

En cuanto a la evolución clínica de la paciente María, se encuentra que presentó el 24 de marzo del 2011, a las 22:30 horas, hipomotilidad fetal, dato que se considera de alarma obstétrica, mismo que justificaría la intervención intrahospitalaria.

La presencia de movimientos fetales indica integridad del binomio madre-hijo, y la disminución de los movimientos o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intrauterina⁶. Por lo anterior descrito, se considera que si la paciente refiere presentar disminución en la motilidad fetal, se usen varios métodos

⁶ .. R.L.SHWARCZ, C.A. DUVERGES OBSTETRICIA, 4ª ED, ED LIBRERÍA EL ATENEO. Pg 118. *Movimientos fetales percibidos por la madre*. La presencia de movimientos fetales indica integridad del sustrato anatómico y capacidad para producir funciones complejas. La disminución de los movimientos fetales o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intratuterina. El promedio horario de movimientos fetales percibidos por la madre ha sido estimado entre 30 y 60 movimientos hora. Diversos autores han propuesto distintos periodos de observación.

para pronosticar así el bienestar fetal. Dichos métodos son el uso de la ultrasonografía, además del uso de pruebas electrónicas como con el cardiotocógrafo.⁷

Se puede afirmar que el daño físico que en este caso fue la muerte del niño, al parecer fue una complicación, secundaria a la entidad clínica denominada sufrimiento fetal, misma que se presentó mediante datos de alarma obstétrica (en este caso hipomotilidad fetal),⁸ sin embargo ello no fue tomado en consideración para un posible internamiento hospitalario (como lo sugirió también el Comité de mortalidad materna y perinatal del HGGG). [...]

Cabe señalar que el tratamiento intrahospitalario, no aseguraba que se evitara la muerte perinatal, ya que las causas de esta pueden ser varias y que por cierto tampoco fueron establecidas y demostradas documentalmente por el Servicio Médico Forense del Distrito Federal, cuando realizó la necropsia al hijo de la señora María, ello no solo no contribuyó, sino que incluso dificultó el esclarecimiento de los hechos e impidió investigar posibles responsabilidades de los médicos tratantes.

En este caso los médicos tratantes del HGGG, tanto en el Servicio de Urgencias así como los médicos interconsultantes, omitieron la hospitalización de la paciente para la realización de estudios complementarios que facilitarían el diagnóstico y la conducta terapéutica a seguir por parte del equipo médico.

Por lo anterior con base a los documentos revisados del caso, desde la perspectiva médica existe vínculo (o nexo) entre la presencia de datos de alarma obstétrica que manifestaban sufrimiento fetal, con la omisión de la hospitalización de la paciente para la realización de estudios complementarios por los médicos tratantes del HGGG.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes:

VI. CONCLUSIONES

- El daño físico que sufrió la señora María y su hijo durante la atención médica recibida en el Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" fue la muerte del niño (producto de la concepción).
- El Servicio Médico Forense del Distrito Federal, al realizar la necropsia al hijo de la señora María debió, entre otros, establecer la causa de la muerte, el mecanismo y manera de muerte, en este asunto al no documentar y demostrar tales circunstancias no contribuyó e incluso dificultó el esclarecimiento de los hechos e impidió investigar posibles responsabilidades de los médicos tratantes.
- En este asunto, debido a las omisiones del SEMEFO del DF, no posible aseverar categóricamente que la muerte se haya debido a las acciones u omisiones de los médicos tratantes del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", ya que no se puede descartar que la Asfixia Neonatorum haya sido por alguna otra circunstancia médica (aparte de un Sufrimiento Fetal) que debió de haber sido investigada por los médicos que realizaron la necropsia al niño de la señora María.
- No obstante lo anterior, si se puede aseverar es que hubo mala práctica médica consistente en que los médicos tratantes del HGGG, tanto en el servicio de urgencias así como los médicos interconsultantes omitieron la hospitalización de la paciente para la realización de estudios complementarios que facilitarían el diagnóstico y la conducta terapéutica a seguir por parte del equipo médico. Ya que la paciente María, presentó datos de alarma obstétrica (hipomotilidad fetal y ausencia de latido fetal) que orientaban a pensar en un posible daño al niño de la señora María (esto es apoyado por el Comité de Mortalidad Materna y Perinatal).

⁷ E. DANFORTH TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EDITORES JAMES R. SCOUT Y RONADL S. GIBAS, 9ª EDICIÓN, ED. MC GRAW HILL PAG 267 Y 935. *Pruebas electrónicas de ingreso*. Se recomienda efectuar prueba sin estrés o una prueba de estrés por contracción en todas las pacientes que ingresan a la unidad de trabajo de parto y parto. Esta prueba implica la evaluación de la aceleración o la ausencia de la aceleración de la frecuencia cardíaca fetal, antes durante y después de una contracción uterina, si la paciente se encuentra en trabajo de parto. *Aplicación clínica de la evaluación de los movimientos fetales*. Se ha documentado una correlación excelente entre los movimientos fetales percibidos por la madre y movimientos documentados mediante instrumentos. Así se observó que la madre percibía el 80% de los movimientos observados en el ecógrafo.

⁸ E. DANFORTH TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EDITORES JAMES R. SCOUT Y RONADL S. GIBAS, 9ª EDICIÓN, ED. MC GRAW HILL PAG 935.. *Aplicación clínica de la evaluación de los movimientos fetales*. Desde que Sadovsky y Yaffe (1973), comunicaron siete casos con disminución de la actividad fetal previa a la muerte de los fetos, se describieron varios métodos para cuantificar movimientos y pronosticar el bienestar fetal. Se ha documentado una correlación excelente entre los movimientos fetales percibidos por la madre y movimientos documentados mediante instrumentos. Así se observó que la madre percibía el 80% de los movimientos observados en el ecógrafo.

IV.J.16. Ampliación de opinión médica, caso hijo de María Enedina Ayala Toledo, de fecha 29 de agosto de 2011, realizada por personal médico de esta Comisión, en el que evalúan medicamente el protocolo de necropsia realizado por el SEMEFO-DF al cuerpo del niño con apellidos Ayala Toledo, en la cual se plasmó lo siguiente:

[...]

[...] no es admisible desde la perspectiva médica según algunos autores, es hacer una autopsia sin la debida información de los antecedentes y circunstancias de la muerte es lo que se denomina autopsia a ciegas. Una situación aberrante en la que no se podría determinar la extensión del examen postmortem, que no permite que el patólogo forense se centre en los problemas importantes que puedan cuestionarse sobre lo que ocurrió y que obligarían a hacerle al cadáver todos los exámenes posibles⁹.

[...]

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados, la necropsia realizada al producto de la gestación de María Enedina Ayala Toledo, fue lo que se denomina autopsia a ciegas ya que no se contó con los antecedentes y circunstancias de la muerte, que ayudara a determinar la extensión del examen postmortem. Por lo que en tales circunstancias es prácticamente imposible llegar a establecer documentadamente el mecanismo, manera y causa de la muerte. Esto queda demostrado con la respuesta que dieron los médicos que realizaron la necropsia, al cuestionamiento de por qué no tuvieron a la vista el expediente clínico, a lo que manifestaron que el expediente clínico no se tuvo ya que el Ministerio Público no lo envió. Además de ello, en el informe de protocolo de necropsia no hace constar que hayan tenido a la vista el expediente clínico y si se hace constar que los médicos no acudieron al levantamiento del cadáver.

En este caso, al no tener la documentación completa al alcance los médicos que realizaron la necropsia, se puede inferir que desconocieron que el menor, una vez que fue expulsado del vientre materno, recibió maniobras de resucitación, intubación y ventilación a presión positiva, y ello pudo haber sido la causa de que las docimasias (al parecer solo pulmonares) resultaran positivas,¹⁰ y no porque el niño haya nacido vivo. Se corrobora con la respuesta a la pregunta 7, referente a que los médicos del SEMEFO, no tuvieron conocimiento que el menor recibió maniobras de resucitación, intubación y ventilación a presión positiva.

Cabe hacer mención que en el protocolo de necropsia, no se menciona la existencia de meconio en las vías respiratorias superiores o inferiores del cuerpo del recién nacido, asimismo no contaron con el expediente clínico para saber si en el momento anteparto, contaba con alteraciones en la frecuencia cardiaca. Además en la pregunta 11, que hace mención a que si la muerte pudo haber sido influenciada por los anestésicos usados en la cesárea, el SEMEFO manifestó que esa respuesta no era de su competencia. Lo cual es absurdo, pues a los médicos que realizan necropsias con fines legales, les

⁹ Palomo Rando, J.L. y Ramos Medina, V. *Papel del Médico Forense en la Inspección Ocular y Levantamiento del Cadáver: Propuesta de documento. (Recomendaciones, guías, normas o protocolos de actuación profesional). Cuadernos de medicina forense*, abr. 2004, no.36, p.41-57. ISSN 1135-7606.

¹⁰ Docimasias directas sobre el pulmón.

Docimasia pulmonar hidrostática (docimasia galénica): se basa en el fenómeno físico de disminución de la densidad o peso específico del pulmón en cuyo interior ha penetrado aire. Se realiza en cuatro tiempos:

1) se toma en bloque el árbol traqueobronquial y pulmonar y se coloca en un recipiente que contenga agua (15 a 20 grados) y se observa si flota o se hunde.

2) se toma un pulmón entero y luego partes o fragmentos de él, y se ve si flotan o se hunden (fijándose igualmente si sólo algunos de los fragmentos flotan y otros en cambio se hunden).

3) se toma un trozo de pulmón que haya flotado, dejando hacia arriba la superficie de sección y se comprime fuertemente bajo el agua. Puede ser que se desprendan de ese pulmón burbujas de aire que se depositan en forma de espuma en la superficie.

4) se toma un pedazo de pulmón que haya flotado, esta vez comprimiéndolo violenta y repetidamente dentro de la mano o contra las paredes del recipiente y al soltarlo en el agua, apreciar si sigue flotando o se hunde después de la compresión.

Cuando hay flotación en los tiempos primero, segundo y cuarto y burbujas en el tercero, se puede considerar, en principio, que el pulmón ha respirado.

corresponde hacer esta valoración pues, en este caso no se descarto documentadamente que tal circunstancia hubiera contribuido o incluso ser la causa de la muerte.

Con lo anterior se hace ver la importancia de la realización de la necropsia teniendo conocimiento de los antecedentes médicos del fallecido y las circunstancias del levantamiento del cadáver, los cuales son necesarios para realizar una adecuada valoración o discusión¹¹ del caso y llegar a conclusiones más acertadas y documentadas en cuanto a la causa, mecanismo y manera de muerte. Ya que aunque se hayan hecho una reunión entre varios médicos, si no se tuvieron esos antecedentes, la necropsia continuó siendo a ciegas.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes:

VI. CONCLUSIONES

1. El protocolo de necropsia, realizado al cadáver del niño Ayala Toledo, al no haber contado los médicos que la realizaron, con los antecedentes médicos o clínicos, y las circunstancias de la muerte incluida el levantamiento del cadáver, se considera que fue realizado a ciegas, lo cual según diversos patólogos forenses prestigiados resulta aberrante médicamente.
2. La supuesta causa de la muerte en este asunto (asfixia neonatorum), no está debidamente documentada ni demostrada médicamente. Por lo que quedan dudas muy serias de que esa haya sido efectivamente la causa de muerte.
3. En este asunto tampoco se estableció el mecanismo y manera de muerte.
4. Por todo lo anterior se puede afirmar que la necropsia al cadáver del niño Ayala Toledo fue incompleta, no fue metódica ni sistemática.

K) Expediente: CDHDF/III/122/VC/11/D2134.

IV.K.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de peticionario de fecha 3 de abril de 2011, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión; en el Acta se plasmó lo siguiente:

El día 31 de marzo del 2001, su concubina Paola Vargas Galván, [...] ingresó al Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ya que se encontraba embarazada; sin embargo, durante [su estancia] en labor de parto, el personal de ese nosocomio, lo único que le practicaba era el tacto y al momento en que dio en alumbramiento la recién nacida ya había fallecido. Por esos hechos, habló con la Subdirectora del hospital aludido [...], quien le informó que la muerte del producto se ocasionó ya que al momento de su nacimiento venía con el cordón umbilical enredado en su cuello; sin embargo, al hablar con su pareja, quien ya fue dada de alta el día de la fecha 3 de abril del 2011, ésta le argumenta que esos hechos son falsos, que en todo momento el personal médico que la atendió fue con negligencia; además, de que la dejaron demasiado tiempo en labor de parto y que esto fue lo que ocasionó la muerte de su hijo. Asimismo, aclaró que acudirá a denunciar los hechos a la Fiscalía Central de Investigación para Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y posteriormente proporcionará el número de la averiguación previa.

IV.K.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario y agraviada, de fecha 13 de abril de 2011, da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión; en el Acta se hizo constar que el peticionario ratificó la queja que presentó vía telefónica y además manifestó lo siguiente:

El día 31 de marzo de 2011, a las 19:00 horas en el Hospital Materno Infantil Inguarán me dijeron que pasara a despedirme de mi esposa puesto que ya la iban a ingresar a labor de parto; pasé con mi esposa y le deseo suerte. Siendo las 20:45 horas me informaron que ella aún no se aliviaba pero ya sería el último reporte del día que hasta el día siguiente a las 10:30 horas me darían informes que me podía retirar y en caso de que hubiera alguna emergencia ellos contaban con mi número telefónico. El 1° de abril a las 7:00 horas, llamaron a mi domicilio para informarme que tenía que presentarme en trabajo social de urgencias, llegué como a las 7:45 horas y la trabajadora social me inform[ó] que la

¹¹ En este caso con la palabra discusión no se hace alusión a una simple plática entre dos médicos o más médicos sino a la valoración médica del caso de manera integral.

subdirectora del Hospital, Dra. Canchola quería hablar conmigo. Como a las 10:00 horas me pasaron a hablar con ella y me informó que mi bebe había fallecido a causa de que el cordón umbilical se le había enredado en el cuello porque "venía muy corto", le pregunté el motivo por el cual no se le había practicado cesárea a mi esposa y me contestó que no era posible debido a que mi esposa estaba programada para un parto normal; me indicó que pasara a hacer los trámites para que me entregaran el cuerpecito de mi niña, me ofreció ayuda psicológica, yo acepté pero nunca me llevaron con el psicólogo. Como a las 12:30 horas me dejaron pasar 5 minutos a ver a mi esposa. A las 16:00 horas aproximadamente me entregaron a la bebé. Regresé a las 18:00 horas y solicité hablar nuevamente con la Subdirectora pero ya no se encontraba, me pasaron con un doctor de apellido Ríos a quien le cuestioné sobre el motivo por el cual no se le practicó cesárea y me dijo que en ese momento no contaban con anestesiista en el Hospital y tuvieron que conseguir uno que llegó hasta las 10:30 o a las 11:00 de la noche; ante ello le cuestioné el motivo por el cual en un hospital con servicio de urgencias no existiera al menos el personal necesario para las eventualidades, contestando "En todas las dependencias del gobierno existen deficiencias, en este caso una de nuestras deficiencias es el personal", me percaté de que mi petición de hablar con la subdirectora quedó asentado en el expediente de mi esposa. Como fue fin de semana, acudí hasta el lunes 4 de abril para solicitar nuevamente hablar con la subdirectora, hablé con ella y le solicité que me explicara nuevamente lo que le sucedió a la bebé, quien desmintió la versión del doctor sobre la falta de médico anestesiista, hecho que dijo poder demostrar y ratificó las causas que ya me había referido antes [...].

En ese sentido, la agraviada manifestó que:

El día 28 de marzo de 2011 se cumplieron las cuarenta semanas de gestación, fui a urgencias para checarme porque no tenía síntomas de trabajo de parto, me revisaron y a mi bebé y me dijeron que regresara en 72 horas. El 31 de marzo ingresé al Hospital Materno Infantil de Inguarán a las 8:00, puesto que ya tenía contracciones, me recibieron hasta las 12:00 horas y me dijeron que tenía 2 cm de dilatación que regresara en 3 horas (deseo aclarar que en dicha revisión si le revisaron los signos vitales a mi bebé y se encontraba bien). Siendo las 15:00 horas regresé y me checaron hasta las 18:00horas, me indicaron que ya tenía 7cm de dilatación, pero no revisaron en ninguna ocasión al bebé a pesar de que se los solicité. Fue hasta las 22:00 horas cuando ya tenía 10 cm. De dilatación y le revisaron a la bebé sus signos vitales pero ya no tenía, por lo que rápido me pasaron a hacerme un ultrasonido pero corroboraron que no tenía signos vitales; al darme cuenta de ello, como a las 22:15 pedí que se me realizara una cesárea urgente pero me dijeron que estaba programada para parto normal. Fue a las 22:30 que habló conmigo el doctor (de quien no recuerdo nombre o apellido) me dijo que él ya había recibido a la bebé sin signos vitales y que no podía saber si había sido en el transcurso del día anterior que la bebé había fallecido. Desde esa hora hasta la 1:37 horas del 1 de abril del 2011 estuve en labor de parto y fue al momento que la expulsé cuando me dijeron que venía el cordón umbilical enredado en el cuello, que ella sola se había ahogado; sin embargo yo al verla no noté que estuviera morada o con alguna marca en el cuello que aparentara que trajera el cordón enredado. Después de esto solicité al médico paraqué solucionara mis dudas pero nunca acudió, por ello le pregunté a otra doctora y enfermeras el nombre del médico y me lo negaron. Nunca recibí atención psicológica en el Hospital, sólo me la han proporcionado en el Centro de Salud.

IV.K.3. Copia de declaración de la denunciante Paola Vargas Galván, ante la PGJDF, de fecha 11 de abril de 2011.

IV.K.4. Oficio 132 de fecha 21 de abril de 2011, suscrito por la Dra. Carmen Canchola Sotelo, J.U.D. Médico del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que en respuesta a algunos cuestionamientos de la CDHDF informa lo siguiente:

[...]

El nombre del médico [que atendió el parto de la agraviada] es Jesús Chávez Brambila, médico adscrito al servicio de ginecología y obstetricia de la institución.

[...] Se informe si durante el trabajo de parto se realizó verificación del riesgo de la contractilidad uterina y del latido cardiaco fetal cada media hora como establece la NOM-007-SSA2-1993.

[Al respecto se envían datos del partograma:]

Hora	19:05	19:45	20:25	22:00	23:00	01:25
FCF	152	140	146	No se ausculta	No se ausculta	No se ausculta
Borramiento	7	8	8	8	9	10
Dilatación	80%	80%	80%	80%	90%	100%
Altura de la presentación	-----	I	I	I	III	-----
Contracciones en minutos	1-2	-----	-----	2-3	-----	-----
TA	110/70	-----	-----	120/80	-----	-----
Membranas	Íntegras	Íntegras	Íntegras	Rotas líquido amniótico con tinte meconial		Pasa a expulsión
Pelvis	Útil					

La paciente ingresa a la institución con trabajo de parto avanzado [...], en las revisiones realizadas durante su estancia en la UTQ no se evidencian alteraciones en la FCF, dato que nos haría pensar en una circular de cordón.

IV.K.5. Opinión médica sobre el caso de Paola Vargas Galván, de fecha 16 de enero de 2012, elaborada por personal médico de esta Comisión, en la cual se concluyó lo siguiente:

[...]

[...] la bibliografía médica menciona que la cuantificación de la FCF es de vital importancia durante el trabajo de parto para valorar el bienestar fetal y que, durante el segundo estadio del trabajo de parto, se debe verificar que se encuentre dentro de valores normales, cada 15 minutos, después de la contracción uterina. En ese sentido la NOM-007-SSA2-1993 respecto a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido, refiere que se debe verificar el latido cardiaco fetal al menos cada 30 minutos.

En el caso que nos ocupa [...] se hace constar que desde el ingreso de Paola Vargas a las 15:48 horas no se inició la observación del trabajo de parto hasta las 19 horas en que se inició la hoja de partograma. Se valoró la FCF sólo en dos ocasiones cuyos registros son ilegibles. No se hacen constar los valores durante una hora previa a las 22 horas cuando se volvió a examinar y ya no se auscultó la FCF porque el producto ya había fallecido.

Por todo lo anterior, se establece que el Hospital Materno Infantil Inguarán no proporcionó la atención médica adecuada a la señora Paola Vargas ya que al menos durante una hora no se registró la FCF. La cual es considerada un parámetro importante que valora el bienestar fetal y, en consecuencia, determina la conducta a seguir en la resolución del embarazo.

En lo que respecta a determinar si el fallecimiento del producto del embarazo se debió a alguna acción u omisión de personal médico del Hospital Inguarán, el certificado de muerte del producto de Paola Vargas Galván refiere como causas de muerte asfixia in útero y circular de cordón apretada al cuello. [...] En el caso que nos ocupa la asfixia perinatal ocurrió por circular de cordón a cuello en la cual la circulación fetoplacentaria se vio interrumpida. En el expediente clínico que me fue proporcionado no se hace constar el valor de la FCF durante al menos una hora durante el trabajo de parto (aunado a que la paciente ingresó desde las 15:48 horas y se inició el partograma a las 19:05 horas) por lo que no se estableció de manera oportuna el diagnóstico de sufrimiento fetal (lo cual constituye una indicación de cesárea y es una contraindicación para la administración de oxitocina la cual fue indicada en este caso) lo que condujo a la muerte del producto. Por lo anterior, es posible determinar que personal del Hospital

Materno Infantil Inguarán incurrió en mala práctica médica al no establecer el sufrimiento fetal agudo oportunamente lo que condujo a la muerte in útero del producto.

[...]

CONCLUSIONES:

1. A la señora Paola Vargas Galván no se le proporcionó la atención médica adecuada en el Hospital Materno Infantil Inguarán durante el trabajo de parto que presentaba, ya que durante al menos una hora no se registró la frecuencia cardiaca fetal tal como lo sugiere la literatura y la normatividad médica.
2. Personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incurrió en mala práctica médica al no registrar la frecuencia cardiaca fetal y, en consecuencia, no establecer el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo que lo condujo a la muerte del producto in útero de Paola Vargas Galván.

IV.K.6. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada y peticionario, de fecha 20 de enero de 2012, dan fe dos Visitadoras Adjuntas de esta Comisión; en el Acta se hizo constar que los peticionarios manifestaron su deseo de que sus datos fueran públicos para efectos de la emisión de la Recomendación.

L) Expediente: CDHDF/III/122/IZTP/12/D0190.

IV.L.1. Acuerdo de fecha 11 de enero de 2012 por el que se inicia de oficio una investigación, derivado de que se publicó en el periódico "La Razón" la siguiente nota periodística bajo el rubro "le niegan atención Médica en hospital del DF y su bebé muere":

Con un dolor en el vientre que apenas le permitía mantenerse en pie, Ana Rocío Reyes recorrió tres hospitales del Distrito Federal la noche del lunes [9 de enero de 2011] llevaron a la joven de 25 años al Hospital Belisario Domínguez, en Tláhuac. Pero ahí nos dijeron que no tenían equipo, que mejor fueran a Xoco, contó *** [el esposo de Ana Rocío Reyes] a las autoridades de la Procuraduría capitalina que ayer [10 de enero de 2012] abrieron el expediente IZP9-H4/T2/006/01-12 para investigar el caso. *** no estaba seguro de cómo llegar a Xoco, por eso fueron al Hospital Balbuena. Ahí una enfermera reviso a Ana Rocío Reyes y le dijo que no tenía nada, según ella sus dilataciones eran mínimas y la envió de regreso a casa. Pero la situación empeoró. En unos minutos estuvieron afuera del Hospital de la Comunidad Económica Europea. Tocó la puerta y nadie le abrió. Entonces fue al área de urgencias y ahí le dijeron que no había quien la examinara no había médicos y además los cuartos para atenderla no estaban en funciones. A las tres de la mañana la mujer ya estaba tirada en el piso. Su esposo pidió ayuda a una patrulla y los agentes llamaron a una ambulancia. Cuando los paramédicos llegaron no había nada que hacer, su bebé ya había fallecido.

IV.L.2. Nota periodística bajo el rubro "Salud ofrece fincar responsabilidades", publicada por el periódico "La Razón" de fecha 11 de enero de 2012, la cual se transcribe a continuación:

La Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF) informó que el bebé de Ana Rodó Reyes, la mujer que no fue aceptada en el Hospital General de Iztapalapa, ya estaba muerto antes de darlo a luz.

En entrevista con La Razón el doctor Román Rosales Avilés, Director general de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, reveló que Ana, de 25 años de edad, "había acudido a un médico particular, que le practicó un ultrasonido por sus 29 semanas de embarazo; éste le diagnosticó que el producto estaba muerto, tenía un óbito fetal.

"Con este diagnóstico acude a nuestras instalaciones a solicitar atención médica, y ahí se da este desafortunado hecho de que no la reciben en el hospital, y cuando va a incorporarse a la parte de admisión urgencias, expulsa el producto, un producto que ya estaba muerto pero que no justifica para nada el que se le haya negado la atención médica", refirió el galeno, aunque asumió la responsabilidad para investigar el caso.

Por su parte, el secretario de Salud capitalina, Armando Ahued expresó su indignación ya que éste es el primer rechazo que se registra en los hospitales capitalinos durante los últimos tres años y medio y precisó que han iniciado una investigación a fondo y, de ser necesario, cesará al director de este centro médico.

"Voy a actuar hasta las últimas consecuencias para tomar cartas en el asunto", ofreció el funcionario.

IV.L.3. Transcripción de nota inicial de urgencias de fecha 10 de enero de 2012, con número de folio 1209, cuyas responsables de su elaboración fue la Dra. Canto y la Dra. Vitoria, sin aparecer más datos de identificación de esas doctoras, de la nota se desprende la siguiente información:

Nota de GO (Ginecología y obstetricia) Urgencias

Acude con receta de médico particular con reporte de USG (ultrasonido) con Embarazo de 29.4 SDG (semanas de gestación) + óbito fetal.

[...]

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Embarazo de 29.4 SDG (semanas de gestación). Óbito fetal.

PLAN: Cita abierta

Por el momento no se cuenta con ropa para su atención.

IV.L.4. Nota informativa elaborada por la Subsecretaría de Servicios Médicos e insumos de la SSDF, sin fecha, sin firma, dirigida a esta Comisión, en la que resumen la atención médica brindada por los Servicios de Salud del Distrito Federal a la agraviada, destaca el siguiente contenido:

Hecho: Atención del caso de femenina [...] antecedente de 4 atenciones en el primer nivel de atención, en el Centro de Salud T-III Buenavista.

[...]

Relato de hechos:

C.S.T.-III Buenavista de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa

30 de Septiembre de 2011- [...] El médico que atendió [reportó] un diagnóstico de Embarazo de 14 semanas de gestación [...] e identificada como de alto riesgo. (No se explica, ni fundamenta esta clasificación).

11 de octubre de 2011- Acude paciente con ultrasonido obstétrico con reporte de embarazo de 16 semanas de gestación [...] Factor de riesgo: obesidad.

13 de diciembre de 2011- Se reporta diagnóstico de embarazo de 27 semanas de gestación [...] más obesidad.

[Se prescriben medicamentos], resto de la nota no entendible. Llama la atención el cálculo de la edad gestacional.

9 de enero de 2012- La paciente refiere que siendo aproximadamente las 8:30 hrs. presenta flujo café escaso [...] frecuencia cardíaca fetal 140 por minuto. Se le solicita ultrasonido obstétrico y hepático, exámenes de laboratorio normales.

La paciente refiere que por la noche (sin referir la hora) le practicaron un ultrasonido en un servicio particular donde se reporta óbito, (muerte), por lo que decide en compañía de su esposo [...] acudir al Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", aproximadamente a las 22:00 hrs. como incidencia refiere que se le niega la atención. No existen registros que lo demuestren.

Ante tal situación acuden al Hospital General Iztapalapa donde les informan que el área de toco-cirugía se encuentra en remodelación y le sugieren que acuda al Hospital General Balbuena.

Hospital General Balbuena Servicio de Urgencias Gineco-Obstetricia.

10 de enero de 2012- Siendo aproximadamente las 01:25 hrs. acude paciente al Hospital donde presenta al médico de guardia un ultrasonido realizado en u servicio particular con diagnóstico de 29 semanas de gestación y óbito fetal, siendo referida y atendida por 2 Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia que se encontraban de guardia, al interrogatorio no refiere sintomatología obstétrica y clínicamente con signos vitales normales realizando la exploración física correspondiente y la aplicación del DAPTONE para la detección del foco fetal y tacto para la valoración del cérvix encontrándose dehiscente a un pulpejo, lo que permite corroborar el diagnóstico ultrasonográfico, por lo que se decide

manejo conservador con nueva valoración y cita abierta, en el acto se le dio asesoría sobre signos de alarma. No hay evidencia que documente el regreso de la paciente para continuar con el manejo.

Hospital General Iztapalapa Servicio de Urgencias

10 de enero de 2012- Siendo aproximadamente las 03:00 hrs, acude al área de urgencias del hospital en compañía de su esposo [...] en donde se les informa que no hay servicio de Toco-cirugía por motivos de remodelación del área, por lo que se hace necesario acudir al Hospital Xoco o Balbuena. El acompañante en mención solicita hablar con el médico responsable en turno, siendo atendido por el asistente de la dirección, quien le explica lo antes mencionado (área en remodelación, no apta para la atención de pacientes).

Acto seguido acude patrulla de Seguridad Pública por petición del esposo, para solicitar el apoyo de traslado a través de una ambulancia del ERUM con número A8-071, en la espera de la ambulancia la paciente expulsa al producto en la vía pública [...]. En el acto se ingresa al producto muerto al área de urgencias pediátricas y a la paciente al área de urgencias obstétricas en donde el equipo de médicos especialistas [...] pasa a recuperación y posteriormente a hospitalización, con egreso [...] el mismo día. [...]

IV.L.5. Protocolo de necropsia elaborado por peritos del SEMEFODF elaborado por los peritos médicos Dr. Augusto P. García Gutiérrez y Dr. Saúl López Suastegui; remitido a esta Comisión mediante oficio 000725 de fecha 30 de enero de 2012, suscrito por la Directora de Atención Ciudadana y Derechos Humanos del TSJDF. En el Protocolo de necropsia se concluyó lo siguiente:

- 1.- Producto del sexo masculino de veintinueve semanas de gestación.
- 2.- No era viable.
- 3.- No vivió ni respiró fuera del seno materno.
- 4.- No presentó huellas de lesiones.
- 5.- Asfixia no natorum.

IV.L.6. Reporte de servicio de urgencia médica de fecha 10 de enero del 2012, en el que se aprecia que se informa que la hora de asignación de la ambulancia fue a las 3:50 horas y la hora de llegada del servicio fue a las 4:10 horas de ese día. El responsable médico de la ambulancia fue el Dr. Gómez Toledo y como diagnóstico que provocó la urgencia médica se encuentra "parto fortuito con producto [...] único muerto".

IV.L.7. Oficio DGDH/1523/2012 de fecha 7 de febrero de 2012, suscrito por el Subdirector para la Defensa de los Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad Pública del D.F., mediante el cual remiten copia de el reporte de la atención a la llamada al 066 referente a los hechos de queja que nos ocupan, del cual se desprende lo siguiente:

1	Rep el denunciante que su pareja se encuentra	03:47:40
2	Sangrando	03:47:40
3	Asimismo, indica que esta a fuera de un hospital	03:47:53
4	esp	03:47:54
5	Espera el apoyo de la unidad	03:48:01
6	No da más datos ya que el denunciante cuelga la	03:48:14
7	Llamada	03:48:14
8	Se canaliza por la frecuencia de operaciones con	03:49:19
9	Oasis ya que el responsable de quetzal no contesta	03:49:19
10	Por operaciones	03:49:19
11	Enterado mercurio por operaciones	03:50:56

12	Con el apoyo de célula pie tierra	03:51:26
13	Enterado por 1ro Rodríguez	03:51:30
14	A8071	03:51:34
15	Al lugar	03:51:40
16	Por operaciones informo Zapotilla que por medio	03:53:58
17	Del monitoreo del C2 ote se aprecia que está una	03:53:58
18	Fémica tirada en la vía pública	03:53:58
19	La fémica de nombre Ana Rocío Aranda Reyes de 25	03:55:27
20	años	03:55:27
21	Por gamas informa quetzal 2 que el personal del	03:55:57
22	Hospital Regional de Iztapalapa que se encuentra	03:55:57
23	E el lugar mencionan que no la van a atender a la	03:55:57
24	fémica	03:55:57
25	Enterado mercurio 8 informa que va a verificar la	03:56:15
26	Situación con el centro regulador	03:56:15
27	Informan que por parte del Hospital no funciona el	03:58:06
28	Quirófano, informa mercurio que al lugar acude	03:58:06
29	La A8071	03:58:06
30	Informa quetzal 2 por operaciones que el personal	03:58:41
31	Del hospital de la comunidad económica manifiesta	03:58:41
32	Que no la pueden atender ya que el hospital se	03:58:41
33	Encuentra en remodelación, mercurio D-3 manifiesta	03:58:41
34	Que pasa la A8-071	03:58:41
35	Ya la A8071 en el lugar para que la unidad	04:01:42
36	Pase por ella	04:10:18
37	Llegando la médica y en breve informa	04:14:38
38	Informa mercurio delta 3 por operaciones que la	04:19:23
39	Ambulancia ya se encuentra en el lugar y está	04:19:23
40	Informando que el producto ya falleció a causa de	04:19:23
41	La falta de atención del hospital	04:19:23
42	Por la frecuencia de gamas mercurio 8 informó que	04:19:49
43	La tripulación de la unidad médica A8071 atiende a	04:19:49
44	Una fémica la cual tiene un producto muerto	04:19:49
45	Indica la tripulación que fue parto fortuito y el	04:25:27
46	Producto muerto	04:25:27
47	[...]	

IV.L.8. Acta Circunstanciada de diligencia al Hospital General Balbuena de fecha 24 de enero de 2012, dieron fe Visitadoras Adjuntas de esta Comisión. En el Acta se hizo constar lo siguiente:

Las suscritas acudimos [...] en compañía de un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos de esta Comisión, [...] con la finalidad de entrevistar a las servidoras públicas relacionadas directamente con los hechos de queja, previo acuerdo con el Director del referido nosocomio, [...] las doctoras María

Delfina Canto Lorenzo e Isabel Viloría Vázquez, médicas ginecobstetras, así como el doctor Luis Manuel Núñez Rosales Jefe del Área Obstétrica. [...] les fue señalado que la entrevista sería grabada, [...] a lo que las doctoras manifestaron su negativa a ello, por lo que fue referido que las suscritas contamos con fe pública conferida por la ley, por lo que daríamos fe de la entrevista [...] se dio inicio a la entrevista con la doctora María Delfina Canto Lorenzo a quien se le pidió relatara cómo habían acontecido los hechos, al respecto señaló lo siguiente:

La paciente se registró en admisión, entró sola, [...] se encontraban tres doctoras, ella, una pediatra (doctora Leticia Hernández) y la doctora Viloría. Posteriormente le solicitó a la paciente que pasara al área de exploración física donde se le pidió que se retirara la ropa de la cintura hacia abajo, en ese momento, la doctora Vitoria le comento que la paciente acudía con un ultrasonido de médico particular, [...] el cual reportaba que era un óbito. A lo que la doctora prosiguió a la exploración del abdomen corroborando por "doppler" que el producto de la concepción de la paciente carecía de frecuencia cardíaca [y] no había pérdidas transvaginales. [...] Comentó la doctora que antes de la paciente [...] se habían ingresado varias pacientes (dos pacientes que presentaron abortos y una con enfermedad llamada preeclampsia), es decir el servicio estaba "lleno", además de que si existía la necesidad de operar en ese momento no sabían si existía o no ropa disponible, ya que suelen carecer de ropa en las guardias, por lo que se le solicitó que se volviera a vestir, que en ese momento no se le podía ingresar debido a dichas circunstancias. [...] A preguntas expresas, la doctora Delfina Canto Lorenzo señaló:

Que el motivo de la consulta de la paciente Ana fue que acudió con un ultrasonido particular con reporte de óbito de 29 semanas de gestación, sin embargo ella no vio el ultrasonido mencionado, además de que la misma paciente no refería otra sintomatología. Ella se avocó a la exploración, por lo que no vio la receta referida en la nota.

Refirió que el procedimiento que se sigue en el hospital tras revisar a una paciente con el diagnóstico de óbito por médico particular depende de la situación, de los familiares y de las condiciones de la paciente. Sin embargo es consciente que la paciente con ese diagnóstico debió de haber sido ingresada.

Refiere que los diagnósticos que emitió se basaron en el reporte ultrasonográfico y que lo corroboró al no escuchar la frecuencia cardíaca fetal.

Refiere que ella no sabía cuánto tiempo tenía de muerto el producto de la paciente, sin embargo no quiso solicitarle otro ultrasonido para descartar el tiempo de muerte. Además no le mandó a hacer otro ultrasonido debido a que la paciente ya traía uno, y no creyó necesario corroborarlo con otro si la misma se encuentra tranquila y ya estaba aceptándolo. Clínicamente tampoco consideró necesario hacer otro ultrasonido pues considera que son costos.

No supo el tiempo que tenía de obitado el producto, por lo que dejó cita abierta, pero los signos vitales de la paciente no estaban alterados.

Refiere que aunque la paciente tenía criterios para ingresarla, no lo hicieron por falta de ropa y de espacio físico.

Se refiere a ropa a las sábanas y batas que se necesitan para la atención, debido a que la paciente anterior había mojado las sábanas.

No consideró que la vida de la paciente estuviera en riesgo debido a que no había alteración en signos vitales.

En entrevista con la doctora Isabel Viloría Vázquez esta señaló:

En el momento en el que llegó la paciente, el área de toco se encontraba llena, con cuatro camas en labor. La doctora Canto y ella se encontraban en el filtro. Revisaron a la paciente juntas, ella hizo la nota. La paciente llegó con una receta color amarillo, con reporte de ultrasonido con 29.3 semanas con producto obitado, era todo lo que decía, no contaba con las imágenes. Cuando la doctora Canto iba a hacer la exploración física, le comentó que el reporte de ultrasonido era óbito, por lo que la doctora que fue quien realizó la exploración solo le dictó que no había frecuencia cardíaca fetal y que no había salida de líquido, ni actividad uterina. Decidieron comentarle a la paciente que no contaban con ropa, dar indicaciones y dejarle cita abierta para recibirla cuando se liberara alguna cama. Sin embargo, la paciente no regresó. A preguntas expresas, la doctora Delfina Canto Lorenzo señaló:

Que el motivo de la consulta fue el reporte de ultrasonido. No tuvo conocimiento de porque se hizo el ultrasonido ni lo preguntó a la paciente.

No presentaba ninguna sintomatología [...] Al preguntarle a la entrevistada sobre qué tipo de médico hizo el ultrasonido, refirió que no recordaba. Dicho ultrasonido no reportaba cantidad de líquido, huesos cabalgados, no decía cuánto tiempo tenía de obitado. Además comentó que ese reporte era carente de más datos. No mandó a hacer otro ultrasonido ya que es común que las pacientes no regresen. Se le

cuestionó cuál es el procedimiento que siguen con una paciente con óbito, a lo que respondió: ingresarla, pero que en ese momento no tenían espacio físico ni ropa.

[...] Refirió que el diagnóstico de la paciente era clínicamente una urgencia pero no una urgencia absoluta, es decir, no la dejaría salir del hospital si estuviera expulsando el producto. [...] Refirió que no cuentan con ultrasonido en el hospital, y no le mandó a hacer otro a la paciente debido a que su intención era ingresarla. [...] Refirió que preguntaron a la paciente el motivo por el cual había llegado a ese hospital, y la misma respondió que en Iztapalapa no la habían recibido. [...] Igualmente comentó que a la paciente se le debió de haber ingresado pero debido a que no se contaba con ropa ni con lugar físico, la paciente se le comentó que regresara con datos de alarma. Comentó que el hospital Balbuena es un hospital general, pero un hospital materno infantil era el indicado para atender el cuadro de la paciente, sin embargo no la refirió ahí porque la señora la iba a atender en Balbuena cuando tuviera datos de alarma.

Por su parte el doctor Luis Manuel Núñez Rosales agregó:

La paciente llega a un hospital general y no a un materno infantil. El hospital Balbuena cuenta con un Servicio de Ginecología pequeño. Cuenta sólo con cuatro camas, además debido a que estuvo en remodelación, recientemente abrió en el mes de octubre del año pasado, por lo que no cuenta con becarios o internos. La guardia que atendió a la paciente cuenta con dos ginecólogas, una pediatra y una enfermera. Agregó que el óbito fetal ciertamente amerita internamiento; sin embargo, la paciente se presenta sin sintomatología y si bien, un ultrasonido define huesos cabalgados, etc., no define la urgencia de la paciente. La urgencia podría presentarse con las complicaciones siguientes: trabajo de parto (sangrado), infección (ruptura de membranas) y coagulopatía (complicación que se presenta a las dos o tres semanas posteriores al óbito). Para el caso de la paciente, llegó sin trabajo de parto, sin datos de infección por lo que no tenía urgencia real que complicara su vida.

IV.L.9. Acta Circunstanciada de diligencia al domicilio de la peticionaria de fecha 19 de enero de 2012, dieron fe Visitadoras Adjuntas de esta Comisión. En el Acta se hizo constar lo siguiente:

En el lugar fuimos recibidos por [la agraviada] así como el esposo de la misma, [...] la suegra de la presunta agraviada, [y el] suegro de la presunta agraviada. [...] En relación a los hechos materia de queja, la presunta agraviada manifestó lo siguiente:

Al saberse embarazada dio seguimiento médico de su embarazo en un Centro de Salud del Gobierno del Distrito Federal (no recuerda cual) donde el médico que le atendió (del cual igualmente no recuerda su nombre) le señaló que la paciente era muy obesa. Por tal situación corría el riesgo de cursar con un "embarazo de alto riesgo", por tal motivo, el médico le informó 2 recomendaciones, la primera era que cuidara la ganancia de peso, a lo que la paciente notó que en lugar de ir aumentando dicho peso, este se quedó igual y posteriormente notó que disminuyó (2 kilogramos). La segunda recomendación, se basó en que era necesario que fuera valorada por algún médico Gineco-obstetra, por lo que el médico le sugirió acudir al Hospital General de Especialidades Belisario Domínguez ubicado en Tláhuac, donde refirió la paciente que al acudir, no la atendieron ya que no presentaba datos de embarazo de alto riesgo, el médico le comentó que cuando ella cumpliera ocho meses le daría un pase para que acudiera al citado hospital, sin embargo posteriormente le dijo que no era necesario.

La última consulta prenatal en el Centro de Salud, refirió que fue en el Centro de Salud Buenavista (ya que el otro lo estaban remodelando), el día 9 de enero del 2012. Teniendo 29.5 semanas de gestación, al momento de iniciar la consulta, la paciente refirió la presencia de manchado de color marrón de procedencia vaginal, posteriormente después de la revisión, el médico que la trató le solicitó estudios de orina y sangre refirió que probablemente se trataba de una infección en vías urinarias [...].

Posteriormente aproximadamente entre a las 21:00hrs o 21:30hrs, la paciente presentó dolor en su cintura, además de que se percató de que tenía un sangrado vaginal. Decidió acudir al Hospital General de Especialidades Belisario Domínguez, ya que era el que le había recomendado el médico de su Centro de Salud. Siendo aproximadamente las 22:30 horas, acudió al citado hospital, refirió que acudió a ese hospital por lo comentado por el médico del Centro de Salud.

Al llegar al hospital, refiere que la persona que estaba en el área de admisión, una persona quien identificó como recepcionista, le comentó que los síntomas que presentaban eran de un parto prematuro y que no tenían material en ese hospital para prematuras, por lo que no la iban a atender ahí. Además le

comentaron que se dirigiera al Hospital General de Iztapalapa. Para esos momentos ella ya presentaba dolores más fuertes y los mismos eran cada tres minutos.

Siendo aproximadamente pasadas de las 23:30 horas, llegó al Hospital General de Iztapalapa. Refirió la presunta agraviada, que igualmente personal no médico (e igualmente personal al parecer de recepción) le informó que en esos momentos no había Ginecólogo además de que el hospital estaba en remodelación, por lo que no la iban a atender. Que tenía que acudir a otro hospital, siendo el Hospital General de Xoco o el Hospital General de Balbuena, las opciones.

Como no sabían cómo llegar al Hospital General de Xoco, aproximadamente a las 01:30 horas del 10 de enero del 2012, acudió al Hospital General Balbuena, donde pasó al área de revisión, donde habían dos doctoras, quienes tras pasarla a revisión, [...] le dijeron que ya presentaba tres centímetros de dilatación, que su parto era prematuro y que todavía se tardaría. Refirió que en ningún momento le escucharon el corazón del menor con algún aparato.

A pregunta expresa la presunta agraviada refirió que nunca acudió a un hospital particular a recibir atención médica, que su último ultrasonido es de fecha 14 de noviembre del 2011 mismo que se practicó en un medio particular, dicho ultrasonido. No llevaba ningún documento cuando acudió al Hospital Balbuena.

En el Hospital Balbuena, le informaron que debía regresar a su casa y esperar, ya que como a las 4 o 6 horas de ese día iba a tener el parto, y que cuando presentara dolores más fuertes y ganas de ir al baño, se dirigiera al Hospital de Iztapalapa. Aún y cuando ella refirió a las doctoras, que el Hospital Iztapalapa no tenía servicio, una de las médicas le gritó que tenía que ir hacia dicho nosocomio, que no volviera ahí. Siendo aproximadamente las 02:30 horas, se encontraba ya en su domicilio cuando de pronto sintió que le salía mucha agua, por lo que decidieron –ella y sus familiares- acudir al Hospital de Iztapalapa.

Estando en la entrada del Hospital de Iztapalapa, tanto su esposo como su suegra pidieron atención para ella.

En ese sentido [la suegra de la agraviada], refirió a las suscritas:

No había nadie en la recepción, eran aproximadamente las 03:15 horas. Se asomó un policía quien le dijo que no había servicio de gineco obstetricia, fue entonces cuando Ana Rocio Reyes Aranda se desvanece en el piso, incluso una persona les auxilio colocándole una chamarra. Ana Rocio Reyes Aranda comenzó a sangrar, una persona con un uniforme color beige les refirió que los quirófanos estaban en reparación y que no había médicos que la pudieran atender, que se la llevaran en su vehículo a otro lado, fue entonces que le pidieron una ambulancia pero dicha persona respondió que no había servicio. Agregó que se percató de la presencia de un probable doctor, quien se encontraba atrás de una ventanilla, a quien le pidió atendiera a su nuera. Presumió que era un doctor debido a que se encontraba vestido de blanco, dicha persona le señaló que tenía prohibido dar el servicio debido a que él no es ginecólogo, incluso le mostró un oficio que, según su dicho, señalaba esa prohibición. Finalmente ese doctor le refirió que fuera al Hospital de la Colonia Centro.

Posteriormente, el [suegro de la agraviada] fue con unos policías que se encontraban dentro de su patrulla a las afueras del hospital, [...] dichos servidores públicos acudieron junto con el señor a la puerta del hospital, donde de nueva cuenta encontraron la negativa de atención médica por parte de dicho nosocomio. Posteriormente acudieron a la Agencia del Ministerio Público más cercana (a un lado del Hospital refieren), donde de igual manera no les abrieron ni a los afectados ni a los policías que los acompañaban. Ante esas situaciones decidieron llamar a una ambulancia.

[El esposo de la agraviada] refirió haber realizado una llamada telefónica al 066 donde le dijeron que mandarían una ambulancia, transcurridos 15 o 20 minutos al ver que la misma no llegaba, marcó nuevamente pero le colgaban. La ambulancia tardó en llegar 40 o 45 minutos. Siendo aproximadamente las 04:10 horas, llegó la ambulancia, además se percataron de que "el bebé ya había salido" sin que se escuchara que el mismo llorara ni se percataron de que se moviera.

Dos paramédicos bajaron de la ambulancia, subieron a Ana a una camilla y la subieron a la ambulancia, [...] Les informaron que ya había arrojado la placenta y no corría peligro; sin embargo, era necesario que se diera vista al Ministerio Público toda vez que los del Hospital Iztapalapa "siempre hacían los mismo" refiriéndose a que negaban la atención médica a los usuarios y ellos tenían que terminar atendiéndolos a las afueras del mismo.

A continuación salieron unos doctores con la intención de ingresar a Ana al hospital, pero los paramédicos se negaron debido a que refirieron que no se podía mover a la paciente hasta que llegara el Ministerio Público.

[La agraviada] continuó relatando a las suscritas que fue ingresada a un consultorio, donde una doctora le comentó que el bebé estaba macerado, tenía al bebé en una mano y en la otra la placenta cuando de pronto algo se le cayó. Le quitaron la ropa, le dijeron que le iban a hacer un legrado mismo que le fue practicado y al día 11 de enero del 2012 la dieron de alta.

[El esposo de la agraviada] mencionó que el Secretario de Salud se puso en contacto con él, que le habían mandado unos abogados para que lo apoyaran en la recuperación del cuerpo del bebé. Además les brindaron apoyo para el pago del fétetro y mandaron una carroza, los gastos funerarios corrieron por cuenta de la familia.

[La agraviada] mencionó que el viernes siguiente al día en que ocurrieron los hechos, por la noche, se sintió mal de salud pues presentó taquicardias, fue entonces que su esposo le llamó al secretario de Salud, quien mandó una ambulancia para que la llevaran al Hospital Balbuena donde recibió atención médica.

IV.L.10. Oficio sin número de fecha 09 de febrero de 2012, suscrito por el Dr. Héctor Gómez Toledo, médico de la ambulancia A8-071, remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/1712/2012 de fecha 10 de febrero de 2012 suscrito por el Subdirector para la Defensa de los Derechos Humanos de la SSPDF, en el que informa lo siguiente:

[...] [S]iendo las 03:50 horas del día 10 de enero del año en curso, me ordenan por vía radio cubrir servicio en el exterior del Hospital General Iztapalapa, [...] al cual llegamos a las 04:10 horas, ya que nos encontrábamos terminando de cubrir un servicio en la Delegación Iztacalco, al llegar al lugar indicado [...] me encuentro a una persona del sexo femenino acostada sobre una sábana en las afueras del servicio de urgencias de dicho hospital, procediendo a valorarla e interrogarla, [...] en el interrogatorio refiere que no había sido aceptada en el servicio de urgencias al cual era la **segunda ocasión** que acudía, ya que en la primera le indicaron que pasara al **Hospital de Especialidades Belisario Domínguez** al que acudió donde no le dieron el servicio u le indicaron que se trasladara al **Hospital General Balbuena** cosa que realizó acompañada de sus familiares, donde tampoco fue atendida y le dijeron que se trasladara al **Hospital General Iztapalapa** donde al llegar refiere que únicamente le abrieron la puerta para decirle que no podían atenderla y en ese momento sintió un fuerte dolor abdominal teniendo la sensación de que salía algo por su vagina por lo cual su familia la acostó sobre el suelo sobre la sábana frente a la puerta de urgencias y un policía [...] fue quien solicitó la ambulancia por lo que nosotros acudimos. Al verla en el suelo y referirnos lo que había ocurrido solicito sea bajado al carro camilla [...] donde la ayudamos a subirse a la camilla [...] dentro de [su ropa] se encuentra un producto del **sexo masculino sin vida unido a la placenta por el cordón umbilical** por lo que se le indica al policía que de aviso al **Ministerio Público** [...] y después de 50 minutos que llegamos aproximadamente salió el personal Médico del Hospital indicándonos que la pasáramos al interior y la trasladamos a uno de los consultorios al que llegó una médico residente al parecer del servicio de Gineco-Obstetricia la cual está interrogando y al momento llega un médico limpiándose los ojos y adormilado que nos indica que nos saliéramos del lugar, quedándose ambos con la paciente [...] no habiendo querido recibimos ni firmado el parte correspondiente por lo cual nos retiramos del lugar.

IV.L.11. Oficio DGDH/DEA/503/0566/12-02 de fecha 10 de febrero de 2012, suscrito por la Directora de enlace "A" de la PGJDF, en la que informa que la averiguación previa iniciada con motivo de los hechos "fue remitida para su prosecución y perfeccionamiento legal a la Fiscalía para la investigación de los Delitos cometidos por servidores públicos el 23 de enero de 2012."

IV.L.12. Informe de las médicas del Hospital General Balbuena sobre la atención de la agraviada, de fecha 16 de febrero de 2012; remitido a esta Comisión mediante el oficio DGHB/165/011 del 17 de febrero de 2012, suscrito por el Director del Hospital. En el informe se asentó lo siguiente:

La [agraviada] Sra. Ana Rocio Reyes Aranda acudió al servicio de urgencias sin referir sintomatología obstétrica relacionada con trabajo de parto, el motivo de la consulta fue un reporte de ultrasonido extra-institucional (privado) con diagnóstico de embarazo de 29 semanas y óbito fetal.

Durante la exploración física se documentó la ausencia de frecuencia cardíaca fetal de acuerdo con la auscultación electrónica mediante doppler, no fue definida la altura del fondo uterino [...]

Con respecto a las condiciones cervicales, las encontramos con dilatación, [...] no hubo secreciones ni sangrado.

El tratamiento que se brindó a la paciente fue la corroboración del diagnóstico con que acudió al servicio, al no existir complicaciones maternas ni trabajo de parto decidimos el manejo expectante de la paciente, con cita abierta al servicio, es decir en cualquier momento, o bien si era su decisión acudir a otra unidad médica, al no existir rechazo no se justificaba la referencia a otra unidad.

[Respecto del trabajo de parto] [...] en el caso de la Sra. Ana Rocío Reyes Aranda el tiempo [del borramiento u dilatación de entre 9 y 15 horas] esperado era mayor, debido a que no refería la presencia de actividad uterina y no existían cambios cervicales que se asociaran al trabajo de parto, sin embargo, y debido a la presencia de óbito fetal no se decidió el envío a su domicilio, sino la permanencia para la revisión subsecuente con la cita abierta, o bien acudir a otra unidad si era el deseo de la paciente, al no rechazar a la misma, no había criterios para la referencia a otra unidad.

Con respecto a la presencia del reporte de ultrasonido en la nota médica, debemos comentar que solamente poseemos el dicho y el reporte plasmado en la nota de urgencias debido a que no se ingresó al servicio de tococirugía, los documentos que la paciente porta deben continuar con ella, [...]

[...]

El criterio para no realizar el ingreso inmediato al servicio fue la carga de trabajo en ese momento, debido al internamiento previo de otras pacientes que presentaban situaciones de más urgencia [...] el óbito fetal constituye una urgencia relativa en el ámbito obstétrico, debido a que las complicaciones previamente referidas son más frecuentes en las dos semanas posteriores al deceso del producto [...]

Como comentamos el padecimiento de la paciente si ameritaba de un tratamiento intrahospitalario que era lo más conveniente, plan que tuvimos considerado al mejorar las condiciones de la unidad tocoquirúrgica, sin embargo la paciente no regresó al servicio.

[...]

IV.L.13. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de la agraviada, de fecha 21 de febrero de 2012, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en el acta se hizo constar, entre otras situaciones, lo siguiente:

[...]

[Se le informó a la agraviada] sobre el contenido de la Nota Médica y el oficio del Hospital Balbuena en el que informan sobre los hechos, ella refirió que no es cierto que llevara un ultrasonido ese día. Además refirió que posterior a los hechos, el jueves o viernes en la noche, cuando tuvo una reacción alérgica debido a los medicamentos que le suministraron en el Hospital General de Iztapalapa, fue internada para su atención médica en el Hospital Balbuena y un médico, al parecer de apellido Gunter, le comentó [al esposo de la agraviada] que ésta había tenido varios embarazos y que ninguno se había logrado y [afirmó] que todos sus embarazos iban a ser difíciles como los anteriores; sin embargo, la peticionaria asegura que fue su primer embarazo y que lo que le dijo el doctor a su esposo es mentira y no sabe porqué se lo dijo.

IV.L.14. Oficio DGSMU/0760/12 de fecha 24 de febrero de 2012, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Román Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, en el cual informa lo siguiente:

1. En relación a la atención médica otorgada a la C. Ana Rocío Reyes Aranda en el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", le informo que se llevó a cabo una revisión minuciosa [...] y no se encontraron antecedentes de que le [agraviada] haya solicitado atención médica.

El citado Hospital está acreditado para atender pacientes con emergencia obstétrica y tiene la capacidad suficiente para su atención.

2. En el Hospital General Balbuena, los servidores públicos que otorgaron la atención médica a la agraviada [...] fueron la Dra. Isabel Vilorio Vázquez y la Dra. María Delfina Concepción Canto Lorenzo, médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, adscritas a la guardia "C" del turno nocturno¹² [...].

3. Respecto a la atención médica otorgada en el Hospital General Iztapalapa hago de su conocimiento [...]: [Las siguientes respuestas del Hospital se formulan a preguntas expresas de esta Comisión, que a continuación se asientan]

a) Los motivos y fundamentos legales por los cuales el día 9 de enero del año en curso, siendo aproximadamente las 23:30 horas, personal, al parecer de recepción, de ese Hospital señaló a la agraviada Ana Rocío Reyes Aranda, que no había médicos Ginecólogos que pudieran atenderla y que tenía que acudir a otro Hospital.

No existe ningún fundamento legal toda vez que el día 9 de enero de las 20:00 a las 7:00 horas del día 10 de enero [...] estaban en jornada laboral tres médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia adscritos a la guardia "C".

b) Los motivos y fundamentos legales por los cuales el día 10 de febrero del año en curso, siendo aproximadamente las 3:00 horas, personal de ese Hospital señaló a la agraviada Ana Rocío Reyes Aranda, que no había médicos que pudieran revisarla, así como que no había cuartos para atenderla.

No existen motivos ni fundamentos legales al respecto como se muestra [...] había tres médicos ginecólogos.

c) Si en el turno que va del día 9 de febrero a las 23:30 horas y el día 10 de febrero a las 02:00 horas, contaba con personal en el servicio de ginecología y obstetricia. Asimismo, cuál es la platilla de los médicos de base y de guardia y si estos últimos son suficientes para cubrir las ausencias de los médicos de base.

En el período comprendido entre las 23:30 horas del día 9 de enero a las 02:00 horas del día 10 de enero del año en curso, la unidad médica hospitalaria, contaba con el personal médicos suficiente para otorgar atención médica especializada.

d) Los motivos por los cuales la agraviada Ana Rocío Reyes Aranda, le fue negada la atención médica y no fue referida a otro Hospital de la red que pudiera brindarle el servicio médico que requería.

No existen motivos en este Hospital para negarle la atención médica a la peticionaria como se demuestra en el [...] documento correspondiente al informe del Asistente de la Dirección que atendió a la paciente.

e) Sobre la manifestación de la familiar de la peticionaria respecto de que un doctor, "quien se encontraba atrás de una ventanilla", a quien le solicitaron el servicio y se negó bajo el argumento de que él no era ginecólogo, señale si en el Hospital existe alguna restricción para que los médicos de urgencias o de cualquier especialidad puedan atender una emergencia obstétrica como la que se presentó a las afueras del mismo. De existir alguna restricción, señale cuál es la razón. Además, remita copia del oficio en el cual dicho médico señalaba que se encontraba la restricción para atender la emergencia obstétrica que se presentó.

No existe ninguna restricción para que los médicos de urgencias puedan atender a las pacientes obstétrica y estabilizar una emergencia obstétrica.

En relación a los oficios HGI/SM/008/12, HGI/SM/009/12, HGI/SM/010/12, HGI/SM/011/12, mediante los cuales el director del Hospital General Iztapalapa, tiene a bien notificar a los Hospitales cercanos a la ubicación de la unidad médica, que derivado del cierre de 3 quirófanos por mantenimiento mayor [...], solicitar apoyo a 4 hospitales para la referencia de los pacientes que requieran atención médica tanto como para el área de Obstetricia como de Cirugía General. No obstante, no se señaló que no se aceptarían pacientes a la unidad tocoquirúrgica y se hace énfasis en que sólo se ingresarán pacientes en trabajo de parto avanzado o en condiciones de gravedad cuya atención no pueda ser diferida.

f) Nombre y cargo del médico a que se hace referencia en el inciso anterior, además solicite al dicho médico, así como al médico encargado del área de Urgencias en el turno, un informe respecto de los hechos en el que deberán manifestar a qué se debió la negativa para brindar la atención médica correspondiente.

El Dr. Víctor Manuel Cortés Rodríguez, asistente de la Dirección de la Guardia "C" del turno nocturno, con días laborables alternados. Asimismo, le informo que no existe encargado del área de urgencias en ese

12

Véase *supra* informe de las médicos.

turno, la responsabilidad y el control de la unidad hospitalaria, es del Asistente de la Dirección correspondiente.¹³

g) Si el Hospital General Iztapalapa tiene la capacidad para atender emergencias obstétricas.
El Hospital General Iztapalapa tiene la capacidad para atender emergencias obstétricas.

4. [...] hago de su conocimiento lo siguiente:

a) La Ley General de Salud y la Ley de Salud del Distrito Federal establecen que la atención del embarazo, el parto y el puerperio es prioritaria, razón por la cual no existe un instrumento que permita la medición del "rechazo" de pacientes, ya que la política institucional, en apego a la legislación sectorial, dispone como obligatoriedad el "cero rechazo".

b) En casa uno de los Hospitales pertenecientes a la SSDF existe personal directivo las 24 horas del día que tienen bajo su responsabilidad evitar que sea obstaculizado o negado el servicio médico a las usuarias y los usuarios que así lo requieran. Este personal tiene dependencia jerárquica del Director de cada unidad.

[...]

IV.L.15. Informe del Dr. Víctor Manuel Cortes Rodríguez, Asistente de la Dirección Guardia "C", remitido a esta Comisión mediante oficio DGSMU/0760/12, de fecha 24 de febrero de 2012, suscrito por el Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, en el informe se plasmó lo siguiente:

[...]

Aproximadamente a las cero tres y cinco horas del día diez de enero estando en la oficina de los asistentes escucho unos gritos del área de urgencias por lo que me dirijo apresuradamente y me percaté de que dichos gritos fueron de [una] señorita [...] quien es personal de Admisión Urgencias Adultos, quien me refiere que se encontraban unas personas muy agresivas golpeando en la ventanilla de admisión de urgencias que da hacia la sala de espera, tratándose de una persona de sexo masculino y otra del sexo femenino, quienes solicitaban de manera prepotente que se atendiera a sus familiares, por lo que me dirijo al servicio de admisión de urgencias adultos y me percaté que efectivamente se encontraban dos personas [...] les atendí [a través de la ventanilla] por lo que procedo a escucharlos y trato de calmarlos preguntándoles que necesitaban y cuál era su urgencia quienes no dieron respuesta a mi pregunta; aún sin saber cuál era la urgencia les informé que se atendería a cualquier paciente en el área de urgencias adultos y que respecto de ginecología obstétrica se le atendería y en caso de no contar con lo requerido se referiría a otra unidad Hospitalaria.

Inclusive mostré a dichas personas a través de la ventanilla el memorándum donde se señalaba que los quirófanos estaban en remodelación [...] cabe señalar que al mostrarles tal información dichas personas no me escuchan más y me dejan hablando solo se retiran del hospital de manera inmediata.

[...]

[...] siendo aproximadamente las cuatro quince horas del día 10 de enero [...] me grita [una al parecer empleada del Hospital] desde el área de urgencias que hay un parto fortuito que había acontecido fuera del hospital [...]

IV.L.16. Copia del oficio sin número de fecha 28 de febrero de 2012, suscrito por el Dr. Augusto P. García Gutiérrez, perito del SEMEFODF; remitido a esta Comisión mediante oficio 001292 de fecha 01 de marzo del 2012, suscrito por la Directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del TSJDF, en el primero de estos se informó lo siguiente:

[...] una vez que examinados los antecedentes, serie fotográfica y dictamen de necropsia, desde el momento de su expulsión el producto se encontraba muerto. Asimismo, los hallazgos de necropsia, descritos como es la maceración corroboran lo anterior.

Por lo tanto, estamos en la posibilidad de determinar que la muerte (óbito) del producto ocurrió dentro del útero de la madre y fue expulsado muerto [...].

¹³

Véase *infra*, informe del Asistente de la Dirección.

IV.L.17. Opinión Médica sobre el caso de Ana Rocío Reyes Aranda, de fecha 5 de marzo de 2012, elaborada por personal médico de esta Comisión, en donde se concluyó lo siguiente:

1. En el caso de la paciente el manejo de control prenatal que se le dio en el Centro de Salud Quetzal, no fue el adecuado conforme a su cuadro clínico, ya que la altura del fondo uterino, [ya que] no correspondía con las semanas de gestación que presentaba el embarazo, teniendo como opción el derivar a la paciente con un especialista Ginecoobstetra, para valorar tal discrepancia.
2. El manejo médico que recibió la paciente en el Hospital General de Balbuena no fue el adecuado de acuerdo al cuadro clínico que presentó, ya que como lo comentan los mismos médicos del Hospital General de Balbuena, la paciente requería tratamiento intrahospitalario, siendo la conducta terapéutica más apropiada, la interrupción del embarazo, ya que presentaba el diagnóstico de óbito fetal. En caso de no haber cupo o ropa en dicha institución, se debió de haber asegurado que la paciente acudiera a un centro hospitalario que pudiera atender su padecimiento obstétrico.
3. En el caso del Hospital General de Iztapalapa, no hubo justificación en no atender a la paciente, la cual presentaba una urgencia obstétrica.

M) Expediente CDHDF/III/122/TLAH/11/D1675.

IV.M.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica del peticionario de fecha 12 de marzo de 2011, da fe de dicha llamada un Visitador Adjunto de esta Comisión. En el Acta se plasmó lo siguiente:

[El peticionario] llegó aproximadamente a las diecisiete horas del día 11 de marzo al Hospital Materno Infantil de Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pues su esposa ***, quien se encontraba en labor de parto, fue ingresada al área de Urgencias, hasta casi las veinte horas, cuando su familiar se le había roto la fuente y se encontraba sangrando. Hasta ese momento nadie le brinda[ba] la atención debida y su familiar continuaba sufriendo de fuertes dolores. Una persona de citado nosocomio le indicó que no ha[b]ía ningún médico que [fuera] a atender a su esposa, que no les importa[ba] si los denuncia[ba] y además, [mencionaron que] tampoco se hacen responsables de la salud de su esposa. Lo cual considera una violación a los derechos humanos.

IV.M.2. Oficio D/318/11 de fecha 15 de marzo de 2011, dirigido a esta Comisión en atención a una solicitud de medidas precautorias, firmado por el Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, Dr. Raúl Ernesto Guevara- Meléndez Machuca, en el que informa lo siguiente:

La paciente ***, quien asistió a esta Unidad Hospitalaria con la finalidad de recibir atención del parto el día 11 de marzo del año en curso, evolucionó satisfactoriamente obteniéndose un producto de sexo masculino [...] de término y sano.

Dicho binomio, debido la buena evolución clínica, fueron dados de alta [...] en todo momento, recibieron por parte del personal de este Nosocomio, trato digno, oportuno y con la calidez que nos caracteriza.

En lo referente a la inconformidad del C. ***, la información del estado de salud se le otorgó en los horarios establecidos para dicho fin. Así mismo (sic), se realizó la indagatoria con el personal que tuvo a cargo a la C. ***, quienes niegan haberse visto involucrados en situaciones que propiciaran la inconformidad con el familiar de la paciente.

IV.M.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica realizada al peticionario, de fecha 23 de marzo de 2011, dio fe de dicha llamada telefónica un Visitador Adjunto de esta Comisión. En el Acta se asentó la siguiente información:

[...] el motivo de la llamada fue con la intención de darle a conocer la información que a la fecha se ha obtenido de parte de la autoridad presunta responsable.

De esta forma, una vez que externó el peticionario su voluntad de conocer la información remitida se procedió a dar lectura íntegra al oficio y a exponer de manera literal lo sustancial del reporte.

Al finalizar la lectura, el peticionario señaló que:

Mi esposa me platicó que una vez que entró a la sala de urgencias siendo aproximadamente las 20:00 horas, le pusieron suero aunque ya llevaba cuatro centímetros de dilatación y se le había roto la fuente y le dijeron que debía esperar a que se presentara el médico de guardia y el pediatra para que le brindaran la atención, o de otro modo si decidían retirarse, esto sería bajo su más estricta responsabilidad, por lo que en ese sentido el personal médico de ese hospital no se haría responsable de su salud, no obstante, como ya le habían puesto el suero decidió quedarse a que le atendieran, pero nunca llegaron los médicos que le dijeron, por lo que su parto fue normal y se alivió son estar presente un médico, sólo estaba una enfermera, esto sucedió aproximadamente a las 01:15 horas del día 12 de marzo de 2011.

Después de que ustedes intervinieron, que fue como a las 02:00 horas del 12 de marzo, la atención que le brindaron fue muy buena, los médicos del día sábado y domingo la atendieron muy bien, es más le dijeron que la daban de alta hasta el día 13 para que se recuperara bien, con ellos no tengo ningún problema, pero con los del día viernes que nunca se presentaron a trabajar si quiero que los corran pues nunca estuvieron desempeñando su trabajo y por su culpa mi hijo nació, según me dijo mi esposa, con una enfermera, lo que se me hace poco ético, por ello, considero que no debe continuar trabajando personal que nunca se encuentra en el hospital.

IV.M.4. Oficio DGSMU/0692/11 de fecha 09 de mayo de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Ramón Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF; en el oficio informan sustancialmente que:

De acuerdo a la plantilla del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, se encuentran con personal médico suficiente para atender a la población que requiera atención médica, sin embargo es preciso aclarar que al ser médicos de base sindicalizados éstos disfrutan de los descansos, vacaciones y demás prestaciones, conforme a la ley y a las condiciones generales de Trabajo, por lo que se implementan guardias para no dejar descubierto (sic) los servicios que tienen encomendados.

IV.M.5. Copia del oficio D/442/11 de fecha 25 de abril de 2011, dirigido al Dr. Ramón Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, suscrito por el Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011. En el primero de estos oficios informan lo siguiente:

Anexo al presente envío a usted, plantilla del personal médico de esta Unidad Hospitalaria y oficio D/437/11, con firmas de recibido, en el cual se exhorta a todo el personal médico para que otorguen atención a la Salud a todos los usuarios de esta Unidad Hospitalaria, apegándose a los principios de LEGALIDAD, HONRADEZ, LEALTAD, IMPARCIALIDAD, PROFESIONALISMO, EFICIENCIA Y MÁXIMA DILIGENCIA, tal como nos obliga nuestra profesión.

[...] hago de su conocimiento que el personal médico designado para este Hospital es insuficiente, debido a que cuando alguno de los médicos goza de alguna de sus prestaciones, no contamos con personal para cubrir alguna de las guardias descubiertas. No omito mencionar que esta situación es una de las observaciones que nos hace la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. (anexo copia de observación en comentario) (sic)

IV.M.6. Copia del oficio COS/DEDS/2/OR/10-AF-3309-3967-HV/2010 de fecha 07 de julio de 2010, dirigido al Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac y responsable sanitario de éste, suscrito por el Director Ejecutivo de Dictamen Sanitario de la Comisión Federal de Operación Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [en adelante COFEPRIS]; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011. Dicho oficio, contiene la siguiente información:

[...] en referencia al acta de verificación con número 10-AF-3309-3967-HV de fecha 02 de junio de 2010, se le comunica lo siguiente:

Irregularidades	Fundamento legal y acciones a seguir
No realiza mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, se mantienen sin funcionamiento: 2 toco-cardiógrafos, 1 cuna radiante, 1 lámpara.	De acuerdo a lo establecido en el artículo 47 tercer párrafo de la Ley General de Salud, como lo estipula el numeral 5.13 de la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que (sic) establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, las acciones de mantenimiento deben incluir infraestructura, instalaciones y equipamiento del establecimiento y realizarse por personal capacitado ya sea del propio establecimiento o de acuerdo a convenio, el cual deberá ser mostrado en caso necesario a esta Autoridad Sanitaria.
Falta un desfibrilador en el carro rojo del área de recuperación post-parto y 2 monitores de signos vitales.	[De acuerdo con diversas normas] debe contar con Desfibrilador con monitor integrado al carro rojo, monitor de signos vitales: ECG, presión arterial no invasivo, temperatura, oxímetro.
El transfer permite el flujo cruzado de aire.	[De acuerdo con diversas normas] debe contar con un acceso de transferencia con dispositivo físico que permita el ingreso del personal de salud en condiciones específicas.
La CEyE no cuenta con filtro de acceso que permita el ingreso en condiciones adecuadas.	[De acuerdo con diversas normas] la Central de Esterilización y Equipos (CEyE) debe ubicarse de manera estratégica para que permita el acceso de personal a través de un filtro de aislamiento.
2 auto claves no funcionan	[De acuerdo con diversas normas] las acciones de mantenimiento deben incluir infraestructura instalaciones y equipamiento del establecimiento y realizarse por personal capacitado ya sea del propio establecimiento o de acuerdo a convenio, el cual deberá ser mostrado en caso necesario a esta Autoridad Sanitaria.
Falta 1 equipo de histerectomía.	[De acuerdo con diversas normas] debe contar con los equipos e instrumental diversos, apropiados para las cirugías especificadas en el programa médico.
No realizan mantenimiento preventivo y correctivo para el sistema de aire acondicionado de la unidad hospitalaria.	[De acuerdo con diversas normas] las acciones de mantenimiento deben incluir infraestructura, instalaciones y equipamiento del establecimiento y realizarse por personal capacitado ya sea del propio establecimiento o de acuerdo a convenio [...]
No cuenta con lavabo en el filtro de ingreso para el área de cuneros	[De acuerdo con diversas normas] en el acceso se debe disponer de filtro de aislamiento que incluye el lavabo, despachador de jabón desinfectante, toallas y gancho para colgar batas.
No cuentan con tomas fijas de oxígeno suficientes, proporcionales a la cantidad de camas	[De acuerdo con diversas normas] debe contar con una toma mural fija para proporcionar oxígeno y equipos fijos o portátiles para efectuar aspiración controlada.
No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de ginecología y obstetricia.	[De acuerdo con diversas normas] Deberá contar con personal suficiente e idóneo de acuerdo a las necesidades del establecimiento, que garantice la



	calidad y calidez de atención, de acuerdo a indicadores generales.
No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de pediatría y enfermería	[De acuerdo con diversas normas] Deberá contar con personal suficiente e idóneo de acuerdo a las necesidades del establecimiento, que garantice la calidad y calidez de atención, de acuerdo a indicadores generales.
No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de anestesiología y Radiología.	[De acuerdo con diversas normas] Deberá contar con personal suficiente e idóneo de acuerdo a las necesidades del establecimiento, que garantice la calidad y calidez de atención, de acuerdo a indicadores generales.
No cuenta con manuales de procedimientos por áreas y servicios específicamente de limpieza (exhaustivos) del área quirúrgica.	[De acuerdo con diversas normas] en los manuales de procedimientos debe incluir los procedimientos de limpieza en el establecimiento.
[...]	[...]
No cuenta con responsable sanitario para el servicio de transfusión	De acuerdo a lo establecido en el artículo 316 de la Ley General de Salud, debe realizar el trámite correspondiente.
El servicio de transfusión del establecimiento no garantiza contar con hemocomponentes las 24 hrs. Los 365 días.	De acuerdo a lo establecido en el artículo 11 de la Ley General de Salud, La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos.

Como resultado del análisis del acta de verificación sanitaria Número 10-AF-3309-4059-CO de fecha 07 de junio de 2010 [...] esta autoridad sanitaria ratifica la medida de seguridad consistente en la suspensión de actividades, aplicada con el sello número 7526 dentro de la dirección general del hospital, dicha medida permanecerá hasta que no cesen las causas que le dieron origen, esto con el fin de que su establecimiento proporcione la atención adecuada y sin riesgo a la salud de las personas que utilizan sus servicios, toda vez que el establecimiento no cumple con los requisitos sanitarios que establece la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de servicios de Atención Médica y las Normas Oficiales vigentes, pudiendo ocasionar desde infecciones hasta la muerte. Se le indica así mismo que al que quebrante los sellos colocados por la autoridad pública, se hará acreedor a lo dispuesto en el artículo 187 del código penal federal.

[...]

Deberá enviar a esta Autoridad Sanitaria el manual de procedimientos del área de limpieza, así como la bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo e instalaciones del área de urgencias.

Se recomienda la implementación y el uso de gafete para la adecuada identificación del personal que labore en el establecimiento [...]

El que un establecimiento no cuente con los insumos y recursos humanos mínimos necesarios, repercute directamente en la oportunidad y calidad de la atención médica otorgada a la población usuaria.

El cumplir con lo señalado en las normas oficiales y la Legislación sanitaria vigente, permite el buen desempeño, calidad y seguridad de las actividades del establecimiento ya que representa la reducción de riesgos en la presentación de servicios de salud al público.

Relacionado a las observaciones acotadas en el acta de verificación en comento, esta autoridad le solicita el envío de las acciones implementadas en relación al hundimiento del establecimiento.

IV.M.7. Oficio número COS/1/OR/001142/2011 de fecha 29 de noviembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Comisionado de Operación Sanitaria de la COFEPRIS, en el que informan lo siguiente:

[...] esta Comisión de Operación Sanitaria, en el ámbito de su competencia, cuenta con un procedimiento administrativo abierto por medio del cual se han evaluado todos los servicios de atención médica que otorga el establecimiento denominado Hospital Materno Infantil de Tláhuac [...]

En seguimiento al programa de muertes maternas, esta Autoridad programó visita de verificación al establecimiento en comento [...] con fecha 1° de junio de 2010 [...]

[...]

En la visita de verificación realizada al establecimiento en comento [...] con fecha 02 de junio de 2010, se obtuvo [...] el soporte documental de las observaciones realizadas en el acta de verificación antes citada y se aplicó medida de suspensión con folio 7526 dentro de la dirección general del hospital, como semaforización para corregir las desviaciones y realizar las gestiones correspondientes.

[...]

Por otra parte respecto al seguimiento que se le ha dado a dicha visita, en relación con la falta de personal médico en las áreas ginecología, (sic) obstetricia, pediatría y enfermería, me permito comentarle que con fecha 17 de agosto de 2010, se recibió en esta comisión Federal el escrito con número de entrada 103300EL032299, del Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca Director del Hospital, en donde anexa 9 oficios [...] en donde solicita personal profesional y técnico para dar cumplimiento a las irregularidades detectadas.

IV.M.8. Oficio D/067/2012 de fecha 26 de enero de 2012, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Héctor Ignacio Sánchez Peña, Encargado de la Dirección del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, en el cual informa sobre las acciones realizadas para corregir las irregularidades señaladas por la COFEPRIS, en donde destaca que varias de estas irregularidades han sido corregidas. Al respecto, manifiesta que:

- Ya se cuenta con desfibrilador y 2 monitores de signos vitales en el área de recuperación post parto.
- Se realizaron las adecuaciones necesarias para no permitir el flujo cruzado de aire.
- Debido a las adecuaciones del servicio de CEyE no es posible colocar un filtro de acceso.
- Está en proceso de adquisición [un equipo de histerectomía].
- [En] octubre de 2011 se realizó mantenimiento preventivo a la manejadora de aire acondicionado.
- En el área de cunero hay 2 lavabos, uno dentro del área y el otro en el baño, se instalaron de este modo por la estructura del área.
- Con fecha 29 de noviembre de 2010 instalaron 3 tomas dobles tipo Plarre R3/8 para oxígeno y 3 tomas dobles tipo Plarre R3/8 para aire.
- Se cuenta con Manual de Procedimientos de Limpieza y Desinfección que se lleva a cabo en este Hospital.
- Dentro del Sistema de Salud del Distrito Federal [...] se realizó la regionalización de los [hemocomponentes] adjudicándonos el Banco de Sangre del Hospital General Iztapalapa como el proveedor de los hemocomponentes necesarios para la atención de las pacientes.

Referente a la falta de personal suficiente e idóneo del servicio de ginecología, obstetricia y pediatría, las Autoridades competentes de la SSDF, autorizaron la contratación de médicos, sin embargo, no logramos concretarlo debido a que no contamos con los candidatos idóneos, por tal razón solicitamos a la Dirección de Recursos Humanos efectúe los trámites correspondientes mediante su bolsa de trabajo. Es importante aclarar, cinco candidatos se encuentran en proceso de evaluación.

N) Expediente: CDHDF/III/122/IZTP/11/D3869.

IV.N.1. Acta Circunstanciada de inspección ocular, de fecha 23 de junio de 2011, de la cual da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en ella hace constar lo siguiente:

Me constituí en las instalaciones del Hospital General Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en compañía de una médico adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y psicológicos de este Organismo. Fuimos atendida por el médico Leonardo de Jesús Castro Palafox, Coordinador de Planeación y Evaluación de dicho Hospital, quien en relación al servicio que se presta en el mismo manifestó que:

Dicho Hospital no cuenta con servicio de rayos X, en virtud de que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), lo clausuró, ya que carecía de un médico radiólogo certificado por el Consejo Nacional de Radiología. Por lo anterior, aproximadamente desde septiembre de 2010, no cuentan con dicho servicio.

Asimismo, dicho Hospital carece de área de bacteriología, en virtud de que no se ha contratado personal para esos efectos, lo que provoca que los diagnósticos se retrasen.

Además, indicó que el Hospital carece de cunero patológico y que el área donde brindan atención a los recién nacidos era atendida por pediatras, ya que carecían de neonatólogos que brinden una atención especializada.

Agregó que el refrigerador y los demás aparatos que se encuentran en el área donde trasladan los cuerpos de las personas que fallecen se encuentran descompuestos.

Además, los aparatos médicos del Hospital se encuentran en malas condiciones, debido a que no se les ha brindado el mantenimiento necesario, ya que no existe una empresa que lo haga.

Posteriormente, el personal de este Organismo en compañía del servidor público aludido, realizó un recorrido en algunas áreas del Hospital, percatándose de lo siguiente:

- a) En el área de urgencias se observó a una persona que había fallecido tirada en el piso.
- b) Se informó que por la mañana de ese día, una mujer tuvo a su bebé en el piso de la sala de espera del área de urgencias de tococirugía, en virtud de que no le brindaron la atención inmediata que requería. Cabe señalar que el bebé nació a las 7:15 horas, se encontraba en el área de urgencias, sin que se observara se le brindara algún tipo de atención.
- c) En el área de Pediatría, la médico Magdalena Ponce de León, Jefa de dicho servicio, indicó que actualmente cuenta con 11 incubadoras descompuestas, carece de monitores y algunos otros instrumentos necesarios para atender a las niñas y niños prematuros, tales como transductores o los reguladores de temperatura. Aclaró que incluso en algunas ocasiones se carece de algunos medicamentos tales como vitamina K y lípidos para la alimentación parental; no obstante, mencionó que el personal de la farmacia realiza el mayor de sus esfuerzos para que las niñas y los niños cuenten con los medicamentos y alimentos necesarios, pero es insuficiente. Agregó que en algunas ocasiones el personal de enfermería que labora en ese servicio, lleva el material necesario para atender a las niñas y niños.

Asimismo, dicha servidora pública indicó que no contaba con suficientes neonatólogos y que cuando refería alguna urgencia al Hospital Belisario Domínguez, nunca se las recibían, ya que presuntamente siempre se encuentran llenos. Agregó que incluso en varias ocasiones había enviado a mujeres embarazadas convulsionándose y las regresan, por lo que el hospital, con los recursos con los que cuenta tiene que brindarles atención médica.

Además, carecen de la papelería necesaria para realizar las notas médicas de los pacientes, por lo que ella de sus recursos personales provee de dichos instrumentos o en algunas ocasiones, los trabajadores llevan hojas recicladas en las que las elaboran.

Agregó que en virtud de que el Hospital no cuenta con bacteriólogo, no se realizan diagnósticos relacionados con infecciones que padecen los pacientes, por lo que en muchas ocasiones fallecen sin que se les pueda proporcionar el tratamiento médico adecuado.

Adicionalmente, manifestó que se enfrentan a un grave problema relacionado con el embarazo de adolescentes, lo que provocó que nazcan muchos niños prematuros que requieren cuidados especiales, sin que el hospital pueda proporcionárselos, situación que se agrada porque no existe suficiente personal médico que practique la salpingoplastia a las mujeres que lo solicitan.

En esa área los pacientes se quejaban de la mala atención médica, de malas condiciones de higiene e incluso de la falta de alimentos.

d) En el área de cunero patológico existía una fuga en un lavabo, misma que taparon con un trapo, ya que de lo contrario el agua se caería al suelo y las personas corrían el riesgo de caer.

e) Finalmente, es necesario manifestar que en general el Hospital carece de camas suficientes así como de iluminación y ventilación suficiente.

IV.N.2. Oficio DGSMU/1591/11 de fecha 30 de junio de 2011, suscrito por el Doctor Román Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, en el cual informa sobre las acciones para atender una solicitud de medidas precautorias requeridas por esta CDHDF:

- 1) Se constituyó por parte de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, el grupo de supervisión integrado por el Dr. Gerardo Soto Rodríguez, la Lic. Mayra Juárez Pérez y la Trabajadora Social Amalia Reyes Dorantes, quienes acudieron el día 29 de junio de 2011 al Hospital General Iztapalapa para verificar las instalaciones, encontrando el Hospital limpio y en adecuadas condiciones de iluminación ya que recientemente se cambiaron 180 lámparas de las diferentes áreas. (Se anexa minuta de trabajo y asistencia al Hospital).
- 2) Se realiza un recorrido en compañía de los directivos del Hospital, por las áreas de Admisión, TRIAGE, Urgencias, Unidad Toco Quirúrgica, y Hospitalización, con el propósito de efectuar un Diagnóstico Integral de las condiciones generales en las que se encuentra la Unidad Hospitalaria, detectando lo siguiente:
 - Existe un abasto de medicamentos del 84%
 - El Hospital cuenta actualmente con 711 trabajadores, de los cuales 655 son de base y 56 son de suplencias, con lo que se satisface la demanda de atención médica de la población usuaria, considerando una ocupación hospitalaria promedio del 74%, como se constató en la visita de este día.
 - El mantenimiento del inmueble y del equipo médico se lleva a cabo en forma preventiva y correctiva según sea el caso, sin embargo en ocasiones la falta de refacciones en el mercado retrasan la reparación de algunos de ellos.
- 3) En relación al seguimiento de la persona fallecida [...] fue llevado por sus familiares a urgencias del Hospital [...] encontrando al hoy occiso, sin signos vitales, procediendo el personal Médico a efectuar maniobras de resucitación sin respuesta satisfactoria, por lo que se dio aviso al Ministerio Público.
- 4) En cuanto a la paciente [...] la cual hace referencia [...] se corroboró mediante revisión del expediente clínico que llegó al Hospital el día 23 de junio del 2011 a las 7:45, con un embarazo [...] en trabajo de parto expulsivo, por lo que se atiende parto fortuito en sala de espera y posterior al pinzamiento del cordón umbilical se traslada a la sala de expulsión para continuar con su atención.
- 5) Se verificó la contratación de la Médica Radióloga [...] Asimismo, le comento que se han llevado a cabo las gestiones necesarias para la contratación del personal en las áreas de laboratorio clínico y neonatología cuya cobertura se realizará conforme a la disponibilidad de este tipo de especialistas en la bolsa de trabajo institucional.
- 6) [...]

IV.N.3. Acta Circunstanciada de visita al Hospital General de Iztapalapa, de fecha 11 de agosto de 2011, de la que dan fe Visitadores Adjuntos de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...] fuimos atendidos por el doctor, Benjamín Méndez Pinto, Director de dicho Hospital, [...]
[...] [S]e solicitó al Director que explicara el motivo por el cual personal de la Comisión había observado una persona fallecida en el área de Urgencias. Al respecto, el doctor informó que es común en dicho hospital que les lleven personas ya fallecidas, por muertes violentas, sobre todo por herida de bala o arma blanca, y las dejen abandonadas, por lo que el personal del hospital una vez corroborado que la persona ha fallecido y que no hay nada que hacer médicamente, da parte al Ministerio Público, motivo por el cual el cuerpo debe permanecer así a efecto de que el agente de fe de los hechos, como ocurrió en el caso presenciado por personal de esta Comisión.

A efecto de corroborar las condiciones materiales en que opera dicho Hospital, el Director del mismo condujo al personal de esta Comisión a través de las diversas áreas de dicho Hospital en las cuales fue señalando las carencias que existen actualmente en cada una de ellas.

En el área de Rayos X fue presentada la radióloga especialista contratada recientemente quien informó que por el momento el estado de los aparatos era aceptable, debido a que se les estaba brindando mantenimiento.

Se visitó el ala oriente del hospital, misma que se encuentra deshabilitada debido a que recientemente ocurrió un hundimiento. El doctor informó que se realizaron diversos estudios por parte de las autoridades correspondientes y manifestó que en su opinión tales instalaciones no podrán volver a

funcionar lo cual representa una importante pérdida de espacio y camas siendo que existe sobredemanda.

En el área de Neonatología y de Cúmulos Patológicos, la [...] Jefa de Pediatría informó que existe carencia de materiales, como es el caso de las pulseras de identificación, por lo que se está haciendo uso de las cintas umbilicales, lo que propiciará que éstas se agoten posteriormente. Informó que ya se cuenta con vitamina K.

Agregó que no cuentan con incubadoras en esa área, pues diez están descompuestas. Se observó en Neonatología a dos recién nacidos, una bebé que pesaba un kilo 600 gramos la cual, informaron que se encuentra bien pero no está ganando peso adecuadamente porque no está en incubadora; y un bebé nacido el día anterior el cual requería con urgencia una incubadora pues de acuerdo a lo informado por una enfermera, se encontraba con 35 grados de temperatura, por lo que —dijo— estaba hipotérmico. Debido a que no se contaba con incubadora, a este bebé lo tenían con un foco para mantenerlo caliente. La doctora explicó que el enfriamiento del bebé era muy peligroso pues le requería un gasto importante de calorías, lo cual podría ocasionarle hipoglucemia y con esto un daño cerebral. Por lo anterior, informó que lo colocarían en una incubadora que no funciona bien porque "calienta mucho y los bebés se pueden quemar".

Dicha médica informó además que los monitores portátiles se encuentran descompuestos, y a dos aparatos de fototerapia les faltan focos.

La Jefa de Pediatría informó además que en este momento cuenta con neonatólogos para cada turno, pero faltan neonatólogos para los casos en que nacen bebés al mismo tiempo y para los periodos vacacionales de los otros.

Se solicitó una relación a la doctora del personal de pediatría con el que se cuenta, desglosando aquel que tiene la especialidad de neonatología.

El director del Hospital informó que ya habían acudido a revisar las incubadoras —no señaló quien sólo dijo que del área central— y que próximamente acudirían a reparar algunas de ellas.

En el área de cúmulos se observó que un lavamanos tiene una fuga y aunque posteriormente personal de mantenimiento informó al Director que habían acudido esa mañana a revisarlo, no lo arreglaron.

En el área de Terapia Intensiva se detectó falta de iluminación por encontrarse algunas lámparas fundidas.

En el área de preparación de alimentos, el personal manifestó diversas carencias, mismas que impiden prestar un servicio adecuado.

Una vez concluido el recorrido, se solicitó al Director del Hospital, que proporcionara copia de la documentación que avale que ha solicitado insumos a la Secretaría de Salud.

Finalmente, se solicitó al Director del Hospital que fuera atendida de manera inmediata la situación de los recién nacidos que requerían en ese momento incubadora [...].



IV.N.4. Oficio SSDF/SSMI/0487/2011 de fecha 20 de septiembre de 2011, suscrito por el Dr. Ricardo Juan García Cavazos, Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la SSDF, en el que informa lo siguiente:

En relación a su solicitud de información del Hospital General de Iztapalapa, se hace de su conocimiento lo siguiente:

La Secretaría tiene un **Proyecto de Sustitución del Hospital General de Iztapalapa**, con una inversión requerida de 1'019 millones de pesos, con el cual se busca fortalecer la capacidad física instalada, así como los servicios médicos a ofertar, con el objetivo de proporcionar un servicio de calidad, calidez a los usuarios de la unidad hospitalaria, dicha inversión se lleva a cabo por etapas, en el año de 2009 se realizó la primera etapa y en el presente ejercicio 2011 se está ejecutando la segunda, el detalle del proyecto y sus avances se plasman en el oficio DGPCS de fecha 6 de septiembre de 2011, [...]

[...] [L]a atención a las necesidades de infraestructura, equipamiento, conservación y mantenimiento del inmueble, equipo y mobiliario médico y de oficina del Hospital General Iztapalapa, así como del total de las Unidades que conforman la Red Hospitalaria de la SSDF, se realiza en apego a lo dispuesto en el marco normativo de la asignación y ejercicio de los recursos financieros asignados a la Secretaría, así como a los precios licitatorios correspondientes a la adjudicación de bienes y servicios.

En cuanto [...] a la solicitud de insumos realizada por el Director del Hospital General Iztapalapa [...] me permito informar que con el objetivo de implementar mejoras en el equipo, instrumental y mobiliario

médico en la Red de Hospitales de la SSDF, en el último trimestre del año en curso, se llevará a cabo licitación pública para adquirir los bienes que sustituirán aquellos que ya no están operando y en su caso adicionar bienes con los que no cuentan las unidades hospitalarias. Concluido el proceso licitatorio correspondiente se cubrirán las necesidades de dicho Hospital.

IV.N.5. Oficio DMSG/2476/11 de fecha 25 de noviembre de 2011, suscrito por el Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa, Director de Mantenimiento y Servicios Generales de la SSDF, en el que informa lo siguiente:

[...] con relación a las incubadoras en el área de Neonatología y Cuneros Patológicos, me permito informarle que el Hospital cuenta con 10 cunas de calor radiante, 1 incubadora, 2 incubadoras de traslado, 16 incubadoras de cuidados intensivos, 1 incubadora para cuidados generales y 5 lámparas de foto terapia todas ellas operando de acuerdo a los estándares establecidos por las marcas.

IV.N.6. Oficio DGA/1431/2011 de fecha 30 de noviembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Licenciada Bertha Gómez Castro, Directora General de Administración de la SSDF, en el que informan respecto a las licitaciones públicas lo siguiente:

- a) En cuanto al equipo médico se realizó la licitación pública [...] "Adquisición de Equipo Médico y Laboratorio" con fecha de fallo del 15 de noviembre del presente, recibiendo los bienes entre el 16 de Noviembre del presente y hasta el 18 de enero de 2012.
- b) Respecto al instrumental médico se realizó la licitación pública [...] "Adquisición de Instrumental Médico y de Laboratorio" con fecha de fallo 8 de noviembre del presente, recibiendo los bienes a partir del 8 de noviembre y hasta el 16 de diciembre del año en curso.
- c) Y por último, respecto al mobiliario médico, se estará realizando la licitación pública durante el primer trimestre del ejercicio fiscal 2012.

IV.N.7. Oficio HGI/D/436/2011 de fecha 9 de diciembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Osvaldo González la Riviere, Director del Hospital General Iztapalapa, en el que informa lo siguiente:

[...] los recursos tanto de equipo médico como de personal con el que se cuenta; así como nuestras necesidades:

A) INSTRUMENTAL MÉDICO CON EL QUE SE CUENTA HASTA LA FECHA:

1.- [...]

2.- MONITORES DE SIGNOS VITALES

- 3 fijos de pared, los cuales solamente uno funciona.

- 2 portátiles los cuales no funcionan

[...]

4.- LARINGOSCOPIO PEDIÁTRICO CON HOJA RECTA DE UNO

- Obsoleto

[...]

8.- BÁSCULAS

- Tenemos dos las cuales no funcionan.

B) Necesidades en Cunero Patológico del EQUIPO MÉDICO:

- Cinco incubadoras Dragar Baby Therm con fototerapia

- Cinco monitores fijos de signos vitales

- Cinco bombas de infusión de tres vías

- Un laringoscopio pediátrico con dos hojas rectas de uno

- Cinco estetoscopios neonatales

- Dos fototerapias Bilibed Meleda

- Dos básculas electrónicas pesa bebés
- Dos computadoras con impresora

INSUMOS

- Cánulas endotraqueales de 3 y 3.5
 - Sondas de alimentación del No. 5 y 8
 - Alimentación parenteral sin electrolitos
 - Sanitas
 - Punzocat amarillos
 - Cateter umbilical de 3
- c) Necesidades en Tococirugía:
- Tres cunas de reanimación
 - Tres monitores para signos vitales
 - Una incubadora de traslado
 - Un laringoscopio pediátrico con dos hojas de No. Uno
 - Tres bolsas de reanimación neonatal

PERSONAL MÉDICO

Matutino	Vespertino	G-A	G-B	G-C	SDF
5	3	2	3	3	3

Se solicita la contratación de un Médico por turno, ya que el problema se acrecienta cuando el personal goza de alguna de sus prestaciones.

O) Expediente: CDHDF/III/122/COY/11/D5821.

IV.O.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de un peticionario, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en el Acta se hizo constar que manifestó lo siguiente:

Desde hace tiempo dentro del Hospital Pediátrico Coyoacán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el área de neonatos, el personal no cuenta con los insumos necesarios para realizar sus actividades, no hay toallas para secarse las manos, por lo que se las secan en toallas, ya que [el personal] continuamente tiene que lavarse las manos; no cuentan con jabón alcoholizado; las incubadoras no funcionan toda vez que la temperatura se eleva sin control lo que ocasiona que el neonato se encuentre en peligro; los monitores no sirven por que es imposible visualizar la frecuencia cardiaca y respiratoria la saturación de oxígeno y presión arterial de los bebés por ello no se puede brindar un servicio adecuado; el personal que labora dentro de ésta área es insuficiente por lo que la atención a los pacientes se retrasa. En el mes de mayo o junio se llevó a cabo una certificación del Hospital que consiste en que personal de la Secretaría de Salud y del Gobierno del Distrito Federal acude a revisar las instalaciones del nosocomio; así como, el abastecimiento suficiente de los insumos, la cual dio como resultado que tanto las instalaciones como el material eran adecuados pese de las deficiencias que presentaron.
[...]

IV.O.2. Oficio HPC/211/11 de fecha 28 de septiembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Miguel Camarillo Valencia, Director del Hospital Pediátrico Coyoacán, en el que informa lo siguiente:

Se realiza una entrega de 8 a 15 paquetes diarios de sanitas, el jabón líquido es suministrado diariamente por el personal de mantenimiento.
El equipo médico-incubadoras- con que cuenta el servicio de UCIN es nuevo, lo cual garantiza el mantenimiento preventivo y correctivo del mismo, si bien es cierto que este equipo es susceptible de fallas, se realiza el reporte de manera inmediata para su revisión y reparación en su caso, del mismo

modo se cuenta con incubadoras de reserva que si bien no son nuevas son para utilizar de manera provisional en tanto que los equipos son reparados. En relación a los monitores anexo oficio mediante el cual se solicitó la reparación de los que presentaban fallas ya que no se cuenta con empresa para dar mantenimiento a este equipo. En la última solicitud de equipo médico realizado a las autoridades se solicitaron monitores para el área de terapia intermedia, que es el área que no tiene suficiencia, sin embargo a pesar de contar con 10 lugares para atención de pacientes en promedio se están recibiendo 7 pacientes tomando en cuenta que no se ha finalizado la contratación de personal médico y de enfermería, ya que a pesar de contar con la autorización presupuestal, la búsqueda de estos profesionales de la salud ha sido compleja dada la demanda que de ellos existe a nivel nacional y a la competencia que existe con otras instituciones de salud.
[...]

IV.O.3. Acta Circunstanciada de inspección al Hospital Pediátrico Coyoacán, de fecha 4 de octubre de 2011, en la que un médico de esta CDHDF hizo constar que:

En el servicio [de] neonatología, hacían falta toallas de papel para secado de manos, donde note que el contenedor estaba vacío, además de que no existían monitores para las cunas de algunos neonatos (mismos que se requieren para la monitorización de los signos vitales) [...] hacían falta hojas de laringoscopio para neonatos, no había equipo para bomba de medicamentos, no [había] equipos para transfusión, además de falta de suministro de cánulas del 3.5 orotraqueales (para neonatos).

IV.O.4. Acta circunstanciada de inspección al Hospital Pediátrico Coyoacán, de fecha 15 de noviembre de 2011, de la que da fe un médico de esta CDHDF, en la que hizo constar lo siguiente:

En el servicio de neonatología [...] el acceso a dicha área es restringido. Antes de entrar al área me coloqué la vestimenta necesaria, notando que existía adecuada cantidad de cepillos para lavado de manos, sin embargo no existía la adecuada cantidad de batas, gorros y cubre bocas. Ya dentro del servicio en mención me atendió el médico en turno encargado, quien nos permitió el acceso y que junto con el personal de enfermería en turno me comentaron que hasta el día de ayer les habían provisto de material suficiente como toallas de papel para secado de manos, diferentes tipos de cables para los sensores de los monitores, sin embargo seguían teniendo déficit de materiales.

[...] Iniciando dicho recorrido me mostró las hojas del laringoscopio, de las cuales tienen cantidad suficiente (6), de las que en su mayoría son para pacientes pediátricos, sin embargo las hojas que se necesitan para pacientes neonatos son de un tamaño menor, de las cuales tienen no más de dos hojas. Posteriormente en dicho servicio existe un área en donde se encuentran los médicos realizando sus notas, las cuales se realizan en máquina de escribir. En dicha área existen camas de pacientes neonatos (en ese momento se encontraba hospitalizado uno), siendo la irregularidad que al momento en que los médicos realizan las notas, los pacientes neonatos están expuestos en gran medida al ruido realizado por dichas máquinas. De igual forma en las camas mencionadas no existían monitores los cuales sirven para valorar los signos vitales de los pacientes.

Luego, fuimos a ver los lavabos y despachadores de toallas de papel para secado de manos, que en ese momento era adecuada la cantidad de papel que tenían. Sin embargo no en todos los lavabos se encontraba adecuado suministro de gel antibacterial ni de jabón líquido. De ellos un lavabo tenía un botón que se activaba con la rodilla el cual no estaba funcionando.

Pasamos a un cuarto dentro de dicho servicio donde se encontraban las incubadoras que no se ocupaban, de éstas al menos 3 estaban averiadas.

[...]

IV.O.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 10 de enero de 2012, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en el acta se hizo constar que la persona peticionaria manifestó que las condiciones de las incubadoras y de las máquinas del área de neonatología eran las mismas, por lo menos hasta el último día de diciembre, que las condiciones

que personal de esta Comisión había constatado en el Acta Circunstanciada de la visita de inspección en el mes de noviembre.

P) Expediente: CDHUS/III/122/TLAL/11/D2378.

IV.P.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 14 de abril de 2011, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión, en dicha Acta se asentó la queja formal del peticionario, quien manifestó lo siguiente:

Mi esposa [...], fue atendida de parto el día 12 de octubre del año 2010 en el Hospital Materno Infantil Topilejo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; sin que previamente hubiese presentado problemas de salud que pudieran determinar algún riesgo para ella o para el producto del embarazo, donde se le dio seguimiento del mismo en el Centro de Salud Nativitas de la Secretaría del Salud del Distrito Federal, por parte de [una doctora] quien se negó a darle la atención para el parto, argumentando no contar con los elementos para ello, enviándonos al citado Hospital Materno Infantil; no obstante, los médicos que la intervinieron y le practicaron una cesárea el día 12 de octubre de 2010, posterior a la atención de mi esposa me informaron del nacimiento de una niña actualmente de 6 meses de edad; así como me indicaron que mi esposa había presentado complicaciones durante la cesárea, presentando sangrado pues me dijeron que su embarazo había sido de alto riesgo, situación que no se nos había mencionado durante el seguimiento de su embarazo en el Centro de Salud Nativitas; resultando, que el día 13 de octubre de 2010 mi esposa falleció [...], considerando que murió a causa de la negligencia médica durante la atención de la cesárea que le fue practicada, dado que se le afectó la matriz ocasionándole un sangrado que no fue controlado, y posteriormente no hubo oportunamente el auxilio necesario para suministrarle sangre; situaciones que al momento no me han sido aclaradas debidamente y que no tuve la debida orientación para verificar; aunado al hecho de hacerme cargo de la responsabilidad por el nacimiento de mi hija; al respecto además de formular mi más enérgica queja por las anomalías en la atención de mi esposa que derivaron en su muerte, deseo inconformarme por el hecho de que ahora en mencionado Centro de Salud Nativitas, no se le está dando un debido seguimiento a la salud de mi hija, dejando de aplicarle oportunamente algunas vacunas del cuadro básico correspondiente, sin que tenga alternativas de una mejor atención para mi hija, quien dada la deficiente atención médica que actualmente recibe podría estar en riesgo su salud; dado que somos personas de escasos recursos económicos [y no podemos] acudir a algún otro hospital, [...] hechos que considero por demás irregulares y violatorios a derechos humanos.

IV.P.2. Oficio DAJ/SAA/1724/2011 de fecha 09 de mayo de 2011, suscrito por el licenciado Darío Manuel Castorena Rojí, director de Asuntos Jurídicos del los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de la SSDF, en el que informa lo siguiente:

[...] La Dra. María de Lourdes Rojas Rutter, Directora de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, emitió el oficio número JSX/2513/10 (sic), de fecha 29 de abril del [2011], del cual se desprende lo siguiente: Un informe amplio y detallado respecto de los hechos motivo de la presente queja, en el cual se resume el historial clínico de la [agraviada] [...], derivado de lo anterior, se realizó el estudio correspondiente del expediente clínico [...] y se observó que **se le brindó la atención médica y medicamentosa durante sus 2 consultas prenatales y que existe evidencia de embarazo de alto riesgo**, encontrando en la Hoja de Criterios de Riesgo en la Mujer Embarazada en el Primer Nivel de Atención, de fecha 24 de mayo de 2010, 2 respuestas afirmativas por lo que se clasifica como un embarazo de riesgo, se le recomendó a la paciente que acudiera regularmente a sus citas, debido que en su ultrasonido obstétrico, de fecha 21 de mayo de 2010, se detectó peso fetal bajo. Aclarando que sólo acudió a dos citas de consulta prenatal [...] no acudiendo a realizarse los exámenes de laboratorio solicitados, se insiste que debe acudir al Hospital Topilejo y se le solicitan nuevamente los exámenes de laboratorio y ultrasonido obstétrico, y se le solicita a su pareja informe de la evolución de la paciente al Centro de Salud, recordándole que asistan con regularidad [...].

Respecto al seguimiento de las vacunas del cuadro básico de la menor [...] La 2ª Dosis del Rotavirus no ha sido aplicada por no contar en existencia, desde el día 8 de abril de 2011.

IV.P.3. Informe de fecha 29 de abril de 2011, suscrito por la Dra. Federica Julián Peña de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, C.S. T-II Santa María Nativitas, de la SSDF, en el que se asentó lo siguiente:

Procedo a realizar historia clínica [...]

Respecto a embarazo, en esta primera consulta no refiere datos de patología alguna (no datos de sangrado, no datos de sintomatología vasculoespasmódica, no de infección de vías urinarias, ni secreción vaginal) percibe movimientos fetales. Y muestra ultrasonido obstétrico con fecha 21 de mayo de 2010 [...]

Con diagnóstico: Embarazo de 21 semanas de gestación por ultrasonido obstétrico. [...] Peso fetal bajo por ultrasonido.

Se dio una segunda consulta el día 8 de junio del 2010 a las 12 hrs. Siendo la última consulta que acudió a esta unidad. [...] En esta consulta cursa con 23.4 semanas de gestación, extrapolado en base a ultrasonido del 21 de mayo de 2010. Con signos vitales dentro normalidad. Niega signos de alarma para embarazo. Con movimientos fetales. No acudió a realizar exámenes de laboratorio solicitados. [...]

Con diagnóstico de Embarazo de 23.4 semanas de gestación. Probable anemia.

Plan: Se insiste en que debe acudir a Hospital Topilejo. Se solicitan nuevamente exámenes de laboratorio y ultrasonido obstétrico.

IV.P.4. Minuta del 29 de octubre de 2010 del Subcomité de Medicina Transfusional de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud de la SSDF. En dicha minuta, respecto del caso en análisis se asentó lo siguiente:

[La agraviada] se ingresó el 12-10-10 con embarazo de 37sem cesárea previa y frecuencia fetal de 120x', se realiza cesárea y en recuperación presenta sangrado transvaginal abundante, se dan medicamentos útero tónicos, no responde y se realiza histerotomía por la noche 20hr se solicita sangre 3 unidades de urgencia no se cuenta con ambulancia por lo que la sangre la traen en vehículo oficial sin torrera, la sangre llega tarde y la paciente cae en paro a las 23:50 no siendo reversible y muere.

Acciones, recomendaciones emitidas y compromisos adquiridos: Este caso también analizado en el comité de mortalidad no se contó con ambulancia por lo que al solicitar la sangre tardó en llegar se fue en un vehículo oficial sin torrera y lamentablemente llegó tarde. La paciente falleció. Se acuerda dejar en el refrigerador de laboratorio del cual los policías tienen llave los concentrados de pacientes que no se usen vigilando la fecha de caducidad para usarla en casos extremos como este en base sólo al tipo de sangre. No se cuenta con congelador así que los plasmas no se pueden guardar.

IV.P.5. Minuta de la reunión del Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Materno Infantil Topilejo, de fecha 29 de octubre de 2010. En dicha minuta, entre otras cosas se asentó lo siguiente:

ASUNTOS TRATADOS EN EL PLENO DEL COMITÉ	ACCIONES, RECOMENDACIONES EMITIDAS Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS
057510 *** femenina de 21 años [...] cursó con control prenatal, la paciente menciona 10 consultas, en esta unidad tuvo 3 y las demás en centro de salud. Cursó con control prenatal normal en esta unidad [...]. Se decide pasar a cesárea por valorar desproporción cefalopélvica, cesárea previa y probable baja reserva fetal [...]. La paciente presenta hemorragia obstétrica de	En este caso de muerte materna se encuentra que sí es previsible y evitable para la unidad. No se cuenta con ambulancia por lo que no es posible ir por sangre de manera inmediata, se va en un vehículo sin torreta y demora más. Se insistirá a nivel central para que a la brevedad posible se reparen las ambulancias ya que son indispensables para la unidad hospitalaria. No hay trabajo social en la noche que podría

<p>500ml aproximadamente al terminar la cirugía pasa a recuperación con monitoreo de signos vitales [...] Durante su recuperación presenta un sangrado de 1000ml [...] no se cuenta con carbetocina en la unidad y a las 20 hrs al persistir el sangrado se decide solicitar hemoderivados y realizar histerectomía obstétrica de urgencia [...]. Al no contar con ambulancia, el chofer va al hospital general de Xoco por los hemoderivados en camioneta administrativa la cual no cuenta con torreta a las 20hr.[...]</p>	<p>hacer el enlace a otras unidades para el traslado. Se sabe que en ningún materno hay trabajo social en este turno pero si podría solicitarse un asistente de la dirección para este turno.</p> <p>No hay laboratorio en la noche, se sabe que es difícil conseguirlo pero se menciona que es necesario aunque no están autorizadas las pruebas cruzadas.</p> <p>Se indica permanecerá en el refrigerador de la unidad vigilando la fecha de caducidad sangre que se solicita a otras pacientes y no es utilizada para usarla en casos de verdadera emergencia en base al tipo de sangre. Se informará al personal médico.</p>
--	--

IV.P.6. Opinión médica sobre el caso de ***, de fecha 28 de octubre de 2011, elaborada por médicos de esta Comisión, en la cual se menciona lo siguiente:

[...]

VI. DISCUSIÓN DEL CASO

La muerte materna directa se considera a aquella que resulta como consecuencia de complicaciones obstétricas del parto o del puerperio y de intervención omisión o tratamiento incorrecto del embarazo parto y puerperio. [...]

La hemorragia posparto se define como la pérdida de 500 mililitros o más de sangre después de la extracción placentaria esto por parto normal; o pérdida sanguínea de más de 1000 mililitros debido a la operación cesárea, 1400 mililitros por histerectomía cesárea programada y de 3000 a 3500 mililitros por una histerectomía cesárea de emergencia¹⁴.

[...]

Si se presenta el sangrado, el tratamiento se debe iniciar rápidamente dirigiendo fundamentalmente a la reposición de la sangre o a el uso de *sustancias expansores* de la sangre (sustancias que aunque no sean sangre pueden prevenir el choque hipovolémico) y de agentes que le den *tono al útero* (uterotónicos) como oxitocina, metilergonovina o prostaglandinas. También se debe practicar revisión de canal del parto con masaje uterino y, en los casos severos, la hemostasia compresiva o quirúrgica¹⁵.

¹⁴ GARY CUNNINGHAM, WILLIAMS OBSTETRICIA, 21a ED, ED MEDICA PANAMERICANA, pg. 575. DEFINICIÓN. Tradicionalmente la hemorragia posparto ha sido definida como la pérdida de 500 ml o más de sangre después de terminada la tercera etapa del trabajo de parto. No obstante, aproximadamente la mitad de las mujeres que han dado a luz por vía vaginal han derramado esta cantidad de sangre o más, cuando ésta se ha medido. Esto se compara con los 1000ml de pérdida sanguínea debido a la operación cesárea, los 1400 ml por histerectomía cesárea programada y los 3000 a 3500 ml por una histerectomía cesárea de emergencia.

¹⁵ GARY CUNNINGHAM, WILLIAMS OBSTETRICIA, 21a ED, ED MEDICA PANAMERICANA, pg. 548, 549. ATONÍA UTERINA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. (...). En contraposición a la opinión general, si el sangrado comienza antes o después del parto placentario, o en ambos tiempos, puede ser que no haya una hemorragia masiva súbita y en cambio una bastante constante como para que en algún momento parezca ser moderada, pero persistirá hasta que se desarrolle hipovolemia grave. Especialmente en la hemorragia después de la salida placentaria, la filtración constante puede llevar a una pérdida de sangre muy importante. Los efectos de la hemorragia dependen mucho del volumen de sangre inicial antes del embarazo, de la magnitud de la hipovolemia inducida por el embarazo y del grado de anemia en el momento del parto. (...). Cuando el fundus no ha sido adecuadamente monitoreado después del parto, la sangre puede no salir por la vía vaginal y en cambio acumularse dentro del útero. De esta manera la cavidad uterina puede distenderse con 1000 ml o más de sangre si un profesional poco atento fracasa en identificar un gran útero o, si lo ha identificado y erróneamente realiza masajes en un rollo de gasa abdominal. El cuidado del útero puerperal, por tanto no debe ser dejado a una persona inexperta.

OBSTETRICIA MODERNA, Capítulo 40 PATOLOGÍA DEL PUERPERIO por GONZALO SUAREZ. PG 507 El cuadro clínico se caracteriza por que el tono uterino es muy débil y la pérdida hemática puede llevar a la paciente a

[...]

Desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados en este caso, se trata de la [agraviada] quien cursó con embarazo de más de 39 semanas de gestación y que acudió al HMIT para atención del parto, el 12 de octubre del 2010 a las 11:52 horas, quien al ser ingresada, los médicos notan alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal por lo que deciden realizar cesárea, en la misma, se obtuvo a una menor quien lloró y respiró al nacer, una placenta calcificada de difícil extracción. Se pasó a recuperación, donde sangró aproximadamente 1500 mililitros, se decidió quitar el útero por medios quirúrgicos (histerectomía) y administrarle sangre. Sin embargo no existían unidades de sangre en dicha unidad por lo que solicitaron apoyo a otro hospital. La paciente durante la histerectomía sangró otros 1000 mililitros. Pasó a recuperación donde al no contar con sangre, solo utilizaron soluciones expansores y líquidos, por lo que la paciente no resistió, entró en choque hipovolémico y falleció. [...]

Por lo anterior el daño físico que presentó la paciente ***, fue "muerte materna", la cual fue causada por la entidad denominada choque hipovolémico, que a su vez fue causada por la entidad denominada hemorragia obstétrica la que según reporte de Patología fue causado por atonía uterina. Cabe mencionar que las causas de muerte que reportaron los médicos clínicos fueron choque hipovolémico, coagulopatía y acretismo placentario, mismo que se diagnosticó posterior a la cesárea cuando la paciente estaba en el área de recuperación. Se reitera que la causa determinada por el Servicio de Patología fue: atonía uterina.

[...]

Por lo anterior, desde la perspectiva médica en base a los documentos revisados en este caso Si existe vínculo o nexo entre la falta de administración de componentes sanguíneos a la [agraviada] con la causa de muerte en dicha paciente, la cual fue choque hipovolémico. Existe discordancia entre el diagnóstico clínico (acretismo placentario) y el patológico (atonía uterina), por lo que no es claro un vínculo o nexo entre la muerte de la [agraviada] y alguna acción u omisión médica.

En virtud de lo anterior se llegan a las siguientes

VI. CONCLUSIONES

Con base a los documentos revisados del caso:

1. En este asunto el daño físico que presentó la [agraviada], fue la muerte. La cual fue causada por la entidad denominada *choque hipovolémico*, que a su vez fue causado por una hemorragia obstétrica, la que según el reporte del Servicio de Patología fue ocasionada por atonía uterina y según los médicos tratantes fue ocasionada por acretismo placentario. El *choque hipovolémico* se pudo haber evitado si hubiera existido sangre disponible en el HMIT.
2. En este caso, los médicos tratantes del HMIT que atendieron a la [agraviada] posterior a la cesárea (cuando la paciente se encontraba en recuperación), encontraron un sangrado de 1500 mililitros por lo que dieron el diagnóstico de hemorragia obstétrica, secundaria a acretismo placentario, ofreciendo el tratamiento de histerectomía obstétrica, que es el tratamiento definitivo para dicho caso. Cabe mencionar que aún así el tratamiento definitivo sea para el acretismo placentario o sea para la atonía uterina es la extracción uterina por medios quirúrgicos o HISTERECTOMÍA, misma que se le realizó a la [agraviada] posterior a la cesárea.
3. Por lo anterior, desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados en este caso Si existe vínculo o nexo entre la falta de administración de componentes sanguíneos a la [agraviada] con la causa de muerte en dicha paciente, la cual fue choque hipovolémico. Existe discordancia entre el diagnóstico clínico (acretismo placentario) y el patológico (atonía uterina), por lo que no es claro un vínculo o nexo entre la muerte de la [agraviada] y alguna acción u omisión médica.
4. En este caso se debió de haber contado con reservas sanguíneas por parte del HMIT, para administrárselas a la [agraviada] y así evitar la agudización del *choque hipovolémico* que fue la causa de la muerte, ya que según lo reportado en la Reunión del Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del HMIT en este caso de muerte materna era previsible y evitable para dicho hospital.

cuadros de inestabilidad hemodinámica, anemia aguda y, en casos severos, a shock hipovolémico. El tratamiento se debe instaurar rápidamente y está dirigido fundamentalmente a la obtención y mantenimiento de vías de gran calibre para administración de sustancias expansoras del volumen plasmático como cristaloides o hemoderivados y de agentes uterotónicos como oxitocina, metilergonovina o prostaglandinas. También se debe practicar revisión de canal del parto con masaje uterino y, en los casos severos, la hemostasia compresiva o quirúrgica.

Q) Expediente CDHDF/III/122/GAM/10/D0392.

IV.Q.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de enero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión. En el Acta Circunstanciada se asentó que la peticionaria manifestó lo siguiente:

En virtud de mi embarazo y como presentaba contracciones, el día jueves 14 de enero de 2010, alrededor de las 04:00 de la madrugada, ingresé al área de Urgencias del Hospital General de Ticomán dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Hora y media después por parto natural di a luz a un niño, el cual según me informaron los médicos nació en perfecto estado, por lo que ese mismo día me darían de alta. Alrededor de las 10:00 horas me enviaron al área de recuperación donde permaneci sola, desconociendo en donde se encontraba mi hijo; como a las 12:00 o 13:00 horas, otras pacientes y yo escuchamos un fuerte ruido, seguido del llanto de un bebé y escuché decir a otras pacientes, hijole se pegó muy feo, quien sabe de quién sea ese bebé. Una hora después, una enfermera me informó que mi bebé se había caído, pero que estaba bien y que lo estaban revisando. Cabe aclarar que, las personas que se percataron del accidente, me dijeron que la enfermera venía empujando tres carritos, donde transportaban a los bebés y que uno de estos, se atoro y se cayó un bebé, el cual horas después me enteré fue el mío. Ese mismo día, alrededor de las 16:00 horas, la enfermera me informó que nos darían de alta, pero después me indicó que sólo me iría yo y que el bebé se quedaría en observación por lo de la caída, indicándome que regresara mañana para que me informaran sobre su estado de salud, situación que llevamos a cabo mi esposo y yo, el viernes 15 de enero del actual, percatándose mi esposo que el menor tenía muy inflamado su estómago, por lo que le preguntó a las enfermeras que le pasaba, a lo que le contestaron que ello le ocurrió después de que le dieron de comer y que no podía evacuar. Después le dijeron, que requería una operación con urgencia por que su intestino estaba muy inflamado y no podía seguir así, pero que ahí no lo podían intervenir; que tramitarían su traslado a otro Hospital; indicándoles que permanecieran ahí, por si ocurría dicho traslado, el cual no se llevó a cabo ese día. Al siguiente, nos informaron que el niño seguía grave y que lo trasladarían al Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Lugar en donde, finalmente lo operaron del intestino y permanece muy grave, ya que según me indicaron los doctores de ahí, que por la falta de atención su intestino se dañó y que se estaba echando a perder. Aunado a ello, le realizaron al bebé un ultrasonido en la cabeza y al parecer a consecuencia del golpe presenta un sangrado interno, indicándome el médico, que de momento no podían hacer nada por él, en tanto no se recupere de la otra operación. Hoy me informaron que también presenta sangrado en un pulmón. Solicito se investigue al respecto, ya que considero que la gravedad que presenta mi hijo fue a causa de la caída que sufrió en el Hospital General Ticomán y por la negligencia de los médicos de ese lugar. Cabe señalar que en el Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se le está brindando la atención médica correspondiente al niño. Sin embargo, solicito se investigue al respecto, ya que desconozco si la atención que recibe el menor de edad está siendo la adecuada, ya que temo que nuevamente pudiera ser víctima de negligencia médica.

IV.Q.2. Oficio SSGDF/HPM/D/039/10 de fecha 26 de enero de 2010, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma de la SSDF, en el cual sustancialmente informa lo siguiente:

[...]

[...] refiero a Usted que la atención médica especializada proporcionada al menor desde su ingreso hasta el momento ha sido la adecuada y se han realizado los estudios necesarios para el diagnóstico y manejo. No omito mencionarle que la Unidad cuenta con médicos especializados, altamente capacitados en el manejo de las patologías que presenta el menor.

[...]

IV.Q.3. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria y agraviado de fecha 27 de enero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión. En el Acta Circunstanciada se asentó lo siguiente:

El día de hoy su bebé falleció. Solicitan el apoyo de esta Comisión para que se investigue la conducta del personal médico y de enfermería del Hospital General Ticomán.

Además la peticionaria aclaró lo siguiente:

La enfermera que le informó que su bebé se había caído, le indicó que lo estaban revisando y que no le había pasado nada; sin embargo, desde las 11:00 horas hasta las 20:00 horas no le dieron información respecto del estado de salud de su hijo. La enfermera que le indicó que ella estaba dada de alta le informó que el bebé se tenía que quedar pero en ningún momento se acercó el personal médico.

El 15 de enero de 2010, su esposo solicitó información respecto del estado de salud del bebé, un médico le informó que el bebé estaba grave ya que no podía hacer del baño y su estómago estaba muy inflamado, el médico le permitió ver al bebé y le mostró el estómago del bebé. Asimismo, le dijo que lo iban a trasladar a un hospital para que lo operaran y que él se debía esperar hasta que llegara la ambulancia para que se fueran con él, se esperó hasta las 16:00 horas y nunca llegó la ambulancia, permaneció toda la noche en el hospital y el bebé nunca fue trasladado y le indicaban que no había hospitales para trasladarlo, que si quería llevarlo a un hospital particular pues que se lo llevara, porque ellos no podían hacer nada, mostrando desinterés.

El sábado 16 de enero de 2010 se llevaron a su menor al pediátrico de Moctezuma, en este hospital lo atendieron debidamente, pero los médicos le indicaron que la atención había sido tardía.

Por lo anterior, se les informó a los comparecientes [sobre] las acciones que esta Comisión realizó para atender los hechos de la queja. Asimismo, se hizo de su conocimiento [las respuestas de las autoridades].

IV.Q.4. Resumen clínico del menor *** Niño, suscrito por el Dr. Javier López Castellanos de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Pediátrico Moctezuma, remitido a esta Comisión mediante oficio SSDF/HMP/D/060/10 de fecha 3 de febrero de 2010. Dicho resumen clínico contiene la siguiente información:

[...]

Fecha de ingreso: 16 de enero 2010 (12hrs)

Procedente de H. General de Ticomán, 3 días de vida exgtrauterina (sic), [...] antecedente de caída con TCE leve. Al ingreso se encontró [...] clínica de oclusión intestinal con distención abdominal, [...] se pasó a cirugía de urgencia [...] se ingresa a terapia intensiva

[...]

[Se informa sobre tratamiento brindado]

Durante su evolución hasta su defunción ocurrida el día 27 de enero a las 2:45 horas se le transfundió múltiples ocasiones [...] se mantuvo soporte intrópico, ventilación mecánica, se tomaron diversos exámenes de laboratorio [...].

Fue valorado en varias ocasiones por el servicio de cirugía pediátrica quien consideró no necesario reoperarlo dada su condición de gravedad.

Los diagnósticos principales de defunción. Choque mixto

- 1) Insuficiencia renal aguda
- 2) Sepsis abdominal
- 3) Necrosis Intestinal
- 4) Postoperado de malformación ano rectal
- 5) Síndrome de Down.

IV.Q.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria y agraviado de fecha 8 de febrero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión. En el Acta Circunstanciada se asentó lo siguiente:

El 30 de enero ella y su esposo acudieron a la Fiscalía para Servidores Públicos de la PGJDF con la finalidad de denunciar al personal médico y de enfermería del Hospital Ticomán; sin embargo, no quisieron iniciar averiguación previa argumentando que necesitaban contar con el nombre de la

enfermera que tiró a su bebé y con los nombres de los médicos que lo atendieron. Ellos no pueden conseguir los nombres de los médicos y enfermeras.

Por lo anterior me comuniqué [...] a la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF [quien me atendió] la Licenciada Alicia Martínez Velázquez señaló que ese mismo día podría recibir a la peticionaria y la acompañarían a formular la denuncia.

Lo anterior, se hizo del conocimiento de los comparecientes quienes manifestaron que acudirían con la licenciada Alicia Martínez.

IV.Q.6. Oficio DAJ/SAA/0447/2010 de fecha 19 de febrero de 2010, dirigido a esta Comisión, firmado por el Lic. Pedro Fuentes Burgos, Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal [en adelante SSDF]. En el oficio informan lo siguiente:

Tratándose del requerimiento enlistado en el numeral 1, me permito anexarle copias certificadas de los expedientes clínicos de ***, en 48 fojas útiles y del RN *** Hombre, en veintisiete fojas útiles.

Por lo que respecta al numeral 2, el personal médico y de enfermería que asistió al recién nacido de la señora *** fue:

Nombre	Cargo	Adscripción
Dr. Miguel Ángel Morales Meza	Pediatra	Neonatología
Dra. María del Rosario Radilla Arrollo	Neonatóloga	Neonatología
Dr. Mario Molina Díaz	Pediatra	Neonatología
Dr. Alejandro Carranza Hidalgo	Pediatra	Neonatología
Dra. Marlene Santamaría Ascencio	Neonatóloga	Neonatología
Dr. Omar Hernández González	Pediatra	Neonatología
Enf. Sandra Iveth Jacobo Escobar	Enfermera	Alojamiento Conjunto

[...]

Respecto del requerimiento en el numeral 4, le informo que se acordó referir al neonato a otro hospital para recibir la atención médica especializada que su padecimiento requería, toda vez que el Hospital General Ticomán no cuenta con esa especialidad; en diversas ocasiones se formuló solicitud a los Hospitales Pediátricos de la Villa y Moctezuma, tal como consta en la foja veintidós del expediente clínico, pero por diversos motivos no fue recibido hasta el día 16 de febrero a las 7:30 a.m., en el Hospital Pediátrico Moctezuma.

Ahora bien, como se desprende de los documentos arriba señalados, el neonato presentó desde su nacimiento datos sugestivos de Síndrome de Down (trisomía 21), éste síndrome generalmente se acompaña de malformaciones tanto internas como externas, a la exploración física del recién nacido, se diagnostica ano imperforado alto, instalando tratamiento adecuado a la patología presentada por el neonato, realizando los trámites correspondientes para el traslado a otro nosocomio que contara con la especialidad requerida (cirugía pediátrica), tal como lo indica la lex artis [...]

[...]

Del expediente clínico se aprecia que de acuerdo con la lex artis mencionada para este tipo de casos, el procedimiento médico aplicado por el personal médico y de enfermería del Hospital General Ticomán fue el indicado.

Por lo anteriormente expuesto, las complicaciones que presentó el recién nacido, son causa de las malformaciones congénitas con las que nació, más no así, por la caída que sufrió; es importante mencionar que el neonato se encontraba envuelto en dos sábanas de recién nacido y dos cobertores, quedando en la canastilla. Inmediatamente que se suscitó el incidente, fue revisado y valorado por la Dra. María del Rosario Radilla Arrollo, médico neonatólogo, asimismo, se realizaron los estudios correspondientes (Rx y Ultrasonido Transfrontaneolar), con los cuales quedó descartado cualquier traumatismo o lesión, como se desprende del expediente clínico.

Me permito hacer de su conocimiento que se formuló llamada de atención verbal y exhorto a cumplir cabalmente con las medidas de seguridad del paciente hospitalizado, al personal de enfermería del Hospital General Ticomán y en particular, a la enfermera involucrada en los hechos materia de la queja que nos ocupa.

IV.Q.7. Resumen clínico del recién nacido ^{***}, elaborado por la Dra. Marina Flores Vázquez, Jefa del Servicio de Neonatología, en el cual refiere lo siguiente:

[...]

ANTECEDENTES PERINATALES

Es producto de la gesta IV [...] aparentemente normo evolutivo. Se desencadena trabajo de parto en forma espontánea culminando en parto normal el día 14 de enero de 2010 a las 05:30 horas, [...] naciendo el producto de sexo masculino el cual presenta llanto inmediato ameritando sólo pasos iniciales de la reanimación [...] permaneciendo 9 horas en la Unidad de Toco Cirugía a lado de la madre por falta de espacio físico en el alojamiento conjunto, manteniéndose con signos vitales normales y estables, ingresándose aproximadamente a las 14:00 horas, al alojamiento conjunto donde sufre caída de bacinete, informándonos de lo sucedido por lo que el médico reumatólogo del turno vespertino acude inmediatamente a revisión del paciente junto con la enfermera informante, encontrándose [...] ano imperforado sin fistula, se le notifica a la madre en forma inmediata de lo sucedido. Se ingresa a cunero patológico, [...] tomándose radiografía de cráneo y tórax sin encontrar evidencia de fractura. La madre y el padre acuden el mismo día del ingreso fuera del horario de visita a solicitar informes, comentándoseles del estado de salud del recién nacido.

Posteriormente [se solicita] traslado a cirugía pediátrica. Del seguimiento de la evolución clínica, a la exploración neurológica normal, el abdomen con incremento de su perímetro, con dolor, sin visceromegalias ni peristalsis, [...] Durante su estancia se insistió en la interconsulta a cirugía pediátrica, siendo aceptado en el Hospital Pediátrico Moctezuma.

[...] Se da informes aun fuera de horario (turno nocturno), a ambos padres, donde se le notifica que su hijo será llevado a las 07:30 hrs. Del día 16 de enero de 2010, al Hospital Pediátrico de Moctezuma por indicación del mismo Hospital. [...]

IV.Q.8. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionarios de fecha 26 de marzo de 2010, día de la comparecencia una Visitadora Adjunta de este Organismo. En el acta circunstanciada se asentó lo siguiente:

Se hizo del conocimiento de los peticionarios el contenido de las respuestas proporcionadas por el Director del Hospital General de Ticomán y por el Director del Hospital Pediátrico Moctezuma.

Se les explicó que esta Comisión está realizando la investigación correspondiente para comprobar una mala práctica o negligencia médica, se les volvió a explicar la importancia de denunciar los hechos ante el Ministerio Público.

Al respecto los comparecientes manifestaron que desean saber que fue lo que pasó con su hijo, porque algunos médicos del pediátrico de Moctezuma aseguraron que su hijo murió a consecuencia del golpe que recibió.

No quisieron formular la denuncia correspondiente porque no están de acuerdo en que se pretenda exhumar el cuerpo de su hijo.

Se le indicó a los peticionarios porque es necesario realizar la necropsia (saber exactamente la causa de la muerte).

Se les indicó que este Organismo solicitará a los médicos de esta Comisión que nos den su opinión respecto de los informes médicos, el resultado de dicha opinión se hará de su conocimiento.

IV.Q.9. Opinión médica elaborada por personal de esta Comisión sobre el caso de la señora ^{***}. Se plasmó sustancialmente lo siguiente:

[...]

DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Masculino lactante, sin antecedentes prenatales de importancia para el caso. Nació en medio hospitalario, lloró y respiró al nacer, no se requirieron maniobras especiales de reanimación, APGAR 8-9-9 [...]. Nueve horas posteriores a su nacimiento, sufrió caída de aproximadamente un metro de altura, por

lo que fue revisado médicamente por Pediatra quién diagnosticó probable Síndrome de Down, Ano imperforado sin fistula y traumatismo craneoencefálico leve sin fractura.

Un día posterior a su nacimiento presentó distensión abdominal por lo que se solicitó su traslado al Hospital Pediátrico Moctezuma para tratamiento quirúrgico por la distensión abdominal, el cual se realizó dos días posteriores al nacimiento. Como hallazgo intraoperatorio tuvo isquemia intestinal y necrosis. Su manejo posquirúrgico se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se observó evolución tórpida a expensas de complicaciones propias de su patología de base y del evento quirúrgico realizado.

Trece días posteriores a su nacimiento presentó paro cardiorrespiratorio en dos ocasiones y finalmente falleció a consecuencia de choque mixto, insuficiencia renal aguda, sepsis abdominal, necrosis intestinal.

[...]el niño *** nació a la 5:30 horas en adecuadas condiciones de salud, por lo descrito en dicha nota, se puede presumir que el paciente fue asistido al nacimiento por personal de Enfermería, ya que a la letra dice: *pendiente revisión de pediatra para descartar probable síndrome de Down y otras malformaciones agregadas*. La prioridad en este caso consistió en sólo verificar que el paciente no tuviera dificultad respiratoria, pero no se realizó ningún otro tipo de exploración física.

Llama la atención que [existe una nota que es] elaborada por un médico, quién al parecer, anota indicaciones médicas, menciona que el paciente probablemente tiene Síndrome de Down, pero no menciona nada respecto al ano imperforado, por lo que se puede presumir que solo lo observó pero no lo examinó, ni solicitó su inmediata revisión por parte del servicio de Pediatría, no obstante lo anterior, da indicaciones como si se tratara de un recién nacido sin ningún tipo de patología.

A las 14:15 horas del mismo día al ser trasladado por personal de Enfermería, sufrió una caída, por lo que es llevado con Médico Pediatra para ser revisado por el traumatismo, quién no reportó datos clínicos relevantes secundario a la caída, sin embargo, se realizó la exploración física completa en la que se observaron características clínicas de Síndrome de Down y ano imperforado.

Es importante mencionar que dicha valoración debió haber sido realizada al momento del nacimiento, se trata de un protocolo habitual que es conocido y practicado tanto por personal médico como por personal de enfermería,¹⁶ la finalidad de realizar una exploración física exhaustiva al nacimiento es la detección de malformaciones congénitas que puede poner en riesgo la vida del paciente en el momento, horas o días posteriores al nacimiento, de ahí que el hecho de que un médico pusiera indicaciones sin previa examinación del paciente es una omisión importante.

La detección de ano imperforado no requiere de maniobras ni estudios especializados, consiste en la introducción de un termómetro por el orificio anal para verificar su permeabilidad. El retraso en su diagnóstico puede comprometer la vida del recién nacido, esto depende de la variedad de ano imperforado que se presente.

[...]

Veintiséis horas después del nacimiento, el paciente ya se encontraba con el abdomen distendido y elevación de la temperatura corporal. Es a partir de esta nota en la que se inician las gestiones para trasladar al paciente [...] y no es, sino a las 50 horas posteriores al nacimiento, que se consigue el traslado del paciente para su manejo quirúrgico en Hospital Pediátrico Moctezuma.

¹⁶ La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria (...). Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos (...). El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos requeridos en este período (...). La primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos: Evaluación de la respiración, frecuencia cardíaca y color. Si estos están alterados se sigue la pauta de reanimación del RN, Test de Apgar. Al minuto y 5 minutos. (...) Descartar malformaciones mayores. Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafrágica, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. La signología clínica y el examen físico orientado junto a ciertos procedimientos (p. ej. paso de sonda nasogástrica) permiten descartar las principales malformaciones que conllevan un riesgo vital mayor, si no son oportunamente detectadas (...). Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal. Según el resultado de esta primera evaluación se indicará el destino del recién nacido. Ventura-Juncá Patricio, Tapia, José Luis, *Manual de Pediatría: El recién nacido normal. Atención inmediata, cuidado de transición y puerperio*. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/RNAtenim.html>

La conducta médica por parte de los médicos tratantes del Hospital General Ticomán, se enfocó a adoptar las medidas necesarias para disminuir la sintomatología de la obstrucción intestinal, sin embargo, esta sintomatología pudo ser prevista desde el momento en que se detectó que el paciente tenía ano imperforado y pudieron evitar que se presentaran las complicaciones que se tuvieron; [...]

[...]

El manejo médico que se brindó en el Hospital Pediátrico Moctezuma fue adecuado en todo momento, sin embargo el paciente ingresó muy grave y con un mal pronóstico a corto plazo. [...]

[...]

Durante la estancia en el Hospital Pediátrico Moctezuma, el paciente presentó además, hematoma del plexo coroideo (coágulo en una porción del cerebro), es difícil definir en este caso la causa de la hemorragia que produjo dicho hematoma, por un lado se tiene antecedente de traumatismo y por otro, el paciente presentó trombocitopenia (disminución de las plaquetas) secundaria a su padecimiento digestivo. Entre las causas de este tipo de hemorragias se encuentran tanto los traumatismos como la misma trombocitopenia.

No podemos descartar que haya sido secundaria a la caída debido ya que la literatura refiere que la hemorragia del plexo coroideo no siempre se presenta inmediatamente después de un traumatismo, en ocasiones se presenta en el transcurso de días, inclusive hasta una semana posterior;¹⁷ sin embargo tampoco se puede imputar sólo al traumatismo, debemos considerar que el paciente presentaba también trombocitopenia¹⁸, la cual puede condicionar hemorragias espontáneas; los médicos del Hospital Pediátrico Moctezuma esperaban sangrados prácticamente a cualquier nivel [...] de hecho se encontró también hemorragia a nivel pulmonar [...]

El hematoma encontrado en el plexo coroideo no fue significativo para el caso, ya que al verificar la evolución de éste, se observó que disminuyó y se resolvió de manera espontánea [...].

De todo lo anterior podemos decir que las complicaciones que presentó el Recién Nacido *** fueron a consecuencia de su patología abdominal y no como consecuencia del traumatismo sufrido. Que dichas complicaciones fueron debidas a un retraso tanto en el diagnóstico como en su derivación al Servicio de Cirugía Pediátrica, ello sustentado en que:

1. El personal de Enfermería, omitió realizar una exploración física adecuada para la cual debe estar capacitada, en especial por estar asignada a la Atención Neonatal en la Unidad Tocoquirúrgica. De haber realizado una exploración física de rutina, habría detectado que el paciente no solo tenía rasgos de Síndrome de Down sino que presentaba ano imperforado. Omitió desde el nacimiento hasta el momento del traumatismo, realizar el seguimiento de rutina: toma de signos vitales, verificar diuresis y evacuaciones, el primer registro que se tiene de esto es a las 15:00 hrs (posterior al traumatismo). De haber hecho esto, se habrían percatado de que el paciente no había evacuado y se hubiera obligado a consultar al Servicio de Pediatría motivadas por esta situación y no por la caída que sufrió. Se puede presumir que de no haber sufrido dicha caída, el paciente pudo haber sido dado de alta sin ser examinado.
2. Hay una omisión por parte del médico que dio las indicaciones al nacimiento (nota IV.2), manejó al paciente como si se tratara de un recién nacido sin patología alguna, aún cuando especificó en su nota que tenía datos clínicos de Síndrome de Down, haciendo a un lado que estos pacientes generalmente

¹⁷ En niños a término normales según estadísticas de los EE.UU. del 2 al 3% tienen HIV (hemorragia interventricular). Aproximadamente entre el 50 al 60% de las hemorragias se originan en la matriz germinal subependimaria y el resto en el plexo coroideo. Puede ocurrir también como consecuencia de trauma al nacer o por asfisia perinatal. Aun cuando se han reportado casos de HIV prenatal, la mayoría ocurren después del parto: 60% en las primeras 24 horas, 85% en las primeras 72 horas y 95% en la primera semana. <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped12402-hemorragia.htm>

¹⁸ Las localizaciones de los hematomas intraaxiales en el neonato a término difieren de los observados en el prematuro, pues se hallan en el área periventricular, centro semioval, tálamo o ventrículos.

El infarto hemorrágico periventricular es muy raro en los neonatos a término, porque se deriva de hemorragias de la matriz germinal y la matriz germinal es mínima en los neonatos a término (...) La causa más frecuente es la trombocitopenia. Los recién nacidos con recuento plaquetario inferior a 20.000 por mm cúbico tienen un gran riesgo de presentar hemorragias. <http://www.pediatricneuro.com/alfonso/esppg256.htm>

presentan anomalías en diferentes niveles (cardíaco, respiratorio, digestivo^{19,20} y nervioso), se puede presumir que no examinó al paciente.

3. Existe omisión por parte del médico Pediatra del Hospital General Ticomán que realizó la primera exploración, ya que aún cuando se dio cuenta de que el paciente tenía ano imperforado sin fistula, no solicitó su traslado para dar tratamiento quirúrgico, se abocó a descartar problemas relacionados con el traumatismo.
4. La tardanza en su traslado se vio influida en forma negativa por la falta de personal médico en las unidades en las que se solicitó el apoyo.

Con base en lo anterior se llega a las siguientes:

VI. CONCLUSIONES

1. El recién nacido presentó datos clínicos que sugirieron Síndrome de Down y ano imperforado.
2. Clínicamente no presentaron datos que sugirieran que el traumatismo sufrido produjera serias repercusiones en su salud.
3. Existió omisión por parte del médico Pediatra del Hospital General Ticomán que realizó la primera exploración física, ya que aún cuando se dio cuenta de que el paciente tenía ano imperforado sin fistula, no solicitó su traslado para dar tratamiento quirúrgico, se abocó a descartar problemas relacionados con el traumatismo, sin embargo, no se puede afirmar que esta omisión fue determinante en la evolución fatal del padecimiento del recién nacido, ya que debe tomarse en consideración que hubo tardanza en su traslado no solo por retraso en el diagnóstico, sino por la falta de personal médico en las unidades en las que se solicitó el apoyo.
4. Tal y como se describió en las notas, el paciente presentaba ano imperforado, esta patología fue la que condicionó las complicaciones que condujeron al paciente a la muerte.
5. El origen del ano imperforado no está bien esclarecido, se trata de un padecimiento congénito en el que se han visto involucrados factores de riesgo como Síndrome de Down y tabaquismo materno.
6. El recién nacido sí presentó hemorragia pulmonar la cual fue debida a la trombocitopenia causada a su vez por su estado séptico.

Desde el momento de su ingreso al Hospital Pediátrico Moctezuma, el paciente recibió la atención adecuada. Como se mencionó anteriormente, no había datos relevantes en la exploración física que pudieran estar relacionados con el traumatismo, por lo que el manejo se enfocó a la patología abdominal. No obstante lo anterior, se realizaron ultrasonidos transfontanelares para verificar el estado de su cerebro. Las fracturas en otras partes del cuerpo ya habían sido descartadas desde que se encontraba en el Hospital General Ticomán.

¹⁹ La imperforación del ano es otra malformación que aparece más frecuentemente en el síndrome de Down. Se detecta durante la exploración física del recién nacido y se manifiesta por la imposibilidad de expulsar meconio y heces. El diagnóstico se hace en las primeras horas de vida. El tratamiento es quirúrgico. http://www.down21.org/salud/salud/alteraciones_digest.htm

²⁰ *Ano imperforado sin fistula*. El recto está localizado aproximadamente a 2 centímetros de la piel perineal, lo que equivale a la altura que tiene el recto en los niños con fistula a la uretra bulbar. Estos pacientes tienen buenos músculos y un sacro adecuado. Se asocia con frecuencia con síndrome de Down. <http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/mar/mar.pdf>

