

## V. ANEXO

## V. Caso A. Expediente CDHDF/III/121/MHGO/13/D4413

1. Constancia de fecha 02 de julio de 2013, emitida por un médico del *Hospital de la Divina Providencia Felipe y Santiago, A.C.*, mediante la cual se informa lo siguiente:

[...] [Nombre del niño agraviado A], de 03 años, 08 meses de edad, presentó un cuadro de Apendicitis Aguda, motivo por el cual fue intervenido quirúrgicamente el día 28 de junio de apendicetomía, dándose de alta el día de hoy 02 de julio, motivo por el cual se sugiere reposo absoluto por quince días.

[...]

2. Oficio DHPL/JUDM/822/2013 de fecha 22 de julio de 2013, suscrito por el Dr. Alfredo Peniche Quintana, Director del Hospital Pediátrico Legaría, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

1) El personal médico y de enfermería en el área del servicio de urgencias que laboró el día 28 de junio de 2013, entre las 10:00 y 10:30 horas.

Médicos. Dr. Francisco Colín Navarro.- Encargado del Servicio de Urgencias

Dr. Agustín García Inclán.- Médico operativo del Servicio de Urgencias

Enfermeras [...]

Esther Vargas Garibay.- Enfermera del Servicio de Urgencias (Triage)

Marisela Mendoza Pavón.- Jefe del Servicio de Urgencias

Margarita Silva Sánchez.- Enfermera del Servicio de Urgencias (Sala)

Mireya Grácida Merino.- Pasante de Enfermería

2) La fuente de información de la atención es la hoja del "Triage" en la que se registran las acciones del servicio en relación con el diagnóstico y plan terapéutico en urgencias. Una hoja de "Triage" a nombre del menor no fue localizada en esta unidad hospitalaria, lo que hace pensar que la peticionaria no recibió atención médica o sólo fue registrada para "Triage" sin pasar con el médico operativo del servicio, por lo que emitir mayores comentarios al respecto [sic]. [...]

3) Se interrogó al personal adscrito al servicio de Urgencias sí, en su momento, tuvo conocimiento de los hechos a que hace referencia la peticionaria; en ningún caso, se obtuvo respuesta afirmativa al respecto y sin aportar mayor información que esclarecieran los hechos a los que se refiere la peticionaria.

Como acción complementaria, se insistió con el personal para otorgar información y atención al usuario con calidad y calidez, con el objeto de evitar este tipo de eventos.

[...]

3. Acta circunstanciada de fecha 01 de agosto de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El día 01 de agosto de 2013, siendo las diez horas, el suscrito en compañía de la peticionaria de la queja [...], nos constituimos en [...] las instalaciones del Hospital Pediátrico de Legaría, con el fin de participar en una reunión con personal de dicho Hospital



en donde la peticionaria identificaría al servidor público que le había negado el día 28 de junio de 2013 la atención médica para su hijo.

Dicha reunión fue atendida por el Doctor Luis Dávila Solís, Jefe de la Unidad Médica Legaria, en ella estuvieron presentes por parte del área médica el Dr. Francisco Colín Navarro y el Dr. Agustín García Inclán a quienes la peticionaria no identificó como personal que le haya atendido el día de los hechos [...]. También, estuvo presente la Jefa de Enfermeras la Lic. Reyna Patricia Díaz Juárez, quien manifestó que el personal de enfermería que laboró el día 28 de junio del 2013, no se presentaría ya que una de ellas había terminado ya su servicio social en ese nosocomio, dos enfermeras se encontraban de vacaciones y la última de ellas faltó a laborar el día de hoy.

La peticionaria una vez que expuso su caso indicó a los presentes la media filiación de la servidora pública que se pretendía identificar, por lo que, la Jefa de Enfermeras señaló que por las características físicas que se describen había la posibilidad de que se tratara del personal de Enfermería que faltó a laborar. Por lo que señaló que la próxima semana nos informaría cuándo podríamos reunirnos con dicha servidora pública.

Una vez lo anterior el Dr. Luis Dávila nos informó que internamente en dicho nosocomio se encontraba atendiendo la queja de la peticionaria con el fin de seguir mejorando la calidad de la atención a los usuarios de dicho servicio médico.

[...]

4. Acta circunstanciada de fecha 28 de agosto de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] el suscrito en compañía de la peticionaria de la queja [...], nos constituimos en [...] las instalaciones del Hospital Pediátrico de Legaria, con el fin de participar en una reunión con personal de dicho Hospital en donde la peticionaria identificaría a la servidora pública que refirió le había negado el día 28 de junio de 2013 la atención médica para su hijo.

[...] el Director del Hospital Pediátrico Legaria, señaló que ya tenía conocimiento de la queja de la peticionaria [...] "que identificar de esa manera al personal no es posible" [...] "no es posible el desfilarse ningún personal de ninguna área", "tengo que cuidar al cien por ciento los derechos de los trabajadores de mi institución". Por lo anterior, el suscrito le preguntó al Director, que si permitiría el identificar al personal ya antes mencionado a efecto de seguir con la investigación del caso, indicando de manera expresa que "no", que toda situación tendría que ser solicitada al jurídico de su institución [...].

5. Acta circunstanciada de fecha 07 de octubre de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] la señora Sandra López López [aportó] recibo de pago por la cirugía realizada a su hijo en el Hospital de la Divina Providencia, por la cantidad de \$13,000.00 (trece mil pesos 00/100 M.N.), otro recibo de pago realizado mediante tarjeta de la misma cirugía por la cantidad de \$5,100.00 (cinco mil cien pesos 00/100 M.N.); recibo de pago de la atención en urgencias en el Hospital ya señalado por la cantidad de \$150.00 (ciento cincuenta pesos 00/100 M.N.); cinco recibos de pago de medicamentos en la farmacia de dicho hospital que suman la cantidad de \$547.00 (quinientos cuarenta y siete pesos 00/100 M.N.); ticket de compra en farmacias del ahorro por la cantidad de \$969.85 (novecientos sesenta y nueve



pesos 85/100 M.N.); comprobante de pago de estudios de abdomen de pie decúbite en el Hospital de la Divina Providencia por la cantidad de \$310.00 pesos (trescientos diez pesos 00/100 M.N.); recibo de pago de la realización de una biometría hemática por la cantidad de \$143.00 pesos (ciento cuarenta y tres pesos 00/100 M.N.); recibo de pago por la realización de rayos X por la cantidad \$310.00 pesos (trescientos diez pesos 00/100 M.N.) y por una venoclisis por la cantidad de \$250 pesos [...].

6. Copia de la circular 05/2014, de fecha 20 de enero de 2014, emitida por el Dr. Alfredo Peniche Quintana, Director del Hospital Pediátrico Legaría, en el que se manifiesta lo siguiente:

[...]

#### CIRCULAR NÚM 05/2014

##### A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL

Con el propósito de fortalecer la atención que este Hospital Pediátrico Legaría proporciona a sus usuarios, reitero a usted (es) la necesidad de reforzar nuestro compromiso ético y profesional que garantice que la atención que se otorga al paciente cumple con los criterios de calidad técnica, que garantice una atención médica efectiva, eficiente, ética, segura y con calidez, se proteja la **seguridad del paciente** y **se reduzca el riesgo de eventos adversos**.

Tener presente los derechos de los usuarios de nuestros servicios para recibir una atención profesional y ética responsable, así como **trato respetuoso y digno** de los profesionales, técnicos y auxiliares (Artículo 51 de la Ley General de Salud).

Finalmente, reitero el contenido de la Circular 002/2014 y se fortalezcan las acciones de nuestra **Política Institucional de Cero Rechazo**, así como las del programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos de los residentes del Distrito Federal que carece de Seguridad Social Laboral y seguir otorgando nuestros servicios médicos a la persona que así lo solicite. [Negrillas conforme al texto original].

[...]

7. Acta circunstanciada de fecha 13 de febrero de 2014, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta lo siguiente:

[...] La peticionaria manifestó que toda vez que la negativa de atención médica de parte del Hospital Pediátrico Legaría, le generó gastos en la atención médica de su hijo con motivo de su intervención quirúrgica en un Hospital Privado, su única pretensión es que le sean reembolsados dichos gastos, por la cantidad de \$20,469.85 (Veinte mil cuatrocientos sesenta y nueve pesos 85/100 M.N.) mismos que comprueba con la documentación que aportó en la presente queja y que se menciona en el acta circunstanciada de fecha 07 de octubre de 2013 [...].



V. Caso B. Expediente CDHDF/III/121/AZCAP/13/N0778

8. Copia de la hoja de alta de cirugía de la niña agraviada B, de fecha 6 de mayo de 2012, suscrita por un médico cirujano general y una médica de guardia de la Clínica *Nuestra Señora del Carmen*, S.C., en la cual se asentó la información siguiente:

[...]

Fecha de ingreso: 4 de mayo de 2012

Fecha de egreso: 6 de mayo de 2012

Diagnóstico de ingreso: apendicitis aguda

Diagnóstico de egreso: apendicitis aguda grado II.

Operación programada y efectuada: apendicetomía

Resumen Clínico.

Se trata de femenino de 11 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, lo inicia el día de su ingreso por la mañana con presencia de dolor abdominal en fosa actual, lo inicia el día de su ingreso por la mañana con presencia de dolor en fosa iliaca derecha, sin otra sintomatología, refiriendo la madre que dos días antes presentó evacuaciones diarreicas en 7 ocasiones no féctidas, sin sangre y sin moco, por lo que acude a Hospital Infantil, donde integran diagnóstico de apendicitis aguda, refiriéndoles que no hay quirófanos en funcionamiento, por lo que es traída a esta unidad. [...] Se platica con familiares de tratamiento quirúrgico denominado apendicetomía, el cual es aceptado y llevado a cabo el día 4 de mayo del 2012 [...]. Se da por terminado acto quirúrgico sin incidentes ni accidentes. Se pasa paciente a su habitación, durante su estancia hospitalaria, con signos vitales estables, afebril, tolerando la vía oral, uresis presente, motivo por el cual se da el alta por mejoría.

[...]

9. Copia de comprobante de pago provisional realizado el día 6 de mayo de 2012, en relación con la cirugía practicada a la niña agraviada B, en la que consta lo siguiente:

[...] Recibí la cantidad de \$10,000.00 (Diez Mil Pesos 00/100 M.N.).

Por concepto de pago de Apéndice [sic].

El paciente de nombre [...] [nombre de la niña agraviada B].

10. Copia de la Póliza de Afiliación al Seguro Popular con número de folio 0909647953, con fecha de expedición del 3 de agosto de 2012, de la cual se transcriben los siguientes datos:

**PÓLIZA DE AFILIACIÓN  
COMISIÓN NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 26-Jun-2011 al 26-Jun-  
MES DE REAFILIACIÓN: Junio 2014

FOLIO: 1508048523

FECHA DE EXPEDICIÓN: 01-Dic-2011 2:57:33 pm

CENTRO DE SALUD: SAN JUAN  
YAUTEPEC

MÓDULO: HOSPITAL GRAL TEMOAYA

ESTADO: MEXICO



DATOS DEL TITULAR	APORTACIÓN FAMILIAR:	
Nombre: XXXXX XXXXX XXXXX	DECIR:	No Contributiva
CURP: XXXXX	Régimen	
Domicilio: XXXXX XXXXX XXXXX		

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio Integrante	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco
XXXXXX	XXXXX	MUJER	XXXXX	TITULAR
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	ESPOSA(O)
XXXXXX	XXXXX	MUJER	XXXXX	HIJO(A)
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	HIJO(A)
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	HIJO(A)

-ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

-SE ENTREGA AL TITULAR LA CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS Y EN SU CASO LA DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN.

-LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 2- AGOSTO- 2015. POSTERIORMENTE, PARA EFECTO DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH. POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACIÓN, DEL 30-DICIEMBRE AL 29-ENERO DE 2013 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

-DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA AFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

-CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN

11. Oficio número DHPA/077/213 de fecha 5 de marzo de 2013, suscrito por el Dr. Enrique de Jesús Hanff Vázquez, Director del Hospital Azcapotzalco, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

3. El médico que atendió a la niña [...] [nombre de la niña agraviada B] fue la Dra. Claudia Loredo González, médico pediatra del servicio de Urgencias.

a) Le fue diagnosticado probable infección de vías urinarias de acuerdo con la valoración clínica, aun así la Dra. Loredo le pidió a la mamá de la paciente esperar los resultados de laboratorio.

b) Para confirmar su diagnóstico le realizó exámenes de laboratorio, siendo la biometría hemática y examen general de orina, los cuales no esperó a saber los resultados ya que abandonó la Unidad sin dar aviso.

c) Las infecciones de vías urinarias no se intervienen quirúrgicamente.

d) Antes de tener los resultados de laboratorio, se le hizo de su conocimiento que de ser quirúrgico su problema no podría ser intervenida en esta Unidad ya que para esas fechas el quirófano se encontraba en remodelación. Por lo que se ingresaría a



**este servicio y posteriormente se trasladaría a otra Unidad en cuanto se consiguiera el apoyo.** [Negrillas fuera de texto original]  
[...]

12. Oficio número DHPL/JUDM/0294/2013 de fecha 8 de marzo de 2013 suscrito por el Dr. Alfredo Peniche Quintana, Director del Hospital Pediátrico Legaria, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

1) **No se cuenta con la nota médica de la atención que se le brindó a la paciente [...]** [nombre de la niña agraviada B] el día 4 de mayo de 2012, ya que se registró para su atención médica en el módulo de atención ciudadana en la libreta diaria del TRIAGE a las 12:14 horas, con número consecutivo de registro 4359, con diagnóstico de probable apendicitis, otorgándose hoja de TRIAGE para su valoración de la cual no existe documento en el archivo de esta unidad médica. [Negrillas fuera de texto original]

2) El nombre del personal que atendió a la niña [...] [nombre de la niña agraviada B] es Marisol Hernández Flores, encargada del módulo de atención ciudadana, quien registra a los pacientes en la libreta TRIAGE y entrega la hoja de TRIAGE [...] al usuario para su atención en el servicio de urgencias [...].

5) En el archivo clínico del hospital, no se encuentra algún dato relacionado con la atención de la paciente [...].

[...]

Por lo que no puede integrarse el informe [...] [solicitado por la CDHDF].

6) **Al momento de acudir la niña [...] [nombre de la niña agraviada B] al Hospital Pediátrico Legaria, no existía cirujano pediatra disponible que realizará la cirugía, puesto que el cirujano en turno se encontraba en quirófano efectuando una cirugía programada.** Por alguna razón no identificada, no tuvo conocimiento de la presencia de la paciente en el servicio de urgencias, por lo que no se efectuó su valoración, y registró su salida a las 14:00 hrs.; el resto del personal médico quirúrgico de este hospital son especialistas en neurología, neurocirugía, traumatología y ortopedia. [Negrillas fuera de texto original]

[...]

7) Por falta de nota TRIAGE no es posible determinar lo siguiente:

1.- Si la paciente fue valorada por el personal médico en el servicio de urgencias.

2.- [...]

3.- La persona que le informó [...] que si el dolor aumentaba regresara a ese hospital, al de Tacubaya o al de Cuajimalpa, ya que no tenían cirujanos [...] [sic].

**En este Hospital no contamos con cirujano pediatra en turno vespertino.** [Negrillas fuera de texto original]

[...]

13. Oficio número DHPA/233/2013 de fecha 14 de junio de 2013 suscrito por el Dr. Enrique de Jesús Hanff Vázquez, Director del Hospital Pediátrico Azcapotzalco, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

A) El tiempo de remodelación de los quirófanos del hospital fue del 17 de abril al 16 de julio de 2012.

B) Los pacientes con padecimientos quirúrgicos fueron trasladados a los diferentes hospitales pediátricos de la Red que contaran con el servicio de cirugía pediátrica y que son de apoyo hasta el momento actual.



C) El área de corta estancia es para pacientes que se ingresan para el manejo de su patología y una vez estabilizado el diagnóstico son enviados al área de hospitalización, por lo que esta área no es para pacientes en espera de resultados de laboratorio.  
[...]

14. Opinión médica de fecha 23 de octubre de 2013, suscrita por un médico adscrito a esta Comisión, en la cual se informa siguiente:

[...]

I. [...]

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. Determinar si la atención médica recibida por el Hospital Pediátrico Azcapotzalco y Hospital Pediátrico Legaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal fue adecuada y oportuna.

## III. Metodología.

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento y metodología. Se me proporcionó copias certificadas del expediente médico de la [niña] agraviada, generadas en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco y del Hospital Pediátrico de Legaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a [...] [nombre de la niña agraviada B] [...]; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

## IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

## V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 11 años de edad, quien acude a valoración inicial al Hospital Pediátrico Azcapotzalco donde la revisan y le toman estudios de laboratorio los cuales arrojan un cuadro compatible con infección de vías urinarias, se deja en observación y cuando se va a revalorar se percatan de que la paciente ni si familiar se encuentran en el servicio.

Posteriormente la paciente acude al Hospital Pediátrico Legaria en donde se registra en la hoja de Triage, pero no existe constancia en el Hospital si recibió o no la atención médica solicitada. La paciente acude finalmente a una clínica particular en donde es operada con el diagnóstico de apendicitis. Derivado de lo anterior se realiza el siguiente análisis:

Cuando acude a consulta al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, en el interrogatorio del padecimiento actual no se describe cual fue la evolución del color, así como su localización, irradiación, carácter, intensidad y atenuantes o agravantes. En la exploración física se documenta un signo clínico sugestivo de apendicitis y otro signo negativo de irritación peritoneal, sin embargo no se hacen constar que se hayan explorado intencionadamente otros signos apendiculares o de abdomen agudo.

Por lo anterior, se puede mencionar que, tanto la exploración física, como la historia clínica fueron incompletas y no apegadas a lo establecido en la literatura médica. Lo

**anterior tuvo como consecuencia, una valoración clínica incompleta del padecimiento de la paciente. [Negrillas fuera de texto original]**

Se solicita una biometría hemática la cual resulta no concluyente, sin embargo el examen general de orina reporta de 9 a 12 leucocitos por campo. La guía de práctica clínica diagnóstica de apendicitis aguda refiere que, para sospechar una infección de vías urinarias, en un paciente con presentación sugestiva de apendicitis en etapas pediátricas, se deben encontrar al menos 20 leucocitos por campo o nitritos positivos. Por lo anterior, en el presente caso, se puede mencionar que no existían los elementos suficientes para sospechar que la sintomatología urinaria, era la responsable de la sintomatología abdominal que presentó la paciente.

Sumado a lo anterior, no se documenta en el expediente clínico del Hospital Pediátrico Azcapotzalco que se haya realizado exploración física a la paciente buscando signos de sintomatología de vías urinarias. Tampoco se documenta el resultado de la radiografía abdominal que se solicitó y que, tendría que haber reportado de acuerdo al numeral 7.1.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM—168—SSA1—1998, del expediente clínico.

Se deja en observación médica y se desconoce cuál fue el motivo por el cual ya no se realizó la interconsulta con cirugía pediátrica, esto a pesar de haberlo solicitado [...] además de ser lo correcto en niños con dolor abdominal y datos de irritación peritoneal.

Se desconoce cómo una paciente menor de edad, la cual se encuentra en observación médica se vaya por sus propios medios del área donde se encuentra hospitalizada sin que exista indicación médica de egreso hospitalario ni de alta voluntaria. Ya que, independientemente de las respuestas brindadas por las autoridades del Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, [...] la paciente presentó diagnósticos probables y; los estudios del laboratorio y/o gabinete que se solicitaron [...] por parte del Hospital Pediátrico Azcapotzalco, estaban destinados a brindar certeza a la probabilidad diagnóstica, por lo que tendría que mantener bajo observación médica.

La observación médica, sobre todo en una paciente con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, debe ser estrecha. Esto es que permita un buen seguimiento por parte del médico tratante, la evolución del paciente, lo que permite evitar o disminuir los siguientes eventos: errores diagnósticos, diagnóstico inoportuno, tratamiento erróneo, complicaciones y secuelas, inconformidades por atención deficiente. Por lo que no se entiende por qué la paciente se encontraba sin vigilancia médica, sólo esperando resultados.

Ahora bien, en caso de que el síndrome doloroso abdominal fuese quirúrgico, el Hospital Pediátrico no contaba con quirófanos para otorgar dicho tratamiento. Por lo tanto, no se encontraba en condiciones de brindar un tratamiento oportuno en caso de que el padecimiento fuera netamente quirúrgico. Por lo anterior, se puede decir que, la atención médica recibida en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco fue insuficiente para investigar el padecimiento específico del síndrome doloroso abdominal.

En el Hospital Pediátrico Legaria se menciona que la paciente acude a valoración médica pero que no había cirujano pediatra para valorar a la paciente en ese momento; esto debido a que sólo contaban con uno y este se encontraba en cirugía. Ahora bien, se menciona que la paciente acude y en el TRIAGE de dicho hospital, se refiere probable apendicitis, sin embargo, se desconoce cuál fue la razón por la que la paciente no fue valorada por el cirujano pediatra [...] o por algún otro médico, ya que el diagnóstico no es exclusivo de





cirugía pediátrica. En la respuesta del Hospital Pediátrico Legaría, se menciona que no había otro cirujano pediatra disponible en ese momento y que en el turno vespertino no contaban con el servicio de cirugía pediátrica [...].

El hecho de que en el TRIAGE se señale que es una probable apendicitis pero no se le dé seguimiento alguno a la paciente, desvirtúa la razón de ser del TRIAGE y el cual consiste en priorizar la accesibilidad de la atención médica urgente.

En el presente expediente se encuentra una falta de accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud para la paciente [...] por parte de los Hospitales Pediátricos Azcapotzalco y Legaría. En el caso del Hospital Pediátrico Azcapotzalco, por no realizar una valoración oportuna y adecuada.

En el caso del Hospital Pediátrico Legaría por no contar cirujano pediatra en el turno vespertino, así como contar con un solo elemento en el turno matutino y no saber qué ocurre con un paciente con una urgencia médica y/o quirúrgica, desde su registro en la hoja TRIAGE.

También se debe mencionar que los hospitales pediátricos de Azcapotzalco y Legaría, al no realizar una semiología y exploración física adecuadas, además de no contar con quirófanos el primero; y el segundo al no contar con cirujano en el turno vespertino y en el turno matutino contar con un solo cirujano pediatra, implicó un retraso en el diagnóstico y la atención médica [...] [nombre de la niña agraviada B] para su padecimiento. Lo que tuvo como consecuencia un sufrimiento innecesario en la paciente lo que obligó a la madre de la paciente a que llevara a una clínica particular para el tratamiento definitivo, esto es la apendicetomía. Ya que de retrasarse dicha cirugía, podría haber provocado complicaciones debido a la historia natural de la apendicitis. [Negritas fuera de texto original]

No existe reporte histopatológico del apéndice extirpada, esto con el fin de poder determinar el grado de evolución de la misma. Por la descripción macroscópica aparentemente se encontraba en su primer estadio de evolución. Aparentemente no existen secuelas secundarias en [...] [nombre de la niña agraviada B] a la falta de accesibilidad y oportunidad en la atención hospitalaria de los hospitales pediátricos de Azcapotzalco y Legaría.

Cabe mencionar que se desconocen las acciones llevadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal para subsanar el hecho de que un hospital pediátrico, en este caso el de Azcapotzalco, tenga los quirófanos en remodelación y otro hospital pediátrico (Legaría) no cuente con cirujano pediatra en el turno vespertino.

Por lo anterior, se llega a las siguientes conclusiones:

## VI. CONCLUSIONES.

1. La atención médica brindada por el Hospital Pediátrico Azcapotzalco, no fue adecuada ni fue oportuna por las siguientes razones:

- No se investigó de forma adecuada el (los) padecimiento(s) que presentó la paciente a su ingreso al hospital.
- No se vigiló, desde el punto de vista médico, de forma adecuada a la paciente.



• La atención definitiva no podía brindarse en dicho hospital por la falta de quirófanos, los cuales se encontraban en remodelación y no se mantuvo en observación médica a la paciente para valorar su posible referencia o valoración por el servicio de cirugía pediátrica de ese hospital o de algún otro hospital.

2. La atención médica brindada por el Hospital Pediátrico Legaria no fue oportuna, debido a que solo contaban con un cirujano pediatra en el turno matutino y en el turno vespertino no contaban con dicho recurso humano. El cirujano pediatra del turno matutino se encontraba en quirófano, por lo que no le fue posible valorar a la paciente.

3. Se documenta responsabilidad institucional, por el hecho de que el Hospital Pediátrico Legaria, no contaba con cirujano pediatra en el turno vespertino, ya que con esto se retrasó el diagnóstico y/o tratamiento de la paciente. Tomando en cuenta que en Hospital Pediátrico Azcapotzalco los quirófanos se encontraban en remodelación. Se desconoce por qué en el Hospital Pediátrico Legaria no está contratado un cirujano pediatra en el turno vespertino.

4. La falta de atención médica adecuada y oportuna por parte de los Hospitales Pediátricos de Azcapotzalco y Legaria, ocasionó un sufrimiento innecesario en la paciente.  
[...]

V. Caso C. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269

15. Copia de la Póliza de Afiliación al Seguro Popular con número de folio 1508048523 en copia simple, con fecha de expedición del 1 de diciembre de 2011, de la cual se transcriben los siguientes datos:

**PÓLIZA DE AFILIACIÓN  
COMISIÓN NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 26-Jun-2011 al 26-Jun-  
MES DE REAFILIACIÓN: Junio 2014

FOLIO: 1508048523

FECHA DE EXPEDICIÓN: 01-Dic-2011 2:57:33 pm

CENTRO DE SALUD: SAN JUAN  
YAUTEPEC

MÓDULO: HOSPITAL GRAL TEMOAYA

ESTADO: MEXICO

DATOS DEL TITULAR	APORTACIÓN FAMILIAR:	
Nombre: XXXXX XXXXX XXXXX	DECIL:	
CURP: XXXXX	Régimen	No Contributiva
Domicilio: XXXXX XXXXX XXXXX		

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio Integrante	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco



XXXXXX	XXXXX	MUJER	XXXXX	TITULAR
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	ESPOSA(O)
XXXXXX	XXXXX	MUJER	XXXXX	HIJO(A)
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	HIJO(A)
XXXXXX	XXXXX	HOMBRE	XXXXX	HIJO(A)

-ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

-SE ENTREGA AL TITULAR LA CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS Y EN SU CASO LA DEL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN.

-LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 25- JUNIO- 2014. POSTERIORMENTE, PARA EFECTO DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH. POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACIÓN, DEL 26-MAYO AL 25-JUNIO DE 2014 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

-DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA AFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

-CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN \_\_\_\_\_

-ESTA PÓLIZA AMPARA LA COBERTURA AMPLIADA DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS NACIDOS A PARTIR DEL 1º DE DICIEMBRE DE 2006

16. Nota informativa de fecha 14 de noviembre de 2012, suscrita por el doctor Juan Ángel Flores González, médico del Hospital Pediátrico de Tacubaya, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Me permito informar:

Que el pasado 17 de enero de 2012 doy atención de primer contacto a la paciente [...] [nombre de la niña agraviada C] de 4 años de edad, la cual es referida del Centro de Salud DIF Huixquilucan.

Presentando un padecimiento actual de aproximadamente seis meses de evolución, con aumento de volumen a nivel de la región retro auricular izquierda, y con referencia en nota médica ya habiendo recibido tratamiento médico, por lo que, ante el tiempo de evolución procedo a dar trámite administrativo para el ingreso de la paciente a la unidad, con el siguiente diagnóstico e indicaciones.

DIAGN[Ó]STICO: Adenitis retro auricular izquierda de larga evolución.

INDICACIONES:

1. Pase a archivo para elaborar expediente clínico.
2. Pase a realizar historia clínica.
3. Se solicita interconsulta a cirugía pediátrica.

[...]

17. Nota informativa de fecha 15 de noviembre de 2012, suscrita por el doctor Oscar Delgadillo Bono, Cirujano Pediatra del Hospital Pediátrico de Tacubaya, la cual contiene la siguiente información:

[...]

El suscrito trabaja desde hace 10 años aproximadamente en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, cuento con la especialidad de cirugía pediátrica, actualmente me encuentro adscrito al servicio de cirugía pediatra del mismo nosocomio, teniendo a mi cargo como principal obligación resolver los padecimientos relacionados con problemas quirúrgicos los cuales se realizan con interrogatorio previo al familiar y el menor cuando la edad de este último lo permite así como los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes.

Manifestando que respecto a la atención de la [...] [nombre de la niña agraviada C], fue vista el 29 de febrero del año en curso por primera vez, a solicitud del servicio de pediatría médica quien me refiere a la menor.

Se le realizó de primera intención al familiar un interrogatorio por el padecimiento mismo que me comentó que su hija tenía una bolita única en el cuello detrás de la oreja izquierda desde hace 7 meses y que no tenía ninguna otra sintomatología agregada, como otras bolitas en el cuerpo, dolor, fiebre, incremento en el tamaño o malestar alguno.

Procediendo a realizar la exploración física a la menor, se encuentra una tumoración única de no más de un centímetro de diámetro, móvil, no dolorosa, sin cambios de temperatura locales ni generales, ni tampoco alteraciones en la piel.

Revisando los estudios de laboratorio se observa una discreta elevación de linfocitos pero dentro de rangos normales sin ninguna otra alteración en el estudio hematológico, situación compatible en menores con cuadros infecciosos, principalmente de tipo virales, se revisa nuevamente nota de envió y se refiere en ésta que había sido ya manejada con antimicrobiano y analgésico presentando mejoría del cuadro, lo que me hace presumir, de acuerdo a los estudios de laboratorio y exploración física de la menor (signos estables y normales), no había indicio de ninguna otra patología a descartar, por lo que se le cita a la menor en 8 meses indicándole de manera verbal al familiar que tuviera vigilancia de la [...] [nombre de la niña agraviada C] y que si presentaba algún malestar o síntoma acudiera de inmediato al hospital para su debida atención.

No viéndola nunca más en consulta externa de mi servicio.

[...]

18. Opinión médica de fecha 31 de mayo de 2013, suscrita por un médico adscrito a esta Comisión, en la cual se manifiesta lo siguiente:

[...]

#### I. INTRODUCCIÓN.

[...]

#### II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. Determinar si el diagnóstico de la leucemia linfoblástica aguda que presentó la [...] [nombre de la niña agraviada C] podría haber sido diagnosticada de forma oportuna por el Hospital Pediátrico Tacubaya.
2. Si la atención médica brindada a la [...] [nombre de la niña agraviada C] por el Hospital Pediátrico Tacubaya fue la adecuada y acorde a su padecimiento.

### III METODOLOGÍA.

Para esclarecer dichos planteamientos se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas del expediente médico de la [...] [nombre de la niña agraviada C], generadas en el Hospital Pediátrico de Tacubaya de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y en el Hospital Regional No. 1, "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del Instituto Mexicano del Seguro Social, se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a la [...] [nombre de la niña agraviada C], durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su fallecimiento; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

### IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

### V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 4 años de edad que acude a valoración, [en] el mes de enero de 2012, por parte del Hospital Pediátrico de Tacubaya, en donde acude referida por un centro de salud del Estado de México debido a que presentaba unas adenomegalias retro auriculares. En el Hospital Pediátrico de Tacubaya es valorada por Pediatría y Cirugía Pediátrica y del resultado del protocolo de estudio, se considera que no existen datos sugestivos de alguna otra patología por lo que se decide egresar con cita posterior en Consulta Externa. En el mes de mayo de 2012 la paciente acude al Hospital General Regional #1 (en adelante HGR 1) "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante IMSS) y ahí es diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda y es hospitalizada. Posteriormente, se complica con una infección generalizada (sepsis) y finalmente fallece el día 2 de junio de 2012 a las 08:00 horas. Derivado de lo anterior se realiza el siguiente análisis médico:

La literatura consultada menciona que en pediatría, las adenomegalias es un hallazgo común por el que se solicita valoración médica. Las adenomegalias pueden ser ocasionadas por infecciones ya sea bacterianas, virales o por otros microorganismos e incluso los ganglios linfáticos pueden incrementar de tamaño sin que esto signifique una patología per se, ya que dependerá de diversos factores clínicos el actuar para documentar el diagnóstico etiológico de la(s) adenomegalia(s). Dentro de las causas que hay que descartar como etiología de las adenomegalias se encuentran las oncológicas, aunque dicha causa tiene un porcentaje bajo de presentación es importante estar atento a cierto tipo de sintomatología que harían sospechar e incluso sería indicativo de solicitar una biopsia diagnóstica de la adenomegalia.

Por lo anterior es de suma importancia que el Pediatra evalúe cada caso en particular y realice una historia clínica exhaustiva en donde se incluya: edad, ubicación, si son



localizadas o generalizadas, tiempo de evolución, características clínicas (tamaño, dolor, consistencia, sensibilidad, inflamación, supuración, fijación a tejidos superficiales o profundos), síntomas asociados y otros antecedentes. También es importante determinar presencia de palidez, signos de hemorragia, exantema o lesiones supuradas cercanas al ganglio, hepatoesplenomegalia, etc.

Es de importancia mencionar que las adenomegalias que presentan una evolución crónica, [es necesario] darle el seguimiento adecuado al paciente ya que, en caso de sospechar que el origen de la adenomegalia es infecciosa se sugiere dar tratamiento antibiótico y vigilar la evolución posterior. En caso de desconocer o tener dudas sobre el origen de dicha adenomegalia, se sugiere dar tratamiento antibiótico empírico y dar seguimiento, en caso de que al finalizar el ciclo de antibiótico persiste la adenomegalia, se sugiere biopsia. Si la adenomegalia es asintomática se sugiere un periodo de observación de 3-4 semanas. Se deben considerar anormales los ganglios de más de 2 centímetros, en el caso de niños pequeños así como las adenomegalias que presentan una evolución crónica.

Ahora bien, cuando las adenomegalias son de origen oncológico generalmente se presentan con adenopatías cervicales unilaterales sin sintomatología asociada, no dolorosas y alcanzar un tamaño considerable. El resto de sintomatología (fiebre, pérdida de peso, prurito, anorexia) se presenta en un tercio de los pacientes y generalmente ya cuando la enfermedad se encuentra avanzada.

Dentro de los estudios de laboratorio se considera válido realizarlos después de observar si existió o no respuesta al tratamiento antibiótico establecido. La presencia de granulocitos inmaduros es signo de alerta de procesos tumorales hematológicos. En caso de tener datos clínicos y de laboratorio con un alto índice de sospecha se recomienda realizar una biopsia del ganglio.

De acuerdo a la hoja de Referencia del DIF Huixquilucan del 13 de diciembre de 2011 la paciente presentaba dos adenomegalias retro auriculares del lado izquierdo, así como también refiere alteraciones en un estudio de laboratorio, la biometría hemática (BH), así como cadena ganglionar del cuello palpable y dolorosa. Motivo por lo cual se envía al Hospital Pediátrico de Tacubaya. En este caso se puede mencionar que, de acuerdo a los resultados de laboratorio del 30 de noviembre de 2011, la paciente presentaba linfocitosis, esto es el incremento en una de las líneas celulares de defensa del organismo. Además de presentar duda si existía o no granulocitos inmaduros, estos datos clínicos obligaban a realizar un estudio más exhaustivo de la paciente por parte del Hospital Pediátrico Tacubaya, ya que cuando fue vista por el servicio de Pediatría médica ya había recibido un ciclo de tratamiento con antibiótico sin mostrar disminución del tamaño en uno de los ganglios, el cual medía 3 x 2 centímetros.

Ese día, Pediatría Médica solicita la valoración por parte del Servicio de Cirugía Pediátrica, quien ve a la paciente el día 29 de febrero de 2012. Ese día refiere que la adenomegalia ya se encuentra supurando y mide 1 centímetro, sin embargo, y a pesar de ya haber recibido un tratamiento antibiótico y no existir remisión de la adenomegalia desde el mes de enero y de existir alteraciones sugestivas de patología hemato oncológica en la biometría hemática del mes de noviembre de 2011, no se le vuelve a realizar dicho hemograma ni tampoco se da el seguimiento para determinar la etiología de la adenomegalia retro auricular que presentaba la paciente, incluso que comenzó a supurar.



En este caso se observa que, a pesar de presentar datos sugestivos de alguna patología no infecciosa tanto por clínica como por laboratorio, no se repite el estudio de laboratorio por parte del Hospital Pediátrico de Tacubaya ni se solicitan más y no se realiza el seguimiento como lo marca la literatura médica consultada; por el contrario, no se estudia de forma adecuada la etiología de la adenomegalia dejando a la paciente a libre evolución sin tener el suficiente sustento clínico, de laboratorio y gabinete para hacerlo.

En este caso, se puede mencionar que los datos de sospecha de malignidad de la adenopatía retro auricular fueron: a) Diámetro superior a 2.5 centímetros, b) No desaparece al tratamiento antibiótico o antiinflamatorio después de dos semanas de instaurado, c) Evolución crónica de la adenomegalia, d) Cambios aparentes en la biometría hemática del mes de noviembre de 2011 (linfocitosis y aparentes granulocitos inmaduros). Dichos datos no se discuten en la valoración médica realizada por el Hospital Pediátrico de Tacubaya.

Posteriormente en el HGR 1 del IMSS, en el mes de mayo de 2012 (aproximadamente dos meses y medio después) la paciente acude por presentar sintomatología clínica y de laboratorio netamente sugestiva de proceso hemato oncológico, en este caso leucemia. Menciona la literatura que las manifestaciones clínicas de la leucemia linfoblástica aguda son rápidas e inespecíficas, sin embargo, como ya se ha mencionado existen ciertos datos médicos que, en conjunto pueden hacer sospechar una etiología distinta a la infecciosa como causa de las adenomegalias.

En el caso del interrogatorio clínico realizado por el servicio de Pediatría y de Cirugía Pediátrica en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, no se documenta que se haya realizado una exploración física de forma adecuada a la paciente, tampoco que se haya realizado un interrogatorio exhaustivo dirigido a investigar las características de la adenomegalia, así como una probable causa; tal como lo señalan los numerales 6.1-6.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, y la literatura médica consultada.

Finalmente la paciente fallece debido a secuelas de la leucemia. No se realizó necropsia, por lo tanto no se cuenta con la causa anatomopatológica de la muerte. Sin embargo, si está documentado en el expediente clínico del HGR 1 del IMSS histopatológicamente la leucemia. No se puede saber con certeza cuál hubiese sido el pronóstico de la paciente si se hubiese hecho un correcto protocolo clínico de investigación de la etiología de la adenomegalia que presentó en su momento la paciente. Y si este diagnóstico hubiese hecho alguna diferencia en el pronóstico; sin embargo y lo que sí se puede aseverar es que al no haber realizado una correcta valoración y seguimiento del padecimiento, hasta ese momento inespecífico de la paciente, ocasionó una falta de oportunidad en el diagnóstico médico, así como un retraso en la aplicación del tratamiento específico que, en este caso en particular, se sugiere sea instaurado de forma oportuna y precoz. Por lo anterior, se llega a las siguientes conclusiones:

## VI. CONCLUSIONES.

1. Se puede afirmar que, a pesar de presentar datos clínicos y de laboratorio sugestivos de malignidad de la adenomegalia no se realizó la investigación médica para este tipo de patología, tal como lo marca la literatura médica consultada. Lo anterior, retraso el diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, al no detectar ni otorgar el seguimiento en las etapas tempranas de la leucemia linfoblástica aguda. En la leucemia linfoblástica

aguda es de suma importancia el diagnóstico oportuno ya que entre más oportunamente se diagnostique el padecimiento, más alta es la probabilidad de remisión.

2. La atención médica recibida por parte del Hospital Pediátrico de Tacubaya fue incompleta y no fue oportuna, ya que no se ajustó a lo establecido en la literatura médica para la investigación de adenomegalias en pediatría ya que no valoró los datos sugestivos para malignidad de la adenomegalia: a) Diámetro superior a 2.5 centímetros, b) No desaparece al tratamiento antibiótico o antiinflamatorio después de dos semanas de instaurado, c) Evolución crónica de la adenomegalia, d) Cambios aparentes en la biometría hemática del mes de noviembre de 2011 (linfocitosis y aparentes granulocitos inmaduros).

Además no se hace constar en el expediente clínico que se haya realizado una correcta semiología de la adenomegalia retro auricular izquierda que presentó la paciente, así como una exploración física integral por parte de los servicios médicos que valoraron a la paciente en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, influyó en la falta de oportunidad en el diagnóstico y seguimiento correcto de la paciente, originando un retraso en la instauración de un tratamiento específico y permitiendo que la patología (leucemia linfoblástica aguda) continuara su progresión.

[...]

19. Valoración de impactos psicosociales de fecha 29 de julio de 2014, suscita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

a)

**b) Descripción de los hechos**

*La afectación de la salud de [...] [nombre de la niña agraviada C] empezó teniendo una bolita, en el oído, atrás, cuando la bañaba y la revisaba se la vi, pero pensé que era por el arete, le fue creciendo y la llevé al doctor, ella se enfermaba de la gripa y me dijeron las doctoras que eran unos ganglios por su infección en la garganta, la volví a llevar con otro doctor porque le fue creciendo y sólo le daban desinflamatorios pero no vi avance, volví a ir con otro doctor y me mandó a hacer análisis. Luego le dije a mi esposo que fuéramos con un doctor que era muy bueno, que cobraba caro pero era bueno, nos envió a hacerle estudios de los 6 elementos, la revisó de pies a cabeza antes de ver los análisis y me dijo que no eran los únicos ganglios que tenía en sus axilas, también en la ingle, en la parte de atrás de la rodilla, me preguntó si tenía seguro porque lo iba a necesitar. Me fui al IMSS, no nos dio diagnóstico, pero dijo que no eran los únicos ganglios, antes de ir ahí, la traje al Hospital infantil de Tacubaya pasé a la consulta y me mandó con el cirujano pediatra, este doctor me dio cita para una fecha muy larga, le dije revísela, pero me dijo ¿quién sabe m[á]s usted o yo, usted que es una señora de casa o yo?, le dije que la revisara porque era un hospital especialmente para niños, pero el doctor no me mandó a ningún lado ni la revisó y por eso me fui a doctor particular y la revisó muy bien. [Negritas fuera de texto original]*

*La valoraron en el Hospital de Moctezuma, dando cita para un mes después, pasó con el especialista porque el Doctor General no sabía bien, sólo decía que eran ganglios inflamados, habíamos sacado unos análisis donde decía que no era grave, cuando fui a la segunda visita, el cirujano le dijo que no tenía nada y no ameritaba tanta*





*preocupación que había gente más grave necesitando el servicio y que ella no tenía nada, por eso le programó la cita 6 meses después, la primera cita fue en enero, la segunda fue en febrero y la tercera se la programaron para octubre del 2012, era mucho tiempo. Sólo me dijeron que le siguiera dando el medicamento desinflamatorio. [Negrillas fuera de texto original]*

*En cierto momento sí nos hacen pensar que a lo mejor estamos exagerando y no es nada grave, pero a ese momento le empezaba a crecer otra del otro lado, como al mes en abril, decidimos llevarla al particular, le hicimos los análisis y teníamos que acudir al IMSS. La llevamos con los análisis y los lee la doctora, no los quería leer y mandarle otros, la mandaron al Hospital Gabriel Mancera. Nos piden todos los datos, le abren el expediente y dijeron que la iban a intemar.*

[...]

#### IV. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombres del padre y la madre de la niña agraviada C], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja [...]**, relacionados a la inadecuada atención médica proporcionada por los Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que derivó en la muerte de su hija [...] [nombre de la niña agraviada C].

2.- La sintomatología descrita [...] están directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, generando un **proceso de duelo no elaborado**, ocasionando por diferentes factores como es el vínculo afectivo que tenían cada uno de los padres, aunado a la edad temprana en que se presentó el fallecimiento [...]; las circunstancias en que ocurrieron los hechos agudizó el proceso de duelo no elaborado, pues el deceso de su familiar fue vivenciado como un evento traumático. Resultado de lo anterior, al no resolver de manera satisfactoria su proceso de duelo, se han presentado episodios de tristeza, sentimientos de desesperanza, llanto, irritabilidad, intolerancia, aislamiento, coraje y miedo.

[...]

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado [...], daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, así como sensación de alteración en su proyecto de vida; aunado que no han logrado darle una motivación a su vida al no encontrar un sentido de justicia acerca de lo vivido.

El fallecimiento de su hija, ha generado afectaciones presentes, el suceso es re experimentado por medio de sueños, generándole malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan al evento traumático, conversaciones y lugares. Por lo que han presentado conductas de aislamiento y evitación ante la interacción familiar y social.

[...]

En contraste la familia cuenta con recursos emocionales propios; los cuales les han permitido desarrollar mecanismos de afrontamiento<sup>1</sup>, han recibido atención terapéutica,

---

<sup>1</sup> El Afrontamiento, cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos o desafiantes, entonces se habla de un afrontamiento. Sus principales funciones son resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales.

también se han apoyado en la religión, han tratado de incorporarse a la nueva dinámica familiar con la ausencia de su hija, así como dedicarse a la crianza de su hijo, lo cual le ha permitido enfrentar los hechos traumáticos que vivieron.

[...]

4.- La reparación, según Beristain (2009: 173) se refiere a un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, así como promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones. Estas medidas habrán de contemplar dos objetivos: 1) Ayudar a las víctimas a mejorar su situación, a enfrentar las consecuencias de los eventos traumáticos vividos, reconociendo su dignidad como personas y sus derechos. 2) Mostrar solidaridad con las víctimas y reestablecer su confianza hacia la sociedad y hacia las instituciones.

Por tanto para [...] [nombres del padre y la madre de la niña agraviada C], la reparación del daño ocasionado ante la muerte de su hija encontraría un sentido en torno las siguientes medidas de reparatorias:

- Se realice un reconocimiento sobre la verdad de los hechos en que se vulneraron los derechos de su hija.
- Desean la aceptación de la negligencia médica y una disculpa pública.
- Acciones hacia la no repetición, pues no desea que ningún otra familia viva esa situación.
- Acciones contra la impunidad, encaminadas al acceso a la justicia.

[...]

[...], sería fundamental que [...] [Nombres del padre y la madre de la niña agraviada C] cuenten con apoyo terapéutico con la finalidad de enfrentar y comprender la situación que vulneró sus diferentes esferas personal, social, y familiar principalmente. Fortaleciendo sus capacidades personales y familiares, tanto para fortalecer en su relación de pareja y rol como padres y sus relaciones interpersonales y sensación de seguridad principalmente.

Es importante destacar, que el fortalecimiento de sus capacidades personales, y la disminución de los impactos psicosociales descritos, estarán directamente relacionados con el cumplimiento de las medidas de reparación que espera, pues el cumplimiento está directamente ligado con procesos de acceso a la justicia y no impunidad.

**Desfavorable**, mientras la investigación sobre los hechos en que fueron violentados sus derechos humanos fundamentales permanezca impune; y no se ejecuten las medidas de reconocimiento de la verdad y justicia. Esto hará latente del daño del que fueron objeto. Además, el que no continúen con un apoyo terapéutico, que les permita elaborar la experiencia traumática que vivieron, continuara generando sentimientos de desesperanza, ruptura de la propia existencia, alteración en su proyecto de vida.

- **Favorable**, en tanto se observan capacidades personales de fortaleza que les permiten afrontar situaciones adversas, sumando el apoyo familiar con el que cuentan.

[...]

---

El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos y emocionales, como conductas de resolución de problemas. Puede hablarse de un afrontamiento pasivo, es decir, de adaptarse a situaciones negativas, y uno activo, de tratar de cambiar la causa del estrés. (Carlos Martín Beristain, 2011).

## V. Caso D. Expediente CDHDF/III/121/COY/12/D6098

20. Acta Circunstanciada de fecha 28 de septiembre de 2012, suscrita por un médico de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El día de la fecha mencionada, aproximadamente a las 15:15 horas acudimos al HPC [Hospital Pediátrico de Coyoacán], donde nos atendió el Dr. Miguel Camarillo Valencia, Director del mencionado nosocomio y el Dr. Jorge Jesús Puebla Albarrán, quien funge como subdirector médico, comentando el motivo de la visita que era obtener información sobre el estado de salud de la [...] [nombre de la niña agraviada D] [...] además de que a la [...] [nombre de la persona peticionaria], se le informara sobre el estado de salud de [nombre de la niña agraviada D] y se respondieran las dudas que presentara.

Nos comentó el Dr. Camarillo, que el problema médico de la niña consistió en que acudió al HPC, referida de su Centro de Salud por el diagnóstico de apendicitis, al momento de ingresarla por Urgencias, existió problemáticas que consistieron en que el médico que la valoró en la mañana consideró que no era necesario operarla, sino mantenerla en observación; sin embargo en la tarde, la niña presentó abdomen agudo, lo que orilló a los médicos a operarla de emergencia porque se le había reventado el apéndice, lo que a su vez ocasionó que el líquido dentro de dicho apéndice, se saliera a la cavidad abdominal provocándole peritonitis. Posteriormente, la niña pasó al Servicio de Terapia Intensiva, donde evolucionó satisfactoriamente, siendo que el día de hoy ya pasó al piso del Servicio de Cirugía Pediátrica. La niña actualmente ya no está grave, debido a que ha evolucionado satisfactoriamente, sin embargo aún no se puede dar de alta.

Posteriormente me proporcionaron el expediente clínico de la niña [...] [nombre de la niña agraviada D], el cual revisé. Los aspectos importantes del mencionado expediente son los siguientes:

- La niña [...] [nombre de la niña agraviada D] ingresó al Servicio de Urgencias del mencionado hospital el día 25 de septiembre del 2012 a las 12:20 horas. El médico de Cirugía Pediátrica, valoró a la niña reportando que el cuadro no era compatible con apendicitis, sino con adenitis mesentérica (en términos generales inflamación de los ganglios linfáticos del abdomen que provoca dolor tipo apendicular), por lo que la mantuvieron en observación, solicitaron realizar un ultrasonido.
- La niña no evolucionó satisfactoriamente, ya que presentó fiebre, dolor y alteraciones en las pruebas de laboratorio.
- La volvió a valorar el médico de cirugía pediátrica el 26 de septiembre quien, por la evolución del cuadro decidió operar a la niña [...] [nombre de la niña agraviada D] debido a que el cuadro fue compatible con una apendicitis complicada.
- La cirugía no se realizó en el turno matutino debido a que no había espacio en ningún quirófano, por lo que terminó siendo operada a las 19:20 horas del día 26 de septiembre.
- La niña al término de la cirugía fue atendida en el Servicio de Terapia Intensiva. El 28 de septiembre de 2012, la paciente fue trasladada al Servicio de Cirugía debido a su evolución satisfactoria.

Posteriormente a las 16:07 horas, se agregó a la reunión la [...] [nombre de la persona peticionaria], quien expuso sus dudas, en específico saber si era cierto que la [nombre de la niña agraviada D] quedaría con problemas en sus genitales debido a que no fue operada a tiempo. En respuesta, el Dr. Camarillo le explicó que es necesario tomar en



cuenta algunas situaciones, en particular que en Servicio de Urgencias ya que es muy difícil poder predecir el comportamiento de una enfermedad, por lo que le pedía de favor que hiciera caso omiso de ese comentario. Posteriormente hizo de nuestro conocimiento en la reunión que su hija iba evolucionando satisfactoriamente y que solo estaban esperando que pudiera comer adecuadamente y que pudiera tolerar la vía oral y posterior a ello, analizarían el alta.

[...]

21. Opinión médica de fecha 23 de enero de 2013, elaborada por un médico adscrito a esta Comisión, en la que manifiesta lo siguiente:

[...]

### III. METODOLOGÍA

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias simples del expediente médico de la [niña] agraviada generadas en el Hospital Pediátrico de Coyoacán; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a [...] [nombre de la niña agraviada D], durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su alta; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

### IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

### V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de [...] [nombre de la niña agraviada D] quien el día 25 de septiembre de 2012 acude al Hospital Pediátrico Coyoacán, ahí la hospitalizan para valoración y descartar diagnósticos diferenciales. No la pueden operar en el momento del diagnóstico por falta de quirófanos, cuando finalmente es intervenida quirúrgicamente se encuentra que es una apendicitis perforada. Por lo anterior ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, en donde evoluciona favorablemente hasta que finalmente es dada de alta.

Al ingreso de la paciente se encuentra que existe un diagnóstico diferencial entre adenitis mesentérica y apendicitis, esto se agrega a que la paciente presentaba historial de infección de vías respiratorias superiores, así como datos apendiculares no del todo francos. Motivo por el cual deciden ingresarla a observación. Ciertamente, la literatura médica menciona que, la adenitis mesentérica en muchas ocasiones presenta sintomatología parecida a una apendicitis y que a su vez, está acompañada por una infección de vías respiratorias.

Es por ese diagnóstico diferencial que la paciente se ingresa a observación y se comienzan a tomar estudios de laboratorio y gabinete para comenzar a hacer el descarte de patologías y así, llegar al diagnóstico final. Entre los estudios solicitados se encuentra el ultrasonido abdominal. El ultrasonido ha demostrado que presenta gran sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de apendicitis, sobre todo en la etapa pediátrica y cuando se realiza el estudio por personal capacitado.

Fue correcta la indicación médica, sobre todo porque se encontraban en el proceso de descarte de patologías y el ultrasonido, ha demostrado ser útil para descartar patologías a nivel abdominal. El ultrasonido abdominal se solicitó en la primera valoración por parte de Cirugía Pediátrica, el día 25 de septiembre de 2012; en una nota en la cual no se observa la hora. También, a las 15:40, del día antes mencionado, se vuelve a poner en las indicaciones de ingreso a Urgencias Pediátricas la indicación de la realización de un ultrasonido abdominal. Sin embargo, a las 23:30 horas del día 25 de septiembre de 2012, se menciona lo siguiente: *No se realizó US por falta de tiempo.*

Como ya se comentó previamente, el ultrasonido abdominal es de suma importancia en la valoración de patología dolorosa abdominal, sin embargo en este caso no se realizó *por falta de tiempo.* Esta aseveración es médicamente inaceptable, ya que debido a dicha justificación se retrasó el diagnóstico y por ende no se le brindó una atención oportuna y de calidad a la paciente, lo que permitió que la patología apendicular evolucionara por la falta de diagnóstico oportuno.

Es hasta el día 26 de septiembre de 2012 a las 10:00 horas cuando es revalorada de nueva cuenta la agraviada por parte del servicio de Cirugía Pediátrica; en este momento ya presenta datos clínicos y de laboratorio francos de apendicitis, por lo que en ese momento ya se sospecha de una apendicitis probablemente perforada. Al determinar que era apendicitis probablemente perforada esto lo convertía en una urgencia quirúrgica, sin embargo por no contar con espacio quirúrgico no se interviene quirúrgicamente hasta las 19:20 horas del día anteriormente comentado.

Se comenta en las notas médicas que solo hay un anestesiólogo y que no hay tiempo quirúrgico, esto es espacio en quirófano para poder ingresar a la paciente para realizarle apendicectomía. Lo anterior generó retraso en la atención médica y también contribuyó a no otorgar a [...] [nombre de la niña agraviada D], una atención oportuna.

Se le da el tratamiento adecuado para un apéndice perforado, esto es un esquema de antibióticos, vigilancia del drenaje por las sondas Penrose, vigilancia y manejo por parte de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Posteriormente presentó una buena evolución clínica y se otorgó el alta sin, aparentemente complicaciones.

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

## VI. CONCLUSIONES

1. Durante la valoración médica de [...] [nombre de la niña agraviada D], se encontraron omisiones atribuibles al personal médico: el no realizar un ultrasonido abdominal *por falta de tiempo*, generó una falta de diagnóstico oportuno de la paciente. La solicitud para realizar el ultrasonido se encuentra en el expediente clínico firmado por la Dra. Violeta B[á]ez, sin embargo no se sabe cuál fue la causa precisa para no llevar a la paciente al servicio de ultrasonido.

Se documenta retraso en la intervención quirúrgica (apendicectomía) por la falta de anestesiólogo y tiempo quirúrgico; esto atribuible al Hospital Pediátrico Coyoacán esto es, una responsabilidad institucional. Por lo anterior, se puede mencionar que la agraviada no recibió una atención médica oportuna y de calidad; y con esto se puso en riesgo innecesario la salud de la paciente.



2. Si bien es cierto que el daño (apéndice perforada y sepsis abdominal) fueron controlados oportunamente, también es cierto que se sometió a la paciente a un riesgo innecesario; esto secundario a *la falta de tiempo* en el área de urgencias y a la falta de tiempo quirúrgico en el Hospital Pediátrico Coyoacán.

3. El resto de la atención médica y el manejo de las complicaciones es lo aceptado en la literatura médica.

[...]

#### V. Caso E. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/12/D1694

22. Oficio sin número de fecha 20 de diciembre de 2011, suscrito por el representante legal de la empresa "Bentata Construcciones, S.A de C.V.", dirigido al Subdirector Administrativo del Hospital Pediátrico Peralvillo, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

Por medio de la presente le informo que con fecha 20 de diciembre de 2011, se instaló una regadera de teléfono marca Urrea, incluyendo: ensambles y chapetones, desmontaje del anterior en mal estado y todas las adaptaciones necesarias para su correcto funcionamiento dejándola funcionando correctamente.

[...].

23. Oficio Dir./HPT/43/12 de fecha 22 de marzo de 2012, suscrito por el Dr. Carlos Javier Arnaiz Toledo, Director del Hospital Pediátrico Tacubaya, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] paciente femenino de 8 meses de edad, quien ingresó a esta unidad procedente del Hospital Pediátrico de Peralvillo, donde la paciente se encontraba ingresada desde el día 11 de marzo de 2012 por diagnóstico de neumonía de focos múltiples, completando en aquella institución 6 días de estancia intrahospitalaria, al momento de su traslado. Se refirió a nuestra unidad debido a que al estar bañando a la paciente, es mojada por agua caliente, sin percatarse de la temperatura, hasta que la paciente presenta irritabilidad, quejido y al sacar a la paciente del agua, se observa piel eritematosa, así como lesiones vesiculares en el tórax posterior, glúteos y ambas piernas, presentando quemadura de segundo grado superficial y profundo del 23% de superficie corporal total, solicitando su traslado por tales condiciones de la paciente [...].

Durante su estancia en terapia intensiva, se reporta grave con evolución estable, el día 200312 [sic], se descubren lesiones, posterior a sedoanalg[é]sica, observando en cara externa de brazo derecho, lesión de 3x3 cm de segundo grado con escara, tórax posterior con lesiones de segundo grado superficial y profundas, hasta la región glútea bilateral, comprometiendo región genital (interglútea y labios mayores), extremidad pélvica derecha con lesiones profundas, con abundante fibrina no desprendible [...].

24. Oficio 60/03/12 de fecha 26 de marzo de 2012, suscrito por el Dr. Emilio Escobar Picazo, Director del Hospital Pediátrico Peralvillo, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] la paciente ingresó al Servicio de Hospitalización el 12 de marzo del 2012 con diagnóstico de bronquiolitis, al que se le agregó desnutrición y conjuntivitis [...].



Sobre el incidente sucedido a las 9:30 hrs del 17 de marzo del 2012 [...] Sobre el reporte de la enfermera deseo externar un comentario:

a. La enfermera Soledad Carrasco Aguilar no tenía a cargo la paciente [...] [nombre de la niña agraviada E]; sin embargo, ante la solicitud de sus compañeras (por su habilidad técnica) de colocar venoclisis, no se negó; además, al observar que la niña tosía mucho y vomitaba cuando su madre la alimentaba, la enfermera la asistió y le proporcionó terapia pulmonar, llamó al enfermero responsable de la paciente para que se hiciera cargo de la niña; cuando el enfermero decide bañar a la paciente, ella por iniciativa propia lo hace, al comprender que el compañero asiste a un paciente de cuidados especiales; la enfermera en todo tiempo estuvo con la niña y solicitó el apoyo de la mamá. En el momento del incidente buscó ayuda con el médico tratante, pero sin descuidar a su paciente. Después del evento asistió a la mamá para que pudiera avisar a sus familiares y le orientó sobre el trámite de comunicación externa con Trabajo Social, y finalmente acompañó a la niña hasta la ambulancia de traslado, para asegurarse que su traslado se realizara en las mejores condiciones posibles.

b. Sobre la mamá de la paciente, [...] [nombre de la niña agraviada E] deseo señalar que el día del accidente la mamá estuvo al lado de la niña cuando la alimentó, cuando le hicieron la fisioterapia pulmonar; acompañó a su hija a la tarja del baño, por lo que su presencia me permite asegurar que, en todo tiempo ella participó en los procedimientos de atención médica integral realizados a su paciente [...] [nombre de la niña agraviada E].  
[...]

25. Informe de fecha 26 de marzo de 2012, rendido por María Soledad Carrasco Aguilar, enfermera adscrita al Hospital Pediátrico Peralvillo, en el cual se informa lo siguiente:

[...] se presenta el enfermero Iván Abrajan García, el cual al percatarse de las condiciones ya mencionadas, decide bañar a [...] [nombre de la niña agraviada E], apoyándolo en el traslado de la paciente en presencia de la madre, dirigiéndonos al área donde se lleva a cabo el baño de pacientes (baño de artesa), que [sic], consta de una base metálica con colchón y a un lado de tarja donde se coloca al paciente, le explicó a la madre sobre el procedimiento, solicitándole su cooperación y haciéndola corresponsable, la madre muestra poco interés a los cuidados de su hija, tomando una postura física de indiferencia, colocó, a la paciente sobre el colchón y la mamá se coloca junto a [...] [nombre de la niña agraviada E] quedando a mi lado izquierdo, procedo a regular la temperatura del agua, es decir, abriendo el agua caliente y fría, así mismo colocando una sábana dentro de la tarja, una vez regulada el agua procedo a colocar a la paciente dentro de la tarja, quedando sus pies a mi lado izquierdo (lugar en el que se encontraba la regadera de mano) y la cabeza a mi lado derecho donde también se coloca [...] [nombre de la madre de la niña agraviada]. Al estar manipulando a la paciente dentro de la tarja, para proteger el acceso venoso periférico, mi mano está en contacto con la salida de agua, la cual se encontraba a una temperatura aceptable para [...] [nombre de la niña agraviada E], dejo de estar en contacto con el agua, cuando elevo el pie izquierdo de [...] [nombre de la niña agraviada E], donde se encuentra el acceso venoso periférico dejándolo al borde de la tarja, explicándole a la mamá que requiero de una venda para inmovilizar el pie y cuidar el acceso venoso ya que era una paciente multipuncionada, dejando a la madre la cuidado de su paciente, por lo que me dirijo a la mesa de trabajo para tomar la venda, retirándome por un lapso no mayor de 10 a 15 segundos (distancia aproximada 3 a 4 metros), al regresar me encuentro con la

paciente tal y como yo lo había dejado dentro de la tarja sin presentar alguna molestia, coloco la venda para inmovilizar el pie, una vez realizados estos vuelvo a tener contacto con el agua, es decir, acerco mi mano hacia la salida de agua y es cuando me percató que el agua se encuentra a una temperatura elevada y como reacción alejo mi mano de la salida del agua, cerrando las llaves del agua tanto caliente y fría, tomo a la paciente de la región axilar con ambas manos y la coloco en el colchón recostándola sobre su costado derecho. Dejó en claro que la paciente nunca presentó ninguna reacción a estímulo doloroso como; llanto, grito y no realizó ninguna gesticulación de que el agua estuviera caliente y tampoco se observó salida de vapor, como consecuencia a la salida del agua caliente, por lo que la mamá ni yo, nos pudimos percatar de que el agua estaba caliente, reitero que la mamá continúa en el mismo sitio y con la misma postura sin decir nada.

Al revisar a la paciente observó que presenta lesiones por escaldadura en espalda, glúteos y antebrazo derecho, sin alejarme de la paciente, llamo al Dr. Agustín Cabrera [...].

26. Acta circunstanciada de fecha 03 de abril de 2012, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...] El Dr. Escobar nos comentó que los enfermeros implicados en los hechos eran el enfermero Iván Abrajan García (en adelante Iván), quien era el que tenía asignada a la paciente (los cuidados de enfermería eran responsabilidad de tal servidor público) y la enfermera María Soledad Carrasco Aguilar (en adelante Soledad) quien tenía otros pacientes, pero intervino, por lo que nos hizo hincapié de que eran 2 personas quienes participaron en el evento.

[...] inició la entrevista con la enfermera Soledad y el enfermero Iván, estando presente además la Jefa de Enfermería del HPP, Cecilia Hernández y los que suscriben. Solicitamos que los enfermeros Soledad e Iván, relataran los hechos.

#### **Relato de la enfermera Soledad:**

El día que ocurrieron los hechos le asignaron 5 pacientes [...]. Revisó a sus pacientes 4 estaban acompañados de sus familiares, salvo el de [...], por lo que se abocó a cuidar a ese niño, comenzó a alimentarlo (darle su papilla). Cuando estaba dándole su papilla, escuchó que una niña empezó a toser y presentaba abundantes secreciones, por lo que le preguntó a la mamá de la niña [...] [nombre de la niña agraviada E] *¿mamita le está dando de comer, está alimentando a su bebé?* La madre respondió *sí pero no quiere comer*, la enfermera a su vez le respondió *suspenda el alimento, ahorita voy a decirle al enfermero que venga y la valore*. [...] ella regresó a ver a la niña que tosía, le comentó a su vez a la madre que iba a ser necesario que le dieran fisioterapia pulmonar [...] preparó a la niña para bañarla.

Llegó con la niña [...] [nombre de la niña agraviada E] y al lugar donde se bañan los niños, en tal lugar hay una tarja la cual es un poco profunda, un colchón de agua, las llaves de paso que se encontraban en la base de la tarja, un soporte donde se colocaba el suero. Posteriormente metió a la niña a la tarja y vio la venoclisis (equipo que se conecta al catéter que está en la vena del paciente para pasarle el medicamento), por lo que le comentó a la madre de la niña, que si ella ya sabía manejar la venoclisis; sin embargo, la madre le respondió que no sabía. Posteriormente comenzó a abrir las llaves





y regular el agua, agua caliente y agua fría y regularla a temperatura aceptable, tocó el agua y metió a la niña, cuando metió a la niña preguntó a la mamá que si sabía manejar esto (refiriéndose al baño), a lo que la madre respondió que no, entonces ella dice "cómo va a bañar a su bebito si no sabe manejarlo", la mamá se colocó a un lado de la tarja. En lo que acomodaba a la niña, [...] sacó el pie donde tenía colocada la venoclisis, para evitar que se mojara o se infiltrara, entonces le dijo a la mamá que iba a ir a su mesa por una venda para darle soporte a la venoclisis, por lo que le avisó a la mamá se quedaba a cargo de su bebé.

Dejó el pie de la niña arriba, caminó 6 u 8 pasos a llegar a su mesa, sacó la venda regresó a la tarja, la bebé no lloró ni gritó, refirió que se quedó como ella lo había dejado, puso su venda, protegió la venoclisis con la venda, cuando metió la mano de vuelta para iniciar el baño, se percató que el agua estaba "calientísima" por lo que sacó la mano rápidamente, le dijo a la mamá: *mamita que no se dio cuenta de que el agua está muy caliente*. Prosiguió a cerrar las llaves tomó a la bebé, la colocó sobre el colchón de agua boca abajo, al retirar sus manos y brazos de la niña se percató que ya tenía enrojecido la espalda y glúteos, entonces le gritó al médico de guardia: *doctor Cabrera*, y le preguntó a la mamá: *mamita su niña tiene un problema neurológico porque no es normal que no llore o que no grite*, y la mamá no le dijo nada, llegó el doctor Cabrera, comenzó a atender a la niña y revisarla, llegó la encargada de enfermería, con campos estériles (lienjos de tela que sirven para cubrir superficies estériles) para colocárselo sobre las lesiones a la niña. Se colocó en decúbito ventral, se pasó a la terapia, indicando el médico la terapia a seguir [...] la niña fue trasladada a otro hospital.

#### **Relato del enfermero Iván.**

Le habían asignado a pacientes de la Terapia y a la paciente [...] [nombre de la niña agraviada E]. Refirió que la encargada de enfermería (de la cual no nos proporcionó el nombre), que le asignó pacientes le comentó que fuera a "aspirar" a su paciente, porque se le escuchaban secreciones, por lo que acudió por el equipo de aspiración, se dirigió hacia ellos, en ese momento observó que la enfermera Soledad, se encontraba dándole los ejercicios de palmopercusión a la niña [...] [nombre de la niña agraviada E], consideró necesario primero bañarla, dejarla más cómoda, y posteriormente iniciar con el procedimiento de aspirado de secreciones. Por lo que colocó el equipo de aspiración en la mesa de Pasteur cercana a la cama [...] [nombre de la niña agraviada E] en ese momento vio que la enfermera Soledad preparó a la niña para el baño, le quitó el pañal y la trasladó a la tarja donde se bañan a los niños, al notar eso, el enfermero Iván, continuó valorando y atendiendo a otros pacientes de la Terapia. Por lo que la enfermera Soledad, quedó sola con la mamá y con la paciente.

A preguntas expresas realizadas al personal del HPP, que se encontraba al momento de comentar el relato de los enfermeros, nos respondieron: que si tienen un manual de procedimiento para bañar niños, el cual se encontraba en el Manual de Técnicas de Enfermería para Pediatría [...].

Nos comentaron que el realizar la técnica de aseo o comúnmente llamado baño, es general, es decir es para todos los niños, exceptuando a los niños que se encuentran en la terapia, [...] el baño depende de las condiciones de cada paciente. Nos comentaron que la niña sí tenía indicación del baño, englobándose dentro de los cuidados generales de enfermería, es una regla el aseo de todos los niños. Nos refirieron que la regadera, se conoce propiamente como llaves de teléfono, que éstas están conectadas a las llaves

de paso y que tenían una manguera de plástico, que siempre habían tenido problemas con dichas mangueras ya que al momento de acercarse a bañar a los niños, oprimían dichas mangueras y al momento de alejarse salía el agua o muy caliente o muy fría. Nos mencionaron, que la tarja estaba reportada como de mal funcionamiento, por lo anteriormente comentado, por lo que ellos mismos sabían que era un riesgo utilizar esa tarja. Nos mencionaron que había reportes de que estaba mal funcionando además de que iban, la arreglaban y continuaba con el mal funcionamiento. Nos comentan que esos reportes se hacen de manera verbal y escrita al Administrador, que la enfermera no le había avisado a la madre de que la tarja tenía problemas [...].

Finalmente, nos entrevistamos sólo con el Dr. Escobar y con el licenciado Jesús Torres Quiroz, Administrador del HPP, a quien cuestionamos acerca de los reportes del mal funcionamiento de la tarja donde ocurrieron los hechos materia de esta queja y la atención que se brindó al respecto. Los servidores públicos explicaron que se había reportado anteriormente pero porque había un goteo y para que se instalara una regadera de teléfono para facilitar el baño de los pacientes, pero no porque hubiese un sobrecalentamiento del agua o algún problema al mezclar el agua fría con el agua caliente [...]. Señalaron que en días pasados pidieron a la empresa que da mantenimiento a las instalaciones hidráulicas del hospital una descripción del proceso de almacenamiento y distribución de agua caliente en esa Unida Médica (del cual nos obsequiaron una copia), en el que, de manera sucinta señalaron que “es técnicamente imposible aislar un poco de líquido y sobrecalentarlo sin que este transfiera su energía al líquido circundante. En un circuito como el que se tiene en la Unidad Médica, al momento de abrir el grifo o llave mezcladora de agua caliente en primera instancia obtendremos agua fría, elevándose paulatinamente la temperatura hasta alcanzar la máxima temperatura del circuito, que siempre será menos a la temperatura en el tanque de almacenamiento debido a las pérdidas térmicas” [...].

27. Opinión médica de fecha 20 de agosto de 2012 de un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

#### **I. RELACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETOS A CERCA DE LOS CUALES SE EMITE EL DICTAMEN.**

En este caso lo constituyen las copias certificadas de los expedientes clínicos a nombre de la niña, [...] [nombre de la niña agraviada E] elaborados en el hospital HPP y el Hospital Pediátrico de Tacubaya (en adelante HPT) [...].

#### **II. METODOLOGÍA EMPLEADA.**

Para certificar las lesiones y determinar el daño que presenta la niña, se llevó a cabo los siguientes procedimientos o metodología:

1. Entrevista médica, el 16 de mayo de 2012, previo consentimiento informado, que incluyó mediante la obtención de interrogatorio clínico de:
  - Los datos generales.
  - Antecedentes personales heredo familiares, patológicos y no patológicos.
2. Exploración física [a la niña agraviada].
  - Se tomaron y obtuvieron los signos vitales.



- Síntomas y signos por aparatos y sistemas.
- 3. Se realizó la interpretación de los hallazgos clínicos.
- 4. Lectura y análisis de las copias certificadas de los expedientes clínicos a nombre de la niña elaborados en los HPP y HPT.
- 5. Revisión de la literatura médica relativa al asunto que nos ocupa.
- 6. Discusión del caso.
- 7. Se establecieron las conclusiones del caso.

### III. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

### IV. DISCUSIÓN.

Las quemaduras son una de las principales causas de muerte accidental en niños, la edad preescolar particularmente de los 2 a los 4 años es la más afectada.

Las escaldaduras suponen el 85% de las lesiones totales y predominan en niños menores de 4 años.

La clasificación de las quemaduras se basa en la extensión y profundidad de la lesión. Las quemaduras de primer grado afectan sólo a la epidermis y se caracterizan por presentar sólo inflamación, enrojecimiento y dolor, un ejemplo de ello son las quemaduras solares leves, se caracterizan porque no se forman ampollas. El dolor desaparece en 48 a 72 horas y en un pequeño porcentaje de pacientes, el tejido dañado se desprenderá sin dejar cicatrices.

Las quemaduras de segundo grado afectan a toda la epidermis y variablemente a la dermis. Es característica la presencia de formación de vesículas y ampollas. A su vez se dividen en superficiales y medio/profundas. Las superficiales a su vez son dolorosas. Las quemaduras medias o profundas, cicatrizan de forma espontánea si las lesiones se mantienen limpias y sin infección. El dolor es menor que en quemaduras más superficiales, porque hay pocas terminaciones nerviosas que son poco viables. La pérdida de líquidos y los efectos metabólicos de las quemaduras dérmicas profundas son iguales que una quemadura de tercer grado.

Las quemaduras de todo el espesor de la piel o de tercer grado suponen la destrucción de toda la epidermis y la dermis, sin que queden células que puedan regenerar la zona lesionada. Estas zonas quemadas no pueden epitelizarse y sólo curan con cicatrización, es decir el cuerpo no produce piel nueva, sino produce un tejido fibroso cicatrizal, o con injerto cutáneo.

Desde la perspectiva médica con base en la valoración médica realizada, los documentos revisados para este caso y a la literatura médica, se dan respuesta a los planteamientos del problema.

- Certificar médicamente, si la [...] [nombre de la niña agraviada E] presentan huellas físicas de lesiones, posterior a la atención médica en el HPP y en el HPT, establecer la mecánica de dichas lesiones.

En este punto la situación es analizar que lesiones presenta la niña [...] [nombre de la niña agraviada E], si dichas lesiones fueron de origen externo, si corresponden en tiempo con



el supuesto hecho narrado y si tiene consistencia con el tiempo de exposición al agua caliente.

A continuación se presenta un cuadro en el que se señalan las lesiones o signos físicos que fueron detectados durante la valoración médica realizada por los médicos del HPT y por el suscrito.

<b>Lesiones documentadas en el expediente clínico del HPT el día 17 de marzo de 2012 a las 15:15 horas.</b>	<b>Opinión Médica.</b>
1. Quemaduras de primer y segundo grado en zona de tórax posterior, glúteos, pierna derecha en zona posterior y muslo posterior, en genitales y en pequeñas zonas de muslo anterior.	Si existe concordancia de localización entre el tiempo de exposición de la piel de la parte posterior del cuerpo de la niña [...], con el agua caliente, narrado por la madre, con lesión descrita en la columna de la izquierda. Si existe relación cronológica entre la fecha en que se detectó por el médico pediatra, dicha lesión, con los eventos narrados, ellos está sustentado además en los referido por la madre [de la niña agraviada E], en el sentido de que dicha lesión no existía antes de los eventos traumáticos narrados, finalmente apoyado en lo referido en el interrogatorio clínico se excluye alguna otra causa como origen de dicha lesión.
<b>Lesiones documentadas por el suscrito en la examinación médica realizada el 16 de mayo de 2012.</b>	<b>Opinión Médica.</b>
1. Lesión en forma de H irregular que su parte más larga se encuentra en hemicuerpo posterior derecho, que abarca desde la región escapular hasta el tercio distal de la pierna derecha y desde la línea media hasta la línea media axilar izquierda en la espalda. En el muslo abarca la parte anterior del tercio proximal y toda la posterior del muslo. En la pierna abarca la parte posterior. Sus diámetros mayores miden 29.8 x 6.3 centímetros. En hemicuerpo posterior izquierdo la lesión abarca desde la región subescapular hasta la mitad superior de la nalga izquierda, y desde la línea media hasta la línea axilar posterior izquierda de 14.4 x 3.8 centímetros. La lesión es predominantemente una mancha hipocrómica del lado derecho, de color rosácea en la parte más externa, la parte medial es de color rojiza, involucra dermis y epidermis, la lesión es	Si existe concordancia de localización entre el tiempo de exposición de la piel de la parte posterior del cuerpo de la niña [...], con el agua caliente, narrado por la madre, con la lesión descrita en la columna izquierda. Si existe relación cronológica entre la fecha en que se detectó por el médico pediatra, dicha lesión, con los eventos narrados, ello está sustentado además en lo referido por la madre [de la niña agraviada], en el sentido de que dicha lesión no existía antes de los eventos traumáticos narrados, finalmente apoyado en lo referido en el interrogatorio clínico se excluye alguna otra causa como origen de dicha lesión.

<p>predominantemente hipercrómica del lado derecho, e involucra dermis y epidermis.</p>	
<p>2. En la cara externa del antebrazo derecha presenta una lesión caracterizada por ser redonda de bordes definidos, elevada, con leve descamación, de base rosado, de 2.1 por 1.9 centímetros.</p>	<p>Si existe concordancia de localización entre el tiempo de exposición de la piel de la parte posterior del cuerpo de la niña [...], con el agua caliente, narrado por la madre, con la lesión descrita en la columna izquierda. Si existe relación cronológica entre la fecha en que se detectó por el médico pediatra, dicha lesión, con los eventos narrados, ello está sustentado además en los referido por la madre [de la niña agraviada], en el sentido de que dicha lesión no existía antes de los eventos traumáticos narrados, finalmente apoyado en lo referido en el interrogatorio clínico se excluye alguna otra causa como origen de dicha lesión.</p>
<p>3. En el codo, presenta una lesión caracterizada por una mancha hipocrómica, de 2.2 por 1.3 centímetros, ovalada de bordes irregulares, coloración rosácea.</p>	<p>Si existe concordancia de localización entre el tiempo de exposición de la piel de la parte posterior del cuerpo de la niña [...], con el agua caliente, narrado por la madre, con la lesión descrita en la columna izquierda. Si existe relación cronológica entre la fecha en que se detectó por el médico pediatra, dicha lesión, con los eventos narrados, ello está sustentado además en los referido por la madre [de la niña agraviada], en el sentido de que dicha lesión no existía antes de los eventos traumáticos narrados, finalmente apoyado en lo referido en el interrogatorio clínico se excluye alguna otra causa como origen de dicha lesión.</p>



La huellas de lesiones y signos físicos adscritos en la columna izquierda del cuadro anterior, si es posible que hayan sido producidos mediante los mecanismos traumáticos narrados por la madre [de la niña agraviada E]. Lo anterior se puede sustentar en los criterios de causalidad de las lesiones u otros signos físicos, a saber: el anatómico que se establece por la relación entre la zona afectada y la alteración consecutiva; el cronológico que se da por la relación evolutiva entre la causa y el efecto; el cuantitativo que se efectúa por la relación entre el factor traumático y el daño producido; el de continuidad sintomática que se da por la existencia de los síntomas que concuerdan con las secuelas a distancia; y finalmente del de exclusión que elimina toda otra causa posible del daño sufrido.

Por lo anterior, se puede establecer que dichas lesiones y signos físicos, por lo señalado en la narración de los hechos y en las respuestas al interrogatorio clínico directo y por sus características, son consistentes en que su origen fue del tipo externo; [...] por su localización, distribución y demás características se puede establecer médicamente que son consistentes con que hayan sido producidas por terceras personas de manera no intencional, [...].



La siguiente cuestión a analizar, es:

- Determinar cuál es el daño que presenta [...] [nombre de la niña agraviada E] por el personal de enfermería del HPP.

Con base en los documentos revisados, en la valoración médica realizada por el suscrito y la literatura médica, el daño presentado en [...] [nombre de la niña agraviada E] son las cicatrices de las quemaduras de primer y segundo grado arriba descritas.

## V. CONCLUSIONES

1. Las lesiones y signos físicos presentados al explorar a la niña [...] [nombre de la niña agraviada E], por sus características, son consistentes en que su origen fue de tipo externo; por su localización, distribución y demás características se puede establecer médicamente que son consistentes con que hayan sido producidas por terceras personas de manera no intencional, y se descarta que hayan sido auto infligidas. Por ello se puede aseverar que si existe consistencia entre las lesiones descritas con la mecánica de producción señalada por la madre en la narración de los hechos, y en las respuestas al interrogatorio clínico indirecto realizado por el suscrito.

2. El daño que presenta la niña [...] [nombre de la niña agraviada E] son las cicatrices de las quemaduras de primer y segundo grado que presenta en tórax posterior, región lumbar, nalgas, genitales y extremidades pélvicas.

[...]

28. Oficio DGDH/DEA/503/5185/2012-11, de fecha 15 de noviembre de 2012, suscrito por el Director de Enlace "A" de la Dirección General de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, licenciado Salvador Omar Imbert López, mediante el cual se remite al oficio I-29,675-2012 de fecha 20 de septiembre de 2012, consistente en un dictamen suscrito por el Perito Oficial en materia de Instalaciones Hidrosanitarias y de Gas, ingeniero Miguel Ángel Gamiño Cedillo, mismo que forma parte de la averiguación previa FSP/BT2/601/12-03, en el que se determinó lo que a continuación se transcribe:

[...]

[...] dictamen del estudio realizado a las instalaciones médicas especialmente hidrosanitarias del Hospital Pediátrico Peralvillo, [...] debiendo estar presente en el interior de esas oficinas a las 11:00 horas con cero minutos, del día miércoles 10 diez de septiembre de 2012 dos mil doce.

[...]

## CONCLUSION

ÚNICA: [...]. Se determina que de acuerdo a la revisión realizada a las instalaciones hidráulicas del hospital Pediátrico Peralvillo mostradas al suscrito en presencia de personal ministerial del Baño Arteza que colinda con la cama 23 del área de hospitalización se encuentra funcionando en condiciones normales, no encontrándose fuga de agua, ni artificio alguno que obstruya u obstaculice el buen funcionamiento y operación de las llaves de control del Baño Arteza, así mismo las instalaciones hidráulicas



mostradas al suscrito del cuarto de máquinas de dichas instalaciones se encuentran funcionando en condiciones normales, manteniendo una temperatura constante del agua caliente de 50°C.

[...]

29. Acta circunstanciada de fecha 26 de agosto de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...] el peticionario manifestó que la niña agraviada presenta un daño en su salud que se manifiesta en el hecho de que no puede caminar bien (cojea) por lo que consideran importante que [...] se realice una valoración médica a la menor agraviada y en su caso reciba el tratamiento adecuado.

[...]

#### V. Caso F. Expediente CDHDF/III/121/COY/12/D1637

30. Opinión médica de fecha 15 de marzo de 2012 emitida por un médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este organismo, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

#### CONCLUSIONES:

1. Con base en la revisión bibliográfica y la respuesta a las preguntas realizadas a médicos especialistas del Instituto Nacional de Pediatría, se puede aseverar que existió mala práctica médica consistente en que los médicos del Hospital Pediátrico de Coyoacán, intervinieron quirúrgicamente el día 8 de marzo del 2012 a [...] [nombre del niño agraviado F], siendo esta una decisión precipitada, ya que se debió de haber modificado el tratamiento médico (es decir el tratamiento no quirúrgico) antes de haber ingresado al paciente a cirugía.

2. El paro cardiorrespiratorio acontecido en el niño [...] [nombre del niño agraviado F] el 14 de marzo del 2012, fue causado tanto por el deterioro en el estado de su salud como por la falta de aporte de oxígeno secundario a la extubación accidental. La extubación accidental no se puede adjudicar a la práctica médica, ya que por la hora acontecida el suceso y según la literatura médica cabe más la posibilidad de que el cuadro se haya presentado por un descuido en el personal de la salud (por ejemplo personal de enfermería).

3. El daño que presentó [...] [nombre del niño agraviado F] fue la muerte ocurrida el 26 de marzo del 2012.

4. Con base en la respuesta a las preguntas realizadas a médicos especialistas del Instituto Nacional de Pediatría, se puede establecer que las alteraciones fisiopatológicas que desencadenaron la muerte del [...] [nombre del niño agraviado F] iniciaron al haber realizado una segunda cirugía precipitadamente (cirugía del 8 de marzo del 2012), lo que ocasionó daño a órganos y tejidos, lo que llevó a inflamación local (en abdomen). Tal cuadro desencadenó la necesidad de que el paciente fuera atendido en el Servicio de Terapia Intensiva, donde se sumó un paro cardiorrespiratorio el cual se puede atribuir a la extubación accidental, lo que llevó a un requerimiento de oxígeno mayor sin haber un adecuado aporte de este, asociación de infecciones que desencadenaron un cuadro séptico y hemorragia pulmonar masiva que fue el evento que ocasionó la muerte.

31. Oficio HPC/036/12 de fecha 16 de marzo de 2012, suscrito por el Dr. Miguel Camarillo Valencia, Director del Hospital Pediátrico Coyoacán, mediante el cual informó lo siguiente:

[...]

a. El [...] [nombre del niño agraviado F] ha recibido desde su ingreso atención por parte de los diferentes servicios involucrados, Urgencias, Cirugía Pediátrica, Anestesiología y actualmente Terapia Intensiva.

b. El paciente se encuentra hospitalizado en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica donde se cuenta con personal médico y de enfermería las 24 hrs. del día y se está ofreciendo el manejo médico-quirúrgico que él [niño agraviado F] requiere de acuerdo a las condiciones actuales.

[...]

d. continuamos con gestiones para la contratación de personal médico y de enfermería que ya se encuentran autorizados pero que infortunadamente no existen suficientes médicos ni enfermeras para su contratación, a pesar de contar con las vacantes y el presupuesto, sin embargo por tratarse de un área crítica se privilegia la asignación de personal tanto médico como de enfermería para tener suficiencia de recursos humanos. Las condiciones de higiene son adecuadas para el servicio que se brinda a los pacientes, así como el privilegiar la seguridad de nuestros pacientes mediante camas seguras y llevarse a cabo las técnicas de Seguridad del Paciente.

[...]

32. Acta circunstanciada de fecha 20 de marzo de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] recibí la llamada de la peticionaria Paola Maya Mendoza quien informó que su hijo aún permanecía internado, que les han dado información diferente a ella y a su esposo, y que la mayoría de las veces sólo lo informan a él, hasta donde ella sabe, su hijo está en estado "vegetativo", le pregunté si los médicos le habían dicho que ese era el estado de su hijo, la peticionaria señaló que no, pero que todo el tiempo está durmiendo y no sabe la razón. Le informé que preguntaría cuál es la situación y la haría de su conocimiento.

A las 11:04 horas, me comuniqué al teléfono [...] correspondiente a la Coordinación de Atención a los Derechos Humanos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Atendió la llamada la licenciada Patricia Ibáñez, a quien le hice saber lo referido por la peticionaria, la servidora pública señaló que del hospital le informaron que se les ha dado información a las 10:00 y a las 18:00 horas y han estado ambos padres del niño. Se encuentra en terapia intensiva y no está desatendido, que preguntaría sobre el estado "vegetativo" y me informaría al respecto.

A las 11:45 horas, recibí la llamada de la licenciada Patricia Ibáñez quien me informó que la respuesta a la solicitud de implementación de las medidas precautorias ya se envió a la Comisión a través del oficio HPC/036/12, que en cuanto al estado del niño, no se encuentra en estado vegetativo, sino que está sedado por el dolor que presenta y lo hacen de igual manera para minimizar sus funciones, se encuentra grave, pero no en estado vegetativo, incluso le informaron que el día de hoy comenzarían a bajarle la dosis de sedantes.



[...]

33. Acta circunstanciada de fecha 26 de marzo de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] El día de hoy, 26 de marzo de 2012, a las 17:34 horas, recibí el mensaje de voz de la peticionaria Paola Maya Mendoza en que informó que su hijo había fallecido (el mensaje registró a las 16:05 horas) [...].

[...] que aún estaba en el hospital y se lo entregarían en cuanto terminara de hacer los trámites respectivos, que día antes [sic], su esposo formuló denuncia penal por el delito de responsabilidad profesional dándose inicio a la averiguación previa FSP/B/T2/000625/12-03. [...].

[...] Sin embargo, después de unos minutos, la peticionaria señaló que ella y su esposo habían decidido no ampliar su denuncia ya que no querían que se le practicara la necropsia a su hijo.

[...]

34. Oficio SAJ/JGBA/134/2013 de fecha 07 de marzo de 2013, suscrito por el licenciado José Gerardo Berrueco Alfaro, Subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto Nacional de Pediatría, mediante el cual remite informe rendido por el Subdirector de Cirugía de dicha Institución, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

#### Resumen del caso

[...]

Preguntas a responder solicitadas por la Tercera Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [...]

Pregunta:

a) Si las cirugías del 8 y 13 de marzo de 2012 practicadas [...] [nombre del niño agraviado F] se realizaron a consecuencia de un mal procedimiento médico quirúrgico realizado el 4 de marzo del mismo año.

Respuesta: Es importante resaltar que el niño [...] [nombre del niño agraviado F] era un paciente previamente sano y que aparentemente desarrolla un cuadro de apendicitis aguda no complicada ya que el padecimiento actual tenía 1 día de evolución, el paciente no había presentado fiebre [...] de acuerdo a la valoración de anestesiología el paciente tenía un riesgo anestésico menor. Fue intervenido a través de una incisión transversa derecha sobre FID en donde se encontró un apéndice subserosa y con necrosis del tercio distal pero, aparentemente, sin perforación, se aspiraron apenas 50 ml de material "purulento" y la evolución del paciente desde el día 4 hasta el 7 de marzo de 2012 por la tarde había sido adecuada. A partir de ese momento el paciente presenta distensión abdominal pero mantiene signos vitales normales, se mantiene afebril y sin datos de irritación peritoneal, además de que la opinión de dos cirujanos que lo revisan durante ese periodo es conducta expectante y manejo conservador. [...]

b) Si esperar 4 días (del 4 al 8 de marzo de 2012) para realizar el segundo evento quirúrgico fue justificado.

Respuesta:[...] de acuerdo a lo comentado en el inciso anterior considero que estaba plenamente justificado esperar no solo 4 días sino un tiempo mayor para analizar la evolución del paciente con un tratamiento médico bien establecido y supervisado antes de decidir realizar una nueva intervención. Por lo que está asentando en el expediente el cirujano decide intervenir debido a que no hay mejoría clínica del paciente, por una gasometría con alcalosis respiratoria con patrón restrictivo, descenso de Hb de 14 a 9.9g/DL., y abdomen a tensión. No se habla del gasto de la SNG, no se realiza una tomografía de abdomen que hubiera sido deseable, ni existen elementos clínicos que justifiquen el descenso de la Hp de 14 a 9.9 g/Dl., situación que me parece que no fue real ya que durante la segunda intervención del paciente se consigna que hubo una pérdida de 200 ml y aunque se transfunde con 250 ml de paquete globular en terapia intensiva, al día siguiente tiene una Hb. De 12.8, cifra que no puede ser alcanzada desde 9.9 g/Dl. con una sola transfusión.

[...]

c) En caso de que considere que hubo tardanza entre el primer y segundo evento quirúrgico, mencione si eso fue determinante para el deterioro del estado de salud [...] [nombre del niño agraviado F].

Respuesta: [...] considero que la decisión para la segunda intervención fue precipitada ya que no se hizo una buena valoración del caso, no se intentó modificar el tratamiento conservador establecido, no hay evidencias en las notas de que se haya verificado la permeabilidad de la SNG ni se justificó de manera fundamentada la necesidad de la segunda intervención [...].

Por otro lado, me parece que es la segunda intervención la que contribuye al deterioro del paciente, ya que a partir de ella el paciente se agrava, inicia y se mantiene con fiebre, presenta datos de sepsis y de bajo gasto y el daño a estructuras y tejidos que se relata en la nota quirúrgica no es posible haberlo causado a través de una incisión transversa derecha infra umbilical realizada sobre FID, ni es creíble que una apendicitis aunque haya evolucionado a peritonitis haya producido el daño descrito sobre la pared de las asas intestinales a tan solo 4 días de evolución y especialmente en un paciente que estaba recibiendo atención médica y tratamiento con antibióticos.

d) Si el paro cardiorrespiratorio pudo haberse evitado, y si contribuyó en el desarrollo de la muerte [...] [nombre del niño agraviado F].

Respuesta: [...] el paro cardiorrespiratorio sí pudo haberse evitado pero, tal y como ocurrió en este caso, fue un evento accidental que muy probablemente se debió a una mala fijación de la cánula, a un movimiento brusco del paciente o a un desplazamiento inesperado durante el traslado. Considero que sí contribuyó a la muerte del paciente ya que al analizar la evolución del caso después del evento, el paro cardiorrespiratorio produjo daño cerebral y condicionó que todos los mecanismos de defensa propios del organismo se vieran afectados, en particular los del aparato respiratorio.

e) Según su opinión, mencione si la atención médica que recibió [...] [nombre del niño agraviado F] contribuyó a su muerte.

Respuesta: No [...] los procesos infecciosos que se desencadenaron después de la segunda intervención quirúrgica fueron los que finalmente provocaron su muerte.

[...] En resumen podemos decir que las alteraciones fisiopatológicas que desencadenan la muerte del paciente inician a partir, muy probablemente, de un absceso apendicular residual, tratado (a mi juicio, precipitadamente) mediante una segunda intervención quirúrgica en donde el daño ocasionado a los órganos y tejidos por una mala técnica quirúrgica, produce un proceso inflamatorio inicialmente local y posteriormente sistémico que provoca sepsis de foco abdominal, coagulopatía por consumo y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Desgraciadamente se suman un paro cardio-respiratorio, estado hipoxico-isquémico prolongado, alteraciones hidro-electrolíticas y ácido-base, choque mixto, falla pulmonar, falla orgánica múltiple, infección por cándida y hemorragia pulmonar masiva que fue el evento final que ocasionó la muerte del paciente.

[...]

35. Valoración de impactos psicosociales de fecha 30 de julio de 2014 , suscita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

*El cuatro de marzo, el señor [...] [nombre del padre del niño agraviado F] y [...] [nombre de la abuela del niño agraviado F], lo llevaron al Hospital Pediátrico de Coyoacán, debido a que presentaba síntomas de apendicitis.*

[...]

Ante el agravamiento de la salud de su hijo y las posteriores intervenciones quirúrgicas, el sentimiento de preocupación aumentó, acompañado de incertidumbre, impotencia y coraje. Lo anterior, debido a la falta de información clara respecto al estado de salud de [...] [nombre del niño agraviado F], así como los comentarios del personal médico hacia ambos padres, como por ejemplo el siguiente:

*En una reunión con el Director del Hospital, empieza a decirme: ¿oiga usted cree en Dios?, supongo porque me vio colgado un rosario y le digo: "sí, ¿por qué?" y me dice: "pues le voy a decir una cosa, pues ni modo, ustedes ganaron en la lotería de la mala suerte, así les tocó". Dijo que de los accidentes que pasan dentro de un hospital, de un 100% nosotros tuvimos la mala suerte "jugaron la lotería de la mala suerte y ganaron, pues pídale mucho a Dios que su hijo se salve", lo dijo muy burlón. El papá de mi hijo no hablaba, se quedó mudo ante lo que decía el Doctor, vimos que tenía ganas de decirle algo pero lo tranquilizaba."*

Comentario como el anterior, les generaron coraje y dolor, [...] [nombre de la madre del niño agraviado F] expresa haber sentido que su hijo estaba siendo tratado como un animal [...]

[...]

Al ingresar para preparar el cuerpo de su hijo para el ataúd, se sorprendió por las condiciones del lugar, pues considera que no es un lugar digno, ya que de acuerdo con la narración de [...] [nombre de la madre del niño agraviado F], ahí tenían almacenadas cosas que ya no servían como incubadoras, sillas, mesas; al respecto refiere: "ya no tiene vida, pero tampoco es un trato digno para una personita sabiendo que es un niño,

no se vale". Esta situación le generó la percepción de que aún en el momento posterior a su fallecimiento, su hijo no fue tratado de una manera digna, generando un acto revictimizante. [...]

[...]

#### IV. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre del padre y la madre del niño agraviado F], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja** y están expuestos por la propia peticionaria en el apartado IV inciso b) de esta valoración, relacionados a la mala atención brindada por personal del Hospital Pediátrico de Coyoacán, que, de acuerdo a su narración, derivó en la muerte de su hijo [...] [nombre del niño agraviado F]. Situación que generó un proceso de duelo, sentimientos de impotencia y síntomas asociados a depresión, afectando su salud, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como sensación de cambio en su proyecto de vida.

2.- La sintomatología descrita por [...] [nombre del padre y la madre del niño agraviado F], está directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, relacionada con un **proceso de duelo complicado**, pues presentan incapacidad para adaptarse a la pérdida, desean la presencia de su hijo (en el caso de la señora Paola refiere escuchar en ocasiones su voz o sentir su presencia), situación que afecta sus actividades cotidianas y relaciones sociales. El fallecimiento de [...] [nombre del niño agraviado F] representa una pérdida significativa, por tratarse de su hijo; además las condiciones en que se dio la muerte y el deterioro que fueron observando en el cuerpo del niño, pues son características que complica el proceso de duelo, generando sentimientos de impotencia, coraje y enojo.

[...] [Nombre de la madre del niño agraviado F] presentó afectaciones a su dinámica de sueño (insomnio), en sus hábitos alimenticios, generándole aumento del peso corporal; presenta embotamiento emocional, cambios en carácter presentando mayor irritabilidad y poca tolerancia a situaciones estresantes; síntomas asociados a depresión<sup>2</sup> como son: tristeza, desesperanza, dificultad para concentrarse, anhedonia. En el caso de [...] [nombre del padre del niño agraviado F] no ha logrado retomar su vida cotidiana, también presenta síntomas asociados a depresión como son: tristeza, desesperanza, dificultad para concentrarse, anhedonia, aislamiento. Su estado emocional lo ha llevado a no poder retomar su actividad laboral, pasando la mayor parte del tiempo en su casa.

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, económico y proyecto de vida. Paola presenta sobrepeso generado por la compulsión por comer y problemas con la presión arterial, adormecimiento de la cara, dolor del brazo izquierdo, adormecimiento de la mano izquierda, punzadas en el pecho y problemas de sueño ya que duerme de cuatro a cinco horas diarias, sintomatología

---

<sup>2</sup>De acuerdo con el DSM-IV TR, se requieren cinco síntomas como mínimo para determinar que la persona presenta depresión, entre los cuales deben encontrarse los dos síntomas cardinales que son la anhedonia y la tristeza; e incluye además en sus criterios diagnósticos la pérdida o aumento de peso y/o apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o entorpecimiento psicomotores, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

relacionada con hipervigilancia y depresión. El abuelo de [...] [nombre del niño agraviado F] presenta aumento en el consumo de bebidas alcohólicas, considerada como una conducta de riesgo. En el ámbito familiar y social, los hechos generaron acercamiento de la familia [...] [apellidos de la familia], mostrando conductas solidarias, [...] ha brindado acompañamiento cercano a Paola, lo cual ha representado para ella también un desgaste físico y emocional, así como pérdidas económicas. En el caso de la familia [...], la pérdida [...] nombre del niño agraviado F] ha generado alejamiento, pérdida de empleo y proyectos a futuro.

4.- En cuanto a la reparación, [...] [nombres del padre y la madre del niño agraviado F] consideran que no existe una forma de reparar el daño causado, pues afirman que la vida de su hijo es irreparable. Sin embargo, considera que una medida de reparación sería que se determinaran sanciones para el personal del Hospital Pediátrico responsable de las posibles negligencias médicas en contra de su hijo [...] [nombre del niño agraviado F], principalmente el Dr. Hipólito y quienes participaron en las intervenciones quirúrgicas.

#### V. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. [...] Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

**Desfavorable.-** Debido a que [...] [nombres del padre y la madre del niño agraviado F] no han contado con un proceso terapéutico que permita afrontar la pérdida, reubicar emocionalmente a su hijo [...] [nombre del niño agraviado F] y adaptarse a sus actividades cotidianas como son el cuidado de sus hijos, el trabajo y las relaciones con sus familiares y amigos. Por lo que es necesario valorar el curso del cuadro sintomatológico descrito a fin de determinar si se agravan los síntomas depresivos y brindar el apoyo terapéutico correspondiente.  
[...]

#### V. Caso G. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D0445

36. Acta circunstanciada de fecha 25 de enero de 2012, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...] El día de hoy 25 de enero de 2012 [...] el suscrito visitador adjunto auxiliar de investigación [...] en compañía del médico visitador [...], nos constituimos en el Hospital General de México, una vez en dicho nosocomio y tras presentar nuestro oficio de comisión [...], la señora Olga, empleada de la Dirección General, nos condujo al lugar donde está físicamente el expediente del hijo de la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez; en dicho lugar fuimos [...] atendidos por la doctora Verónica Firo Reyes, Jefa de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General de México, quien a su vez nos proporcionó el expediente, indicando que el recién nacido fue entregado a ese

nosocomio sin información muy relevante, tales como el expediente clínico o por lo menos el resumen clínico de la atención que se le hubiera brindado al recién nacido, dicha información era muy relevante pues ayudaría a conocer las cirugías que se le hicieron al recién nacido y el motivo de las mismas, dado que no se contaba con el expediente de la atención médica que se le proporcionó [...].

37. Correo electrónico de fecha 26 de enero de 2012, enviado por la peticionaria a esta Comisión, en el cual consta la siguiente información:

[...]

Este correo es para informarles que, el día de hoy 26 de enero de 2012, fue intervenido mi sobrinito, lamentablemente fue necesario amputarle el antebrazo derecho por arriba del codo, la intervención quirúrgica fue realizada en el Hospital General de México, debido a la infección provocada por la falta de irrigación a consecuencia del inadecuado procedimiento practicado por personal médico del Hospital Pediátrico de Moctezuma.

Los médicos del Hospital General informaron que la cirugía no tuvo complicaciones, pero el estado de salud del bebé es delicado, pero estable. Mañana comenzaran los procedimientos necesarios para dar tratamiento a la ileostomía. El aplicado en el Hospital Moctezuma no fue el adecuado.

[...]

38. Oficio SSGDF/HPM/D/045, de fecha 25 de enero de 2012, suscrito por el Dr. Manuel Jiménez Arenas, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, por el que envía copia del Expediente Clínico del niño agraviado G, en el que está integrada Nota Informativa., misma que no tiene fecha, pero por su contenido, se deduce que fue elaborada al día siguiente de la remisión del paciente al Hospital General de México, hecho ocurrido el 23 de enero de 2013. Esta nota fue dirigida al doctor Román Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y de Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la cual consta la siguiente información:

[...] Con relación al caso del paciente [...] [nombre del niño agraviado G] de un mes de edad con lesión de la arteria axilar del miembro superior derecho, me permito informarle que el día de ayer por la noche se envió al Hospital General de México para su revascularización. Por reporte del Dr. Navarro, Director del H.G de México, la cirugía tuvo buen resultado, sin embargo existe hipotermia del cuarto y quinto dedos de la mano derecha, pero con buen llenado capilar, en consecuencia a lo anterior se realizará un eco doppler para conocer el grado de revascularización y nos informará el resultado. Es menester informarle que el Dr. Carlos Baeza Herrera, Jefe de Cirugía Pediátrica de este Hospital ha estado en coordinación con el Dr. Navarro, y a su vez nos estará informando de la evolución del paciente que en estos momentos se encuentra estable [...].

39. Acta circunstanciada de fecha 01 de febrero de 2012, suscrita por las personas peticionarias y un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El día de hoy 01 de febrero de 2012 [...], comparecieron [...] y Ana Cristina Ambríz Velázquez, quienes tienen el carácter de peticionarios en la presente queja, [...] la



señora Ana Cristina Ambríz Velázquez es la mamá del niño, quien actualmente sigue internado en el Hospital General de México.

Al respecto la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez manifestó que, si las autoridades de salud local, les podía apoyar de alguna forma con los gastos del hospital, debido a que por el momento y debido a las circunstancias, su esposo no tiene trabajo y ya no tienen dinero, ya que a veces les piden en el Hospital General material médico y ellos no cuentan con el dinero suficiente, [...].

40. Copia certificada del Protocolo de necropsia de fecha 23 de febrero de 2012, suscrito por el doctor Rubén Cruz Jerónimo y la doctora Ana María Leyva Sánchez, perito y perita médica forenses adscritos al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, el cual contiene la siguiente información:

[...]

**CONCLUSIÓN: [ESTE RECIÉN NACIDO [...]] [apellidos del niño agraviado G] FALLECIÓ DE CUADRO SÉPTICO. [...]**

[...]

41. Copia certificada de dictamen pericial histopatológico de fecha 29 de febrero de 2012, suscrito por el médico antónimo-patólogo Edgar Arenas Castillo, adscrito al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, el cual contiene la siguiente información:

[...]

**LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**AV. PREVIA NUM: FVCVC-3/T2/00186/12-01R2**

**EXAMEN HISTOPATOLÓGICO PRACTICADO EN [...]:**

**RECI[É]N NACID[O] [apellidos del niño agraviado G] 2 MESES**

**PRODUCTOS RECIBIDOS: FRAGMENTOS DE ENCÉFALO, CORAZÓN, PULMÓN, PÁNCREAS, HÍGADO, INTESTINO DELGADO Y GRUESO, RIÑÓN, ESTÓMAGO, PAQUETE NEUROVASCULAR BRAQUIAL DERECHO, PIEL Y HUESO DE MUÑÓN.**

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA: LAS ALTERACIONES OBSERVADAS CORRESPONDEN AL SIGUIENTE:**

**RESULTADO**

**EN LAS MUESTRAS RECIBIDAS SE OBSERVA:**

**ENCÉFALO CON DATOS DE ISQUEMIA AGUDA, CONGESTIÓN VASCULAR AGUDA Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.**

**CORAZÓN CON MICROHEMORRAGIAS SUBPERICARDIACAS Y DATOS DE ISQUEMIA AGUDA.**



PULMÓN CON NEUMONÍA, EDEMA AGUDO Y HEMORRAGIA RECIENTE EN ESPACIOS AÉREOS DISTALES Y PRESENCIA DE MATERIAL MUCOPROTEICO EN ESPACIOS AÉREOS PROXIMALES.

PÁNCREAS CON ESCASO FILTRADO INFLAMATORIO CRÓNICO SEPTAL.

HÍGADO CON CONGESTIÓN SINUSOIDAL AGUDA Y ESTEAOTOSIS MIXTA LEVE.

INTESTINO DELGADO Y ESTÓMAGO CON DATOS DE AUTOLISIS; SIN EMBARGO ES POSIBLE IDENTIFICAR DATOS HISTOPATOLÓGICOS COMPATIBLES CON ISQUEMIA AGUDA DE LA MUCOSA SUPERFICIAL.

INTESTINO GRUESO CON DATOS HISTOPATOLÓGICOS COMPATIBLES CON COLITIS SEUDOMEMBRANOSA Y SEROSITIS GRANULOMATOSA CON CÉLULAS GIGANTES TIPO CUERPO EXTRAÑO.

RIÑÓN CON DATOS DE ISQUEMIA AGUDA DEL EPITELIO TUBULAR, CONGESTIÓN VASCULAR AGUDA Y MICROHEMORRAGIAS INTRAPARENQUIMATOSAS.

PAQUETE NEUROVASCULAR BRAQUIAL DERECHO, TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES, PIEL Y HUESO DE MUÑÓN CON HEMORRAGIA RECIENTE Y ARTERIA CON TROMBO RECANALIZADO.

[...]

42. Copia certificada de la ampliación del dictamen de necropsia de fecha 9 de marzo de 2012, suscrita por el doctor Rubén Cruz Jerónimo y la doctora Ana María Leyva Sánchez, perita y perito médicos forenses adscritos al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, el cual contiene la siguiente información:

[...]

Los suscritos Peritos Médicos Forenses, basados en los resultados de los estudios QUÍMICO-TOXICOLÓGICO (), CROMATOGRAFÍA DE GASES (), HISTOPATOLÓGICO (), CARBOXIHEMOGLOBINA (), BÚSQUEDA DE ESPERMATOZOIDES (), DETERMINACIÓN DE FOSFATA ÁCIDA (), Y ENTOMOLÓGICO ().

Practicados en las muestras de:

**VÍSCERAS, PIEL y HUESO.**

Retiradas del cadáver de:

**RECIÉN NACIDO** [...] [apellidos del niño agraviado G].

Relacionado con la AV. PREV. NÚM:

**FVC/VC-3/T2/00186/12-01R2.**

Ampliamos nuestro dictamen de necropsia de fecha:

**23 DE FEBRERO DEL 2012.**





**EN EL SENTIDO QUE SE CORROBORA LA CAUSA DE LA MUERTE, COMO LO ESTABLECE EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO (NEUMONÍA PULMONAR). -----**

[...]

43. Copia certificada del estudio necrótico, sin fecha, suscrito por los doctores Alejandro Pineda Villarruel y Augusto P. García Gutiérrez, peritos médicos forenses por disposición del C. Agente del Ministerio Público de la FVC/VC-3/T2 Agencia Investigadora, el cual contiene la siguiente información:

[...]

**EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE:** Pieza anatómica correspondiente a antebrazo y mano derecha de recién nacido de dos meses con coloración negra en mano y equimótica de tercio inferior de antebrazo derecho presenta: trece centímetros longitud de once centímetros de diámetro con cortes nítidos a nivel de la articulación cubito radial humeral. -----

**CONCLUSIÓN: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA COMO TRATAMIENTO A COMPLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SEGÚN CONSTA EN EXPEDIENTE CLÍNICO. -----**

[...]

44. Opinión médica de fecha 16 de agosto de 2013, suscrita por personal médico adscrito a la Tercera Visitaduría de esta Comisión, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

**III. METODOLOGÍA Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Para esclarecer dicho planteamiento, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas de los expedientes médicos del Hospital Pediátrico Villa, Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Hospital General de México, de la Secretaría de Salud Federal de México, en donde se valoró la información de la atención y tratamiento médico recibido por el [...] hijo de Ana Cristina Ambríz Velázquez; quien en adelante, se identificara como [...]. Así como también se revisó integralmente el expediente de queja y se extrajo información importante para el análisis del caso.

[...]

**IV. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.**

Se trata de paciente, recién nacido masculino de 7 días de vida, que acude a valoración al Hospital Pediátrico Villa, en donde es referido al Hospital Pediátrico Moctezuma, ya que no contaban con el servicio de Cirugía Pediátrica. Es aceptado en el Hospital Pediátrico de Moctezuma donde se le realizan cirugías a nivel abdominal hasta que, al colocarle un catéter venoso central por vía axilar, ocurre un incidente y es seccionada la arteria axilar (según el expediente clínico del HPM). Debido a dicho incidente, se envía a valoración por Doppler al Hospital Pediátrico de Coyoacán y posteriormente enviado para la reconstrucción de la sección axilar al Hospital General de México, en donde finalmente fallece. De lo anterior se desprende el siguiente análisis:

A) En primer lugar se debe hablar de que la atención brindada al paciente por el Hospital Pediátrico Villa, fue adecuada, ya que cuando no se contó con el servicio de Cirugía Pediátrica se refirió al paciente. Esto, con el fin de contar con un diagnóstico y tratamiento oportuno, tal como lo señala el numeral 4.8, de la NOM 168 SSA1 1998, del Expediente clínico.

Se desconoce el motivo por el cual el Hospital Pediátrico Villa, no contaba con el servicio de Cirugía Pediátrica. Aparentemente porque sus quirófanos se encontraban en remodelación.

B) Cuando se traslada el paciente al Hospital Pediátrico Moctezuma, es intervenido quirúrgicamente; se le realiza una laparotomía exploradora, ya que sospechan que padece atresia intestinal tanto por radiografía como por clínica, por lo que le realizan la laparotomía. Dicha cirugía está indicada y se realiza con el fin de explorar el intestino. La sonda nasogástrica también se encuentra indicada como parte del tratamiento de una atresia intestinal. Dicho diagnóstico fue también documentado en el Hospital Pediátrico Villa (en adelante HPV)

El paciente también presentaba sepsis, incluso desde su ingreso al Hospital Pediátrico Villa, la sepsis es una respuesta del organismo a una infección generalizada. Aparentemente, el origen de la sepsis al momento de su ingreso al HPV fue a nivel intestinal. Por tal motivo en el Hospital Pediátrico Moctezuma (en adelante HPM) le dio tratamiento antibiótico con triple esquema.

[...]

C) Ahora bien, se observa que en un par de notas [...] se menciona que en el HPM no se cuenta con los insumos necesarios para la toma de radiografías y para la correcta colocación de un catéter. En el primer caso se retrasó un elemento de diagnóstico para la correcta valoración del paciente y en el segundo caso, la falta de un catéter de características específicas influyó en que se le provocara un desgarro en la vena safena derecha del paciente, esto es, ocasionó un daño que inutilizó una vía de acceso vascular.

Esto fue por indicación del Asistente de la Dirección que se encontraba en el turno. En ese sentido es importante mencionar que, las sondas de alimentación NO se deben de utilizar como sustitutos de catéteres endovenosos. Ya que si se utilizan dichas sondas de alimentación, estas son un factor de riesgo para producir bacteriemias (sepsis).

El paciente presenta una evolución tórpida durante los días posteriores, con gasto biliar por sonda orogástrica, por lo que se realiza otra intervención quirúrgica, esto es una ileostomía. La ileostomía se encuentra indicada en enfermedades como íleo meconial, atresia intestinal complicada. Días posteriores, continua evolución tórpida [...] a nivel intestinal y en las condiciones generales del paciente.

D) Posteriormente durante su internamiento, requiere colocación de catéter intravascular, motivo por lo cual se decide colocarle un catéter para nutrición parenteral por vía axilar derecha [...], y es cuando se coloca dicho catéter el día 23 de enero de 2012. Desde que se coloca el catéter se menciona que se puncionó la arteria axilar derecha [...]. En ese sentido es importante mencionar que aparentemente en la hoja del Formato para la Colocación y Retiro de Catéter Intravascular, quien coloca el catéter aparentemente es un médico residente [...] aunque al final de dicha nota se asienta que



los que colocaron el catéter fue el Dr. Maraboto, Médico de base de Cirugía Pediátrica y el Dr. Ibarra, médico residente.

Lo anterior es de importancia ya que, de acuerdo a la NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, el médico residente es un médico en formación y requiere la asesoría, dirección y supervisión del médico adscrito al servicio. Aparentemente, esto no se llevó a cabo, de acuerdo a la hoja del Formato para la Colocación y Retiro de Catéter Intravascular [...].

Independientemente de si participó o no el médico adscrito en la colocación y/o supervisión del procedimiento de colocación del catéter, se observa lo siguiente:

- El Formato para la Colocación y Retiro de Catéter Intravascular, es un formato técnico donde se asientan algunos datos específicos sobre la colocación del catéter, sin embargo no cumple con lo estipulado en los numerales 8.7.1, 8.7.5, 8.7.7, 8.8.8, 8.7.9, 8.7.13 y 8.7.14, de la Norma Oficial Mexicana la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, ya que al considerar la venodisección como un procedimiento quirúrgico menor, debería de cumplir con los puntos señalados por la normatividad antes mencionada sobre las notas pre y post quirúrgicas.
- En el presente caso, en dicho formato anteriormente mencionado no se describe lo siguiente: Qué arteria fue puncionada, cuantificación del sangrado y como se controló dicho sangrado. Ahora bien, existe una nota, la cual difiere dos horas del término del procedimiento. Ya que dicha nota fue transcrita a las 13:00 horas [...] y el procedimiento de la venodisección terminó a las 11:00 horas [...].
- Lo descrito anteriormente cobra importancia cuando se lee la nota del día 23 de enero de 2012 a las 13:00 horas, la cual dice: "complicaciones: Cateterismo de la arteria axilar. Se reparó y se dejó ligada, se dejó vendaje de Jhons". La importancia es, que no existe indicación de vigilancia de la extremidad afectada, esto es el plan de manejo y tratamiento post operatorio inmediato.
- Posterior a esta nota hay un agregado, el cual dice: "La arteria canalizada se trata de una rama menor de la arteria axilar continua. Se verificó permeabilidad de otras dos ramas. Se coloca el catéter en vena, se coloca la extremidad en posición neutra con calor local se venda con algodón y huata. Se verifica que hay llenado capilar en los pulpejos. Se informa a la guardia para valoración continua y en caso necesario solicitar Doppler y valoración por cirugía vascular" (ver nota III.2.22). En dicha nota ya existe un plan de manejo, sin embargo, no explica cómo se verificó la permeabilidad de las ramas de la arteria axilar. No se explica cuáles son los datos clínicos que sustenten el utilizar calor local en dicha extremidad así como hay una deficiente exploración física del miembro afectado, como lo señala la literatura médica.
- En las Indicaciones Médicas, a las 14: 53 horas del día 23 de enero de 2012 [...] se solicita una transfusión sanguínea, sin embargo no existe una nota médica que refiera el sustento médico de dicha indicación. En la nota realizada a las 15:00 horas del día 23 de enero de 2012 [...], esto es 4 horas después de finalizado el procedimiento de venodisección axilar derecha, se reportan cambios distales a la lesión vascular de la extremidad torácica derecha y es ahí cuando se solicita el estudio Doppler de forma urgente. Se desconoce la hora en la que se realizó dicho estudio, solo se encuentra asentado en el expediente que se egresa del HPM para realizar el Doppler a las 17:00

horas del día 23 de enero de 2012 [...] y esto fue secundario a que no había familiar para informar lo acontecido.

E) Es importante mencionar que este tipo de eventos se conocen como eventos adversos asociados a procedimientos y los cuales están englobados en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente por parte de la Organización Mundial de la Salud.

Dicho evento adverso finaliza ocasionando un daño, esto es en la pérdida de la extremidad superior derecha. Después de analizar el expediente se encuentra que los factores que contribuyeron en el incidente fueron los siguientes:

- De acuerdo a las notas [...] se menciona que al paciente se le realizó la venodisección y como complicación presentó cateterización de la arteria axilar. Según las notas asentadas en el expediente clínico la arteria se repara y se liga. Es importante mencionar que, la literatura médica considera lo anterior y de forma general, como traumatismo vascular. Los traumatismos vasculares en la edad pediátrica presentan un contexto especial, como el diámetro de los vasos, el cual es más pequeño y la gran tendencia al vaso espasmo; además es importante referir que por las condiciones clínicas de gravedad que presentó el paciente era más probable que presentara dicha complicación.
- A pesar de no conocer con exactitud que vaso fue seccionado, no se realiza el seguimiento de la extremidad afectada, ya que en las notas posteriores no se valoran los pulsos distales y proximales a la lesión, palidez y temperatura de la extremidad afectada. Lo único que se valoró fue el llenado capilar [...].
- Sin embargo, en las notas de Enfermería [...] del día 23 de enero de 2012, se menciona que la extremidad torácica derecha presentó cambios en la coloración y en la temperatura. Esto es, desde las 11 de la mañana, momento en el que se dio por concluido el procedimiento de venodisección, el paciente ya presentaba datos sugestivos de un trastorno vascular, sin embargo no se documenta en el expediente que los médicos tratantes lo hicieran constar, siendo que enfermería sí lo menciona.
- No se describe como se realizó la confirmación de permeabilidad de las dos ramas de la arteria axilar [...] y no se realizó la valoración de la extremidad [...].
- Ahora bien, al no saber que vaso se había seccionado se debió realizar un ultrasonido Doppler para así, junto con la clínica tener la certeza de que es lo que ocurrió exactamente. Al no realizar un estudio Doppler no se le brindó al paciente, el procedimiento médico necesario para brindar un diagnóstico de certeza y con ello se dejó evolucionar la patología vascular. Ahora bien a las 3 de la tarde [...] es cuando los médicos se dan cuenta que el paciente presenta cambios de coloración, temperatura, ausencia de pulsos y llenado capilar alargado y finalmente se decide solicitar el ultrasonido Doppler, cuatro horas después de haber terminado la venodisección.
- De acuerdo a la nota [...] se menciona que el turno donde se realizó la venodisección axilar del miembro torácico derecho, dejara instrucciones de vigilancia de dicho miembro. Sin embargo al pase de visita del turno vespertino, es cuando el médico de base de ese turno se da cuenta de las condiciones de la extremidad. Dicho médico tiene que cuestionar al cuerpo de residentes [...]. Lo que indica una falta de comunicación

entre ambos turnos respecto a las condiciones de salud del paciente y la indicación de vigilancia de la extremidad superior derecha.

- Es importante señalar que, cuando finalmente se realiza la cirugía de reparación arterial se encuentra que lo que se seccionó fue la vena axilar y se canalizó en la arteria axilar [...] la cual se encontraba desgarrada en un 80%, lo cual implica un riesgo por el déficit en la circulación secundaria a un daño de tal magnitud. Ya que dependerá del nivel de la oclusión, se puede contar con diversos circuitos colaterales de irrigación sanguínea. Sin embargo, en el expediente clínico del HPM no se mencionan cómo se realizó la verificación de la circulación colateral y que tan viable era esta circulación colateral. Es importante señalar que, posteriormente el Doppler confirmaría circulación colateral de muy bajo flujo [...]. Dicha nota confirma la importancia de haber confirmado la permeabilidad y los flujos sanguíneos por medio de un estudio al momento de ocasionarse el daño.
- Existe una discrepancia en el momento en que se realiza la intervención de la venodisección así como también quien la realiza [...].
- Aparentemente a las 17:00 horas se realizó la referencia al Hospital Pediátrico Coyoacán, para que se realice el estudio Doppler, sin embargo no se tiene constancia en el HPM de la hora en la que fue recibido el paciente en el Hospital General de México (en adelante HGM). En las notas de ingreso del HGM, no se cuenta con la hora en la que se ingresa, pero de acuerdo a lo narrado por la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez [...] a las 20:45 horas, esto es casi 10 horas después del evento.

El ultrasonido Doppler se le realiza en el Hospital Pediátrico Coyoacán (En adelante HPC). No se encuentra constancia de la hora en la que fue realizado, sin embargo es importante tomar en cuenta que ante la sospecha de una lesión arterial, es de suma importancia un actuar rápido para así, poder obtener un pronóstico favorable, ya que entre más rápido se realice la reparación del daño vascular, mayores probabilidades existen de que la reperfusión sea exitosa [...].

F) Desde el momento que se produjo la lesión de un vaso sanguíneo, esto es a las 11 de la mañana, hasta el momento que se envía al estudio Doppler, que fue a las 17:00 horas, transcurrieron 6 horas. Durante, mínimo ese tiempo, se dejó evolucionar el cuadro clínico. Y si a esto le sumamos el tiempo en el que la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez afirma que llegaron al HGM, obtenemos un tiempo de 9 horas con 45 minutos de retraso desde el momento en que se produce la lesión vascular, hasta el momento en que finalmente es diagnosticado y referenciado para valoración por Cirugía Vascular al HGM, esto en una patología en la que el tiempo transcurrido es inversamente proporcional a las posibilidades de éxito de la revascularización de la extremidad afectada.


En este punto del análisis, es menester señalar lo siguiente: la venodisección no es un procedimiento a ciegas, se utiliza ciertamente para visualizar vasos sanguíneos y canalizarlos. Que en este sentido no fue un incidente que se pueda asociar a la patología de base del paciente, sino más bien fue un incidente asociado al procedimiento en sí, esto es a la venodisección. Posteriormente y a pesar de que el o los médicos que realizan la venodisección, se dan cuenta de que existe lesión a vasos sanguíneos (y no se tiene la certeza de que vasos sanguíneos fueron los afectados: arteria o vena) que puede comprometer la circulación de la extremidad superior derecha,

no se explora de forma integral la extremidad afectada, no se solicita estudio de gabinete (Doppler) que confirmara la circulación colateral para la extremidad torácica derecha y que esta circulación fuera suficiente.

En cuanto es evidente que existe alteración en la circulación de la extremidad superior derecha se debió enviar a valoración a un Cirujano Vascular, ya que la particularidad de las arterias y venas en pacientes pediátricos son un reto para la valoración de un Cirujano inexperto. Se envió a estudio Doppler tres horas después de encontrar datos clínicos de falta de irrigación sanguínea en la extremidad superior derecha. Esto fue secundario a que no había familiar para el traslado. En ese sentido es importante mencionar que la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez, refiere que ella se encontraba presente cuando se realizó el procedimiento y que observó el cambio coloración y temperatura de la extremidad torácica derecha de su paciente [...], sin embargo, no fue avisada. Según su declaración, ese día se retiró a las 16:30 horas y la confirmación para realizar el estudio fue a las 15:30 horas [...].

Lo anterior permitió que continuara la evolución de la isquemia en el brazo derecho del paciente. Por lo tanto, no existió oportunidad en el diagnóstico y tratamiento del evento adverso asociado a procedimiento. No se documenta en el expediente clínico del HPM que se hayan realizado acciones para diagnosticar o minimizar el daño ocasionado en el procedimiento de venodisección axilar derecha. Dicho daño ocasionó pérdida de una parte del miembro torácico derecho.

En este punto es importante señalar que si bien es cierto que todo procedimiento quirúrgico entraña ciertas complicaciones, también es cierto que, una vez detectadas dichas complicaciones, el médico debe brindar los medios a su alcance para subsanar dichas complicaciones [...].



G) De acuerdo a los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área conurbada del Estado de México se menciona que, los padecimientos agudos que puedan controlarse rápidamente y se espera solución total del problema específico, el paciente se atenderá en el nivel que se menciona en dichos Lineamientos, en el caso de los trastornos vasculares se menciona que la atención deberá ser proporcionada en un Hospital de Tercer Nivel.

En ese sentido se menciona que se sospecha compromiso vascular, por los datos clínicos encontrados. El HPM no sería resolutivo en caso de presentar compromiso vascular (como finalmente presentó), por lo que de acuerdo a los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos, el nivel encargado de otorgar el manejo médico a los trastornos vasculares es un Hospital de Tercer Nivel.

Por lo anterior el hecho de enviar primero a un estudio Doppler al Hospital Pediátrico de Coyoacán, el cual tampoco era resolutivo, ocasionó un retraso en la atención para el pronóstico de la misma, porque entre más oportuna sea la reparación del daño vascular, más probabilidades hay de tener éxito en la revascularización médica. [...].

H) El siguiente punto a analizar es el Consentimiento Debidamente Informado, la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, menciona en su artículo 80: En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines

de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

En el presente caso, al ser la venodisección un procedimiento quirúrgico entraña en sí, un riesgo quirúrgico. Por lo tanto se debe de contar con el Consentimiento Informado del paciente o de algún familiar del paciente (para este caso en particular). De la revisión exhaustiva del expediente clínico del HPM, no se documenta que se le haya solicitado el Consentimiento Informado para dicho procedimiento en particular. Solo se encuentra el Consentimiento Informado del ingreso hospitalario. A esto le sumamos la declaración de la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez [...], en donde menciona que ella desconocía por qué le estaban cambiando el catéter de la pierna a su hijo.

La falta de información para la señora Ana Cristina Ambríz Velázquez respecto a las secuelas que podía presentar secundarias a la aplicación de los catéteres [...] y procedimientos quirúrgicos [...] es una violación a la ética médica y al derecho a la información de la madre del paciente. Además de que se incumplió con lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

[...]

I) Después de haber analizado lo anterior, la interrogante que surge es, ¿Qué tanta repercusión tuvo el evento adverso con la muerte del paciente? Para esclarecer la anterior interrogante es importante mencionar las conclusiones del Protocolo de Necropsia del Servicio Médico Forense del Distrito Federal: conclusión: éste Recién Nacido [...] falleció de cuadro séptico, y la ampliación del dictamen de necropsia: Ampliamos nuestro dictamen de necropsia de fecha: 23 de febrero del 2012. En el sentido que se corrobora la causa de la muerte, como lo establece el estudio histopatológico: neumonía pulmonar.

En dichas notas se observa que la sepsis tuvo un papel preponderante en la causa de la muerte, ya que de acuerdo al protocolo de necropsia fallece por sepsis. En el caso clínico que nos ocupa, cabe mencionar que, el hecho de presentar isquemia en el miembro torácico derecho, fue un factor que si bien es cierto no provocó la sepsis, si fue un foco infeccioso presente [...] y que contribuyó con la evolución tórpida del paciente. De acuerdo también a la valoración de Infectología Pediátrica.

Incluso se presentó dehiscencia del muñón, secundario al proceso infeccioso a nivel local. Ciertamente no se puede establecer nexo causal entre la amputación y la causa de la muerte establecida por el SEMEFO, ya que la sepsis la presentó desde su ingreso al HPV; pero lo que sí se puede mencionar es que el evento adverso, esto es, la lesión venosa con la consecuente isquemia y necrosis de la extremidad torácica derecha, influyó en la evolución tórpida del paciente y esto contribuyó a la muerte del mismo.

J) Además de ser un factor coadyuvante en el proceso séptico y perpetuar la respuesta inflamatoria sistémica del paciente, el evento adverso ocasionó un sufrimiento y estrés innecesario en el paciente. [...].

Tomando en cuenta que en las indicaciones médicas del expediente clínico del HPM del día 23 de enero de 2012 [...] el paciente se encontró sin efecto analgésico dos horas antes de su traslado, durante el mismo, al momento de realizar el estudio Doppler y durante su traslado al Hospital General de México.

K) Ahora bien, el día 25 de enero de 2012 se acude a valorar al paciente, el [...] y el suscrito al Hospital General de México, en dicha entrevista, se platicó con la Dra. Verónica Firo [...] Jefa de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General de México, quien mencionó que el paciente fue enviado con escasa información médica, sobre los padecimientos presentados por el paciente y que fueron atendidos en el HPM, así como las intervenciones quirúrgicas, los hallazgos en las mismas y el tratamiento seguido hasta ese momento.

Información médica que la Dra. Firo consideró era de importancia para el correcto manejo y seguimiento del paciente, por lo que se enviaron medidas precautorias por parte de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal al HPM para que éste, le hiciera llegar al Hospital General de México un resumen clínico de la atención brindada en el HPM y con esto informar al HGM de los diagnósticos y tratamientos otorgados y con ello dar una atención integral y oportuna al paciente.

De lo anterior se desprende que el HPM, al no dar la información completa de la atención brindada durante el tiempo que el paciente estuvo internado en dicho Hospital, así como al no dejar el reporte del Doppler [...], contribuyó a no brindar una atención integral y oportuna al paciente, y no se guió por los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia explicados en la NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en su numeral 4.8 y en los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área conurbada del Estado de México, los cuales mencionan que se debe enviar un formato de Referencia y Contrarreferencia [...].

Por todo lo anterior se llegan a las siguientes:

## V. CONCLUSIONES

De acuerdo al planteamiento del problema, al análisis de lo referido en la bibliografía y en el expediente clínico se llega a la siguiente conclusión:

1. Se documenta que el Hospital Pediátrico Villa brindó, en términos generales una atención médica adecuada.
2. De acuerdo a lo analizado en el apartado de análisis, se documentan las siguientes omisiones por parte del Hospital Pediátrico Moctezuma:

A) No se contó con los insumos (radiografías y catéter venoso de poliuretano) de forma oportuna, la falta de radiografías no ocasionó un daño aparente, pero sí un retraso en un elemento diagnóstico en un paciente grave. La falta del catéter de poliuretano ocasionó como daño el desgarro de la vena safena, con su consiguiente inutilización como vía de acceso venoso para una venodisección.

B) Respecto a la colocación del catéter intravascular axilar derecho, se concluye lo siguiente:



❖ Mal manejo del expediente clínico, incumpliendo los numerales 8.7.1, 8.7.5, 8.7.7, 8.8.8, 8.7.9, 8.7.13 y 8.7.14, de la Norma Oficial Mexicana la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, respecto a lo que debe de describir una nota pre y post quirúrgica. En este caso, sobre el procedimiento quirúrgico denominado venodisección.

❖ Al no cumplir los numerales arriba mencionados, se omite conocer de forma técnico-médica las características clínicas y la evolución del paciente en ese momento, así como su correlación con las indicaciones médicas realizadas en ese momento.

❖ Del procedimiento de venodisección axilar derecha se presenta un evento adverso el cual ocasiona como daño una lesión vascular [...] Dicha lesión vascular no es valorada de forma oportuna ni adecuada. Esa falta de valoración ocasiona que el daño isquémico evolucione sin que se brinden los medios para su diagnóstico y/o tratamiento oportuno. No se sigue lo estipulado en los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área conurbada del Estado de México ni en lo mencionado en la literatura médica consultada.

❖ La falta de oportunidad en la valoración vascular ocasionó un retraso en la atención médica específica para el padecimiento en cuestión (esto es el daño vascular). Dicho retraso ocasionó que el tiempo de isquemia de la extremidad torácica derecha fuera mayor y con esto disminuir las probabilidades de que la reperusión de dicha extremidad fuera exitosa. Cabe mencionar que enfermería refiere en sus notas que fue desde que se concluye el procedimiento de venodisección axilar derecha que se presentan los datos de isquemia en dicha extremidad. La omisión fue médica.

❖ El incremento en el tiempo de isquemia de la extremidad superior derecha, ocasionó que la reparación no fuera exitosa y con ello un daño, esto es: la amputación de la extremidad.

❖ Las condiciones clínicas de la extremidad torácica derecha, posterior al evento adverso y antes de la amputación, condicionaron un foco séptico, así como alteraciones metabólicas que contribuyeron a la mala evolución general del paciente.

❖ Durante el diagnóstico, referencia y tratamiento de la lesión vascular por parte del Hospital Pediátrico Moctezuma, se dejó sin analgesia al paciente, por lo que se le provocó estrés y dolor de manera innecesaria al [niño] agraviado.

C) No existe constancia en el expediente clínico del Hospital Pediátrico Moctezuma de que se hayan solicitado los Consentimientos debidamente informados para la realización de los procedimientos quirúrgicos realizados en el Hospital Pediátrico Moctezuma. La solicitud del Consentimiento debidamente informado ante un procedimiento que genere un riesgo en el paciente está estipulada en el artículo 80 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en la literatura médica consultada.

D) El hecho de no contar con el Consentimiento debidamente informado, vulneró la ética médica al no brindar un derecho del paciente y sus familiares: el derecho a la información.

E) El Hospital Pediátrico Moctezuma, envió al paciente al Hospital General de México sin la debida información en la Referencia Médica, por lo tanto no se apegó a lo señalado en NOM168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en su numeral 4.8, respecto al envío-recepción de un paciente para brindar una atención oportuna, integral y de calidad; y en los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área conurbada del Estado de México y con ello impidió, la valoración integral del paciente por parte del Hospital General de México.

3. Si bien es cierto que no se puede establecer un nexo causal entre la isquemia y posterior amputación del miembro torácico derecho con la causa de la muerte establecida por el SEMEFO; si se puede decir que el retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno contribuyó en la mala evolución del paciente y probablemente en su muerte, perpetuando el foco séptico y la respuesta inflamatoria sistémica.


4. Por lo anteriormente mencionado, se concluye que existió mala práctica médica por parte del Hospital Pediátrico Moctezuma ya que no se brindaron los medios de diagnóstico y tratamiento oportuno, ni el cuidado disponible para el diagnóstico y la referencia oportuna del paciente.

El resto de la atención médica brindada por el Hospital Pediátrico Moctezuma se apega a lo establecido en la literatura médica consultada.

45. Valoración de impactos psicosociales de fecha , suscita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### VI. CONCLUSIONES



1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] y su hijo [...] [nombre del niño agraviado G], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja** y están expuestos por la propia peticionaria en el apartado IV inciso b) de esta valoración, relacionados a la inadecuada atención médica proporcionada por los Hospitales Pediátricos de la Villa y Moctezuma pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal que dieron como resultado primeramente la mutilación del brazo de su hijo y posteriormente con el fallecimiento de su hijo [...] [nombre del niño agraviado G].

2.- La sintomatología descrita por [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] está directamente relacionada con los hechos descritos anteriormente, correspondiente con un **proceso de duelo no elaborado**, toda vez que actualmente existen sentimientos de impotencia, síntomas asociados a depresión y ansiedad presentando tristeza, falta de interés en realizar las actividades cotidianas, aumento en el consumo de cigarros y de alcohol.

El proceso de duelo no ha sido elaborado adecuadamente por [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] ya que las circunstancias en las que tiene lugar el fallecimiento de su hijo, la edad temprana de su hijo, generan imposibilidad de atribuirle un sentido, generándole sentimientos de impotencia, situación que agrega un componente diferente al proceso normal de duelo; afectando su confianza en los servicios de salud; aunado a



lo anterior, se le dio un trato inadecuado, diferenciado, excluyente por parte del personal médico por ser una mujer joven.

Actualmente, presenta embotamiento emocional y desapego con los miembros de su familia (esposo e hija); desesperanza, irritabilidad e intolerancia. El acontecimiento sobre la muerte de su bebé, hasta la actualidad lo reexperimenta por medio de imágenes, sueños; generándole malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan al evento traumático; evita sentimientos, conversaciones, lugares que le recuerden algo sobre la muerte de su bebé; síntomas asociados a ansiedad, problemas en sus patrones de sueño (pesadillas) y alteración en sus hábitos alimenticios (falta de apetito); mala concentración y en ocasiones experimenta sentimientos de culpa por haberlo llevado a atender al hospital de la Villa.

Se pudo observar que [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] cuenta con recursos emocionales propios; uno de ellos es el afrontamiento<sup>3</sup>, lo cual le ha permitido enfrentar los hechos traumáticos que vivió. A partir de estos hechos, [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] denunció ante la PGJDF la actuación de los servidores públicos, también solicitó la intervención de este Organismo. Actualmente ha tratado de incorporarse a la nueva dinámica familiar, con el nacimiento de su tercer bebé, así como dedicarse a la crianza de sus dos hijos y fortalecer su relación de pareja.

3.- Hasta el momento, los hechos sobre la muerte de su bebé han quedado impunes respecto al actuar inadecuado por parte del personal médico; a pesar que [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] denunció los hechos, enfrentándose durante el proceso legal ante situaciones revictimizantes. En virtud de lo anterior, su sistema de creencias y su integridad psicológica pues le impide dar sentido a la pérdida.

4.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, económico y proyecto de vida.

La esfera familiar de [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] se ha visto afectada ya que después del fallecimiento de su hijo, ella se percibe con dificultad para demostrarle a su hija afecto generando un distanciamiento entre ambas. En cuanto su relación de pareja señala que se ha deteriorado debido a que por el estado de ánimo en que se encuentra se muestra irritable.

Respecto a los impactos en lo laboral y económico, se generaron adeudos con familiares, mismos que hasta la fecha no han podido cubrir en su totalidad, lo cual les genera malestar al verse imposibilitados para cubrirlos.

Entre los planes de [...] [nombre de la madre del niño agraviado G], en un futuro próximo ha considerado retomar sus estudios; con la finalidad de proyectar una superación académica y personal, desarrollando así rasgos resilientes que coadyuvan para

<sup>3</sup> El Afrontamiento, cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos o desafiantes, entonces se habla de un afrontamiento. Sus principales funciones son resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales. El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos y emocionales, como conductas de resolución de problemas. Puede hablarse de un afrontamiento pasivo, es decir, de adaptarse a situaciones negativas, y uno activo, de tratar de cambiar la causa del estrés. (Carlos Martín Beristain, 2011).

confrontar la pérdida de su hijo. [...] [Nombre de la madre del niño agraviado G], considera que le puede dar tranquilidad que se haga justicia por la muerte de su hijo. Cabe mencionar que el proceso emocional sobre la pérdida, se ve interrumpido por la vivencia de impunidad ante los actos irregulares no sólo de los servidores públicos sino también los asignados para la impartición de justicia.

5.- De acuerdo a [...] [nombre de la madre del niño agraviado G], las acciones que consideraría reparadoras en relaciones con las violaciones de las que fue objeto son las siguientes:

1. Sanciones para el personal del Hospital Pediátrico Moctezuma y Villa responsables.
2. Atención psicológica para ella y su familia.
3. Se compense monetariamente por los gastos generados.
4. Se reconozca la verdad sobre los hechos en los que perdió la vida su hijo.
5. Desean la aceptación de la negligencia médica y una disculpa pública.

## VI. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

Por tanto, sería fundamental que [...] [nombre de la madre del niño agraviado G], **y los miembros de su familia (esposo e hijos)** cuenten con apoyo terapéutico con la finalidad de enfrentar y comprender la situación que vulneró sus diferentes esferas. Fortaleciendo sus capacidades personales para apoyar en su proceso de duelo no elaborado.

Es importante destacar, que el fortalecimiento de sus capacidades personales, y la disminución de los impactos psicosociales descritos, estarán directamente relacionados con el cumplimiento de las medidas de reparación que espera, pues el cumplimiento está directamente ligado con procesos de acceso a la justicia y no impunidad.

- **Desfavorable**, mientras la investigación sobre los hechos en que fueron violentados sus derechos humanos fundamentales permanezca impune; y no se ejecuten las medidas de reconocimiento de la verdad y justicia. Esto hará latente del daño del que fue objeto. Además, el que no cuente con un apoyo terapéutico, que le permita elaborar la experiencia traumática, la cual hasta la fecha ha originado sentimientos de culpa como respuesta ante la pérdida de su hijo, por haberlo llevado a dicho Hospital. Además de presentar episodios de ansiedad e irritabilidad y aumento en el consumo de tabaco y alcohol.

- **Favorable**, en virtud de lo anterior, se puede decir que durante estos tres años, [...] [nombre de la madre del niño agraviado G] ha desarrollado rasgos resilientes para enfrentar la pérdida de su bebé; que si bien ha pasado por episodios de dolor emocional y sus impactos, esto mirándolo como un ajuste y una respuesta normal ante un evento

inesperado que fue la muerte de su bebé; asimismo se ha ido adaptando e incorporando a las nuevas dinámicas familiares (afrontando la ausencia de su bebé) y situaciones, como fue su tercer embarazo y actualmente la crianza de sus dos hijos; además de enfrentar las diferentes crisis dentro de su núcleo familiar a partir del evento traumático y doloroso.

[...]

#### V. Caso H. Expediente CDHDF/III/122/Iztac/11/D6717

46. Oficio número D/810/2011, de fecha 17 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Hugo Caballero Novara, Director del Hospital Pediátrico Iztacalco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] Con fecha 5 de noviembre de 2011 a las 20:50 hrs. se atendió a la [...] [nombre de la niña agraviada H], en el servicio de consulta de Urgencias con el diagnóstico de dolor abdominal, probable apendicitis. Por lo que se le brindó atención médica.

Dicho nosocomio solamente cuenta con Cirugía Pediátrica de lunes a viernes en el turno matutino, por tal motivo se empezó a buscar un Hospital que contara con dicho servicio para proceder con su atención definitiva, activando con esto el sistema de referencia y Contrarreferencia e incluso se solicitó apoyo al Instituto Nacional de Pediatría.

[...] De lo anterior se le brindó información a la mamá de la [niña].

[...] El día 6 de noviembre a las 8:15 hrs. se logró su referencia al Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.

[...]

47. Acta circunstanciada de fecha 7 de noviembre de 2011, suscrita por una Visitadora Adjunta de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...]

1. [...] se comunicó al número telefónico de la peticionaria, quien [...] manifestó que llevaron a su hija [...] [nombre de la niña agraviada H] a un médico particular, donde le fue tomado un ultrasonido y se le indicó que su hija debía de ser intervenida del apéndice, pues de no ser operada podría reventarle la apéndice –peritonitis–.

2. Por lo anterior y debido a que no tenían dinero para pagar esa cirugía, llevaron a su hija al Hospital Pediátrico Iztacalco el 5 de noviembre de 2011 aproximadamente a las 20:00 horas, donde a su menor hija [...] [nombre de la niña agraviada H] se le tomó una radiografía en el área de Urgencias, pero el personal de esa área le dijo “para saber si es el apéndice es necesario la toma de sangre y no de una radiografía”.

3. Aclaró que un médico de esa área –desconoce su nombre y cargo– realizó diversas llamadas para que su hija pudiera ser canalizada a otro hospital, pero no tuvo éxito.

4. A su hija se le reventó la apéndice es decir le dio peritonitis, pero el personal médico de ese nosocomio no le informó a qué hora ocurrió esa tragedia.



5. Aclaró que gracias a que el personal de esta Comisión acudió a ese hospital por la mañana, su hija fue enviada —a las 11:00 horas— en ambulancia al Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, en donde fue intervenida quirúrgicamente y se le colocó una sonda (canaleta) por donde drenaba los líquidos infecciosos (pus) de los órganos que se afectaron con esa peritonitis, pero los médicos del lugar le informan que su hija estaba fuera de peligro.

[...].

48. Oficio sin número referente al Expediente Clínico, recibido en Oficialía de partes de este Organismo el 23 de febrero de 2012, suscrito por el doctor Hugo Caballero Novara, Director del Hospital Pediátrico Iztacalco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

1. [...] El día 5 de noviembre de 2011, en el servicio de Urgencias "Consultorio Filtro se encontró y atendió a la paciente en comento; el Dr. Sergio Sánchez Hernández, (Médico General Adscrito), el día 6 de noviembre a las 2:00 am continua la atención el Dr. Adalberto Ochoa Sánchez (Asistente de la Dirección).

2. Los médicos que intervinieron en el proceso de atención médica fueron:

- a) Dr. Sánchez Hernández Sergio, Médico General Adscrito al consultorio de Filtro.
- b) Dr. Ochoa Sánchez Adalberto, Médico Pediatra Asistente de la Dirección de la Guardia Nocturna "A".
- c) Dra. Mata López Lilia, Médico Pediatra Asistente de la Dirección, guardias sábado y domingo y días festivos.
- d) Dra. Mendieta Silva Rocío, Médico Pediatra adscrita al servicio de Urgencias.

3. El diagnóstico y el reporte de salud a su ingreso.

4. Fueron compatibles con su síndrome doloroso abdominal y una probablemente apendicitis aguda, se le practicaron una radiografía simple de abdomen y fueron indicados los exámenes de laboratorio como una Biometría Hemática, (BH), Química Sanguínea (QS), tiempos de coagulación, (TP TPT), un examen general de orina.

5. [...] Es difícil comentar y/o afirmar si sufrió peritonitis y en qué momento [...].

6. En la nota de alta/traslado el día 06-11-11, a las 13:00 hrs. se plasmó un diagnóstico de egreso de "Abdomen agudo probablemente secundario apendicitis complicada" y se plasmó de la gravedad de la paciente en el expediente clínico.

7. [...] Existe evidencia en el expediente clínico que el Dr. Adalberto Ochoa, se aboca a buscar en los Hospitales de la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, e incluso en el Instituto Nacional de Pediatría, sin obtener el tiempo quirúrgico sino hasta las 11:30 hrs. del día 6 de noviembre de 2011 donde en el Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón aceptan a la paciente.

[...]

49. Opinión médica de fecha 16 de abril de 2012, realizada por personal médico de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

#### I. Metodología u operaciones practicadas.

[...]

- Lectura y análisis de las copias de los expedientes clínicos a nombre de la paciente [...] [nombre de la niña agraviada H] elaborados en los hospitales HPI y HPA.
- Revisión de la literatura médica relativa al asunto que nos ocupa.
- Discusión del caso.
- Emisión de las conclusiones.

#### II. Resultados obtenidos.

[...]

#### III. Discusión del caso.

La apendicitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación aguda del apéndice (órgano del sistema gastrointestinal que participa en forma activa en secretar anticuerpos, sin embargo, su extirpación no se acompaña de ninguna predisposición a infecciones o alguna alteración de tipo inmunitario [...]). El factor que causa predominante la apendicitis aguda es la obstrucción del mismo órgano. Los fecalitos son la causa común de la obstrucción apendicular.

Cuando la luz del apéndice está obstruida existe una secuencia de acontecimientos que conduce a la rotura final del apéndice. [...]

La complicación más grave de la apendicitis es la perforación con peritonitis generalizada. En estos pacientes el pronóstico es grave con aumento en el pronóstico de muerte. Por lo que el tratamiento debe enfocarse a la realización de la apendicectomía, realizando el drenaje de todo el material muerto o infectado, por lo que se debe lavar con abundantes soluciones y recibir antibióticos.

Desde la perspectiva médica en base a los documentos revisados en el caso, se dan respuesta a los planteamientos del problema.

1. Establecer que supuestos daños físicos presentó [...] [nombre de la niña agraviada H] con motivo de la atención recibida en el Hospital Pediátrico Iztacalco (en adelante HPI) o en el Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón (en adelante HPA).

La niña [...] [nombre de la niña agraviada H] presentó como daño una complicación del cuadro de apendicitis aguda, llamado apendicitis perforada. Dicha complicación, se caracteriza porque todo el material de pus que guarda el apéndice cuando se va inflamando, comienza a brotar, por donde se perforó dicho órgano. Esto a su vez puede dar lugar a una infección en el peor de los casos y una peritonitis, lo cual es la irritación de la membrana que cubre el abdomen por dentro llamado peritoneo. La complicación mencionada fue tratada y remitida. Es decir, actualmente, no existen daños con motivo de la apendicitis que sufrió [...] [nombre de la niña agraviada H].

2. Establecer si existió alguna acción u omisión del equipo médico tratante del HPI o del HPA que pudiera traducirse en mala práctica médica o institucional.

En este caso, el no contar con médicos cirujanos pediatras en el HPI los fines de semana, provocó que el cuadro de apendicitis se complicara hasta llegar a una

enfermedad apendicitis perforada que causó a su vez la peritonitis (cabe hacer mención que dicho daño fue remitido con la atención médica otorgada por el HPA). La omisión es institucional y se basa en que dicho HPI, no cuenta con personal médico quirúrgico en fines de semana para el servicio de cirugía pediátrica. Dentro de los padecimientos médicos que debería atender dicho servicio ofertado, se encuentran las urgencias quirúrgicas como en este caso es la apendicitis aguda. Cabe mencionar que los médicos del servicio de urgencias del HPI, no tienen la obligación de dar un tratamiento quirúrgico, sin embargo sí tuvieron la obligación de encontrar una sede hospitalaria que contara con el servicio de cirugía pediátrica, misma obligación que cumplieron, derivando a la paciente al HPA, donde le brindaron el tratamiento quirúrgico que ella necesitaba.

Por lo anterior, en este caso, existió una omisión de carácter institucional y no médica por parte del HPI, tras no contar con médicos cirujanos pediatras, para atender el servicio de cirugía pediátrica, dicho servicio ofertado, debería de tratar padecimientos quirúrgicos de urgencias.

3. Establecer en su caso si existe vínculo entre alguna o algunas acciones u omisiones de algún médico u otro personal de la salud, con los daños físicos que en su caso haya presentado [...] [nombre de la niña agraviada H].

En este caso el daño que tuvo la niña [...] [nombre de la niña agraviada H], apendicitis perforada, fue una complicación de la apendicitis aguda, que se pudo haber evitado si hubiese existido médico cirujano pediatra en el servicio de cirugía pediátrica del HPI. Es decir debido a que la perforación del apéndice está asociada al tiempo de evolución (si se diagnostica apendicitis aguda y se da tratamiento quirúrgico inmediato, esta no evoluciona a la perforación), por lo que se puede asociar, la falta de médicos cirujanos en el HPI, a la evolución de apendicitis aguda a apendicitis perforada. Sin embargo al no contar con médicos cirujanos, los médicos hicieron las gestiones correspondientes para derivar a la niña a un hospital donde se contara con tal servicio siendo el HPA, el nosocomio que le brindó tal tratamiento y permitió que el cuadro de peritonitis no se desarrollara incluso hasta la muerte. [...]

#### IV. Conclusiones.

1. El daño que presentó [...] [nombre de la niña agraviada H] fue un cuadro de apendicitis perforada y peritonitis. Cabe mencionar que el daño fue reparado por los médicos cirujanos del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón. Por lo que actualmente no existe daño físico alguno vinculado con la apendicitis aguda que sufrió la niña [...].

2. En ese caso existió omisión institucional por parte del Hospital Pediátrico de Iztacalco, por no contar con médicos cirujanos pediatras, para atender el Servicio de Cirugía Pediátrica todos los días. Dicho servicio ofertado debería de tratar padecimientos quirúrgicos de urgencias.

3. El daño, si estuvo vinculado a la omisión institucional de falta de médicos cirujanos en el Hospital Pediátrico de Iztacalco, sin embargo, el daño si fue reparado por el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.



## V. Caso I. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2648

50. Copia del Protocolo de la necropsia, practicada en el cuerpo de la niña agraviada I de fecha 26 de abril de 2011, elaborada por las doctoras Ana María Leyva Sánchez y Yanelly Ríos López, Peritas Médicas Forenses adscritas al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, la cual contiene la siguiente información:

[...]

Lesiones al Exterior: Equimosis violáceas en las siguientes regiones: cara posterior de hemitórax izquierdo de 11 por 8 centímetros, cara posterior tercio medio de pierna de 25 por 20 milímetros, cara anterior de muslo de 20 por 20 milímetros todas del lado izquierdo de 8 por 5 centímetros cadera derecha. Excoriaciones irregulares en las siguientes regiones: pabellón auricular de 15 por 10 milímetros, labio inferior sobre a línea media anterior de 4 por 3 milímetros, dorso de pie de 15 por 10 milímetros, 2 de 5 milímetros, en dorsos de falanges proximales de dedos índice y medio de mano, excoriaciones lineales en las siguientes regiones: cara externa tercio proximal de pierna de 15 milímetros de longitud, cara anterior tercio medio de muslo de 20 centímetros, dos en rodilla de 5 milímetros cada una, dos en cara interna del tercio medio y distal de pierna de 35 y 20 milímetros de longitud, todas del lado izquierdo, dos zonas equimótico rojizas y escoriadas; la primera de 4 por 3 centímetros en región preauricular izquierda y la segunda de 14 por 11 centímetros en la cara postero externa tercio proximal muslo izquierdo.

Abiertas las Grandes Cavidades encontramos:

[...].

- En la Abdominal: Hígado contundido y lacerado en la cara diafragmática del lóbulo derecho, bazo contundido y los riñones el izquierdo contundido y ambos pálidos en la superficie y a los cortes. Estómago contundido en su curvatura mayor, con líquido café en su interior y su mucosa erosionada. Vejiga con escasa orina. Útero y anexos de acuerdo a edad y normales. Hemoperitoneo líquido y coagulado de 2,000 centímetros cúbicos. Hematoma retroperitoneal difuso. Pelvis ósea íntegra.

Conclusión: [La niña agraviada I] falleció de las alteraciones viscerales y tisulares mencionadas, causadas en los órganos interesados por el conjunto de traumatismos ya descrito y que clasificamos de mortal [...].

51. Oficio D/080/11 de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por el doctor Luis Dávila Solís, Encargado de la Dirección y Jefe de Unidad del Hospital Pediátrico Legaria, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

El día lunes 25 de abril de 2011 aproximadamente a las 13:37 horas arribaron a esta unidad médica al servicio de urgencias sin previo aviso ambulancias de Protección Civil, Cruz Roja y ERUM, ya que trasladaban pacientes para su atención por haber resultado con contusiones por un accidente automovilístico, siendo atendidos y evaluados en el área de urgencias, de ellos la [...] [nombre de la niña agraviada I] de 9 años [...], recibió atención por la Dra. Vargas, Médica Adscrita al servicio de urgencias.

La Dra. Vargas refiere que vino acompañada por paramédicos de Cruz Roja [...] cuenta con medidas habituales de inmovilización y acceso venoso periférico.

A la paciente se le encontró despierta, con signos vitales normales, obedecía órdenes con Glasgow de 15, refería dolor abdominal, a la exploración física [...] el abdomen con dolor a la palpación en forma difusa con perístasis normal, su llenado capilar distal inmediato [...] se integra el diagnóstico de policontundida a descartar lesión abdominal cerrada.


Se refiere a servicio de radiodiagnóstico solicitando TAC de cráneo y abdomen, en el área de Tomografía es ingresada por personal paramédico [...] realizándose TAC abdominal simple a las 13:48 horas y simple de cráneo a las 13:53 horas. Con los siguientes hallazgos tomográficos: TAC simple de abdomen hígado discretamente heterogéneo, riñón izquierdo de bordes regulares, sin evidencia de colecciones abdominales no en hueco pélvico, no se encontró aire o líquido libre intraabdominal [...]. Se efectuó enlace con el Centro Regulador de Urgencias para la referencia de la paciente a otra unidad, habiéndose descartado lesión craneal y abdominopélvica.

### COMENTARIO

Se trata de paciente traída a nuestra unidad con antecedente de haber sufrido policontusión en accidente automovilístico en la vía pública, a la que se le realizaron estudios de gabinete, que en el momento no mostraron cambios significativos o lesión que pusiera en riesgo la vida de la paciente. Clínicamente durante su estancia no mostró datos de compromiso cardiopulmonar, neurológico o hemodinámico, así como tampoco abdominal aparente [...] se decide su referencia para continuar su observación en otra unidad de la red.

Por lo anteriormente descrito y de acuerdo a la historia natural de la enfermedad de los traumatismos abdominales cerrados como es el caso que nos ocupa sin haber compromiso hemodinámico en ese momento, el manejo es conservador y vigilancia estrecha ante el riesgo de sangrado y dado que de acuerdo a las condiciones en que se encontraba [la niña agraviada I] no requería de manejo quirúrgico, además de que en la unidad no se cuenta con el servicio de cirugía pediátrica en el turno vespertino se decide su traslado a otra unidad que cuente con este recurso para su seguimiento [...].

52. Acta circunstanciada de fecha 30 de mayo de 2011, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:



[...] acudimos al Hospital Pediátrico Legaria, a fin de cuestionar a su personal médico sobre los motivos por los cuales no se remitió a este Organismo el expediente clínico que debió haberse radicado con motivo de la atención médica que se le proporcionó a la niña [...] [nombre de la niña agraviada I].

[...] [Personal de esta Comisión] fuimos atendidos por el doctor Luis Dávila Solís Director de dicho nosocomio a quien se le informó sobre los hechos que motivaron el inicio de la queja. Asimismo se le indicó que para integrar la presente investigación, se requirió mediante oficio copia certificada del expediente clínico que se debió haber radicado respecto a la atención médica que se le brindó a la presunta agraviada; sin embargo, hasta el momento únicamente se remitió un informe escrito y no así el soporte documental correspondiente.

Al respecto el mencionado funcionario señaló lo siguiente:

Que lamentablemente no se elaboró expediente clínico respecto de la atención que se brindó a la [...] [nombre de la niña agraviada I] en ese nosocomio. Dicha omisión

obedeció principalmente a las circunstancias que rodearon el caso; esto es el día de los hechos –25 de abril de 2011– el hospital recibió una demanda excesiva de trabajo ya que arribaron al lugar 7 pacientes, todos de urgencias; el personal en ese momento era insuficiente ya que únicamente se encontraba la doctora Sonia Vargas (médica adscrita al servicios de urgencias) y un médico residente quienes, considera eran insuficientes para ese número de pacientes que debían ser atendidos de prontitud.

Por lo anterior, en el caso que nos ocupa no fue posible elaborar el expediente clínico correspondiente; no obstante, afirma que en relación al estado de salud con la que cursaba la niña, ese nosocomio le brindó la atención médica adecuada, al arribar la [niña] al servicio de urgencias, fue ingresada y valorada por la doctora Vargas, quien solicitó los estudios de gabinete.

En relación a si se mantuvo o no informados a los familiares de la [...] [nombre de la niña agraviada I], ignora qué sucedió al respecto. Sin embargo, manifiesta que todos los familiares de todos los pacientes que ingresan a esa hospital, se les informa en todo momento cuál es el estado de salud de su familiar así como el diagnóstico correspondiente.

Reiteró que la atención que se brindó a la niña fue la adecuada, tan es así que cuentan con el CD de los estudios de TAC de cráneo y abdomen, mismas que invita a los suscritos a observar y de las cuales a simple vista no se observó algún daño grave en la niña; no obstante se llamó al Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) a quienes se les indicó sobre la necesidad de remitir a un paciente a otro hospital de la red que cuente con el área especializada que el caso amerite; por lo que en el presente asunto se indicó que era necesario que la niña fuera observada por un cirujano pediátrico, ya que ese nosocomio no cuenta con el mismo. En ese sentido. El CRUM, indicó que la niña sería canalizada al Hospital Pediátrico La Villa, remitiéndose a dicho nosocomio para su debida atención.

Acto continuo los suscritos nos trasladamos al área de radiología e imagen, lugar en donde se nos mostró a través del sistema computarizado los estudios practicados a la niña y se nos explicó sobre los hallazgos que en ese momento se localizaron en el cráneo y abdomen de la [...] [nombre de la niña agraviada I].

En ese sentido el médico que se encontraba en el servicio de radiología de dicho hospital nos explicó que al llegar [...] [nombre de la niña agraviada I] a la unidad se le realizaron los estudios de TAC de abdomen y cráneo, dentro de los estudios, dicho médico, nos comentó que dentro de los hallazgos que encontró sólo el hígado mostraba cambios, al preguntarle que si el cambio de dicho órgano en el estudio era por cambios inflamatorios secundarios al trauma recibido, el médico comentó que éste no se puede asegurar ya que este estudio en particular, no daba ese tipo de información, y se requería de un estudio llamado tomografía contrastada para valorar si existían cambios inflamatorios, para dicho estudio se requería mantener la cámara gástrica vacía, misma que en las imágenes mostradas en la TAC, revelaban que dicha cámara estaba llena. Durante la explicación, se nos mostró que no existían imágenes compatibles con las colecciones de aire que revelarían que se había roto una víscera hueca y liberara aire en la cavidad abdominal o, que existieran imágenes compatibles con sangre o líquido que revelarían que se había roto una víscera sólida y que produjera un sangrado, Posterior a eso nos mostró una tomografía de cráneo donde nos explicó el médico que no había

discontinuidad en el cráneo que nos pudiera orientar a un cuadro de fractura, igualmente no existían datos de sangrado entre parénquima y el cráneo.

Finalmente, se cuestionó a nuestro interlocutor sobre las medidas que a partir del presente caso se han llevado a cabo, a fin de que no se cometan omisiones como sucedió en el presente caso.

Al respecto, nuestro interlocutor manifestó que:

"Hablé con la doctora Sonia Vargas y con todo el personal médico del hospital que presido, y les instruí que en todos los casos sin excepción alguna, debe documentarse a través del expediente clínico la atención que reciben los pacientes que arriban a dicho hospital; les indiqué que por ningún motivo deben cometerse omisiones de tal naturaleza. Asimismo, solicité más contratación de personal, a fin de hacer frente a cargas excesivas de trabajo; afortunadamente ya está por integrarse un cirujano pediátrico, lo que significa una mejora en la atención de los pacientes de ese nosocomio".

Asimismo, se nos mostró la libreta de registro en donde se observó una anotación de fecha 25 de abril de 2011 a las 13:37 horas, en que se señala el ingreso a ese hospital de la [...] [nombre de la niña agraviada I], señalándose que ésta es referida a otra unidad hospitalaria –Hospital Pediátrico La Villa–.

[...]

53. Oficio SJ/PEN/914/2011 de fecha 14 de noviembre de 2011, suscrito por la licenciada Judith Angélica Sánchez Ramírez, Subdirectora del Hospital General de México, mediante el cual se remitió la siguiente información:

[...]

- Oficio de fecha 25 de abril de 2011, s/n, suscrito por una médica radióloga del Departamento de tomografía de ese Hospital General, el cual contiene opinión técnica de las imágenes de tomografía de estudio de cráneo, abdomen y pelvis que le fueron practicados a la niña agraviada y mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

Cráneo: Sin lesión intra o extraaxial aparente.

Abdomen y pelvis: heterogeneidad del parénquima hepático con algunas áreas densas lineales difusas e hipodensidad generalizada del hígado con engrosamiento e hiperdensidad de la región de la capsula y del peritoneo parietal con densidad de 70UH.

Aumento de volumen del bazo con bordes mal definidos con grasa hiperdensa.

Glándula suprarrenal izquierda aumentada de tamaño con cambios de la densidad.

Riñón izquierdo aumento de volumen de bordes mal definidos con presencia de colección hiperdensa de 104 UH en el espacio perirrenal anterior con irregularidad e hiperdensidad de la grasa del hilio renal.

Hay hiperdensidad de la grasa del mesenterio y líquido libre hacia la corredera parietocolica izquierda y en hueco pélvico denso.

[...]

54. Opinión médica de fecha 29 de noviembre de 2011, suscrita por una médica adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

#### **I. Metodología planteada.**

Para esclarecer dicho planteamiento, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología:

1. Se analizó el informe médico elaborado en el Hospital Pediátrico Legaria.
2. Se analizó la copia certificada del expediente clínico elaborado en el Hospital Pediátrico La Villa.
3. Se revisó y analizó el expediente clínico elaborado en el Hospital Pediátrico de Moctezuma.
4. Se revisó y analizó la hoja de Registro de Atención Pre hospitalaria de la Cruz Roja Mexicana.
5. Se solicitó al departamento de Tomografía del Hospital General de México la interpretación de las tomografías de cráneo y abdomen que se realizaron a la [niña agraviada] en el Hospital Pediátrico Legaria.
6. Se revisó y analizó el protocolo de necropsia elaborado por en el Servicio Médico Forense (en adelante SEMEFO).
7. Se realizaron preguntas a los médicos que realizaron la necropsia, en relación a los resultados de éste.
8. Se hizo una revisión de la literatura médica pertinente para el caso.

II. [...]

[...]

#### **III. Discusión**

De acuerdo con la interpretación que ofreció el radiólogo del Hospital General de México, sí había líquido libre en la cavidad abdominal. De acuerdo con el algoritmo para la atención de paciente con trauma cerrado de abdomen, cuando la tomografía es positiva se debe realizar intervención quirúrgica inmediata. En este caso, tal medida no fue llevada a cabo por una inadecuada interpretación de la tomografía, lo que ocasionó que la paciente sólo fuera manejada con observación siendo que se trataba de una paciente candidata a cirugía de urgencia.

Es posible que el CRUM haya tomado la decisión de enviar [...] [nombre de la niña agraviada I] al Hospital Pediátrico La Villa, en lugar de enviarla a un Hospital que contara con cirujano pediatra, debido a que de acuerdo a la información que brindó el Hospital Pediátrico Legaria, es que ya se había descartado alguna patología quirúrgica.

Toda vez que la paciente llegó al Hospital Pediátrico La Villa, tardaron tan solo 20 minutos en manifestarse clínicamente los datos de daño abdominal severo y la paciente cayó en estado de choque. Al parecer en dicho Hospital tampoco contaban con cirujano pediatra, por lo que trataron de estabilizar a la paciente de manera adecuada y solicitaron al CRUM canalizar a [...] [nombre de la niña agraviada I] a un Hospital que contara con los recursos humanos necesarios para atenderla. Después de dos horas de

la solicitud, llegó la ambulancia que trasladó a [...] [nombre de la niña agraviada I] en una hora al Hospital Pediátrico Moctezuma.

Ya que el trauma abdominal cerrado es la primera causa evitable de muerte por traumatismo, en el que el factor tiempo es de vital importancia, se puede considerar que en el caso de [la niña agraviada I], se perdieron tres horas en las que aun cuando fue atendida médicamente, no se brindó la atención adecuada, que en este caso se trata de una intervención quirúrgica, lo que influyó de manera importante para que se diera su muerte.

### Conclusiones

- De acuerdo con la interpretación realizada en el Hospital General de México, de la tomografía de abdomen, la [niña agraviada I] si tenía datos topográficos sugestivos de traumatismo abdominal cerrado desde que llegó al Hospital Pediátrico Legaria, por lo que debió haber sido intervenida quirúrgicamente de manera urgente, con lo que se hubieran aumentado importantemente sus posibilidades de vida.
- De la atención que se brindó a la [niña agraviada I] en el Hospital Pediátrico La Villa, no se observó ningún acto de mala práctica médica, sin embargo si es importante señalar, que dicho Hospital no cuenta con los recursos humanos necesarios para la atención de pacientes pediátricos, pues no contaban con Cirujano Pediatra.
- En virtud de que la niña falleció al llegar al Hospital Moctezuma y no hubo participación de los médicos de dicho Hospital, no se puede hacer ningún pronunciamiento al respecto.

[...]

55. Acta circunstanciada de fecha 19 de julio de 2013, signada por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...]

El día de hoy, 19 de julio de 2013, a las 10:00 horas, se presentaron en este organismo el [...] [nombre de una persona agraviada] y su esposa [...] [nombre de una persona agraviada] a fin de hacer de su conocimiento que de la opinión médica que se emitió, [...].

[...]

El peticionario señaló que al momento de suscitarse los hechos, su hija iba acompañada de su madre [...] y su hermano [...], y ellos también fueron lesionados, por lo que es de su interés que [...] se contemple la revisión y atención médica y psicológica en instituciones para ellos.

De igual manera, los comparecientes externaron que derivado de los hechos materia de su queja, la [...] [nombre de una persona agraviada] recibió atención médica y psicológica en instituciones privadas.

[...]

56. Acta circunstanciada de fecha 1 de agosto de 2013, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El día de hoy, [...] a las 10:00 horas, se presentaron en este organismo el peticionario [...] y su esposa [...]. Respecto al motivo de su comparecencia, manifestaron que hicieron un cálculo aproximado de los gastos que han realizado derivado del fallecimiento de su hija y los cuales ascienden y contemplan lo siguiente:

Gastos funerarios: 26,000 pesos.

Gastos de la esposa del peticionario [...] radiografías, psicólogo, medicinas y consultas: 9,500 pesos.

Gastos de [su hijo]: (radiografías psicólogo, medicinas y consultas): 7,500 pesos.

[...]

57. Valoración de impactos psicosociales de fecha 28 de julio de 2014, suscita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### V. CONCLUSIONES

1. Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a el [sic] señor [...] [nombre del padre y la madre de la niña agraviada I], están directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja y están expuestos por los peticionarios en el apartado IV inciso b) de esta valoración, relacionados a la falta de una atención médica adecuada y oportuna en los Hospitales Pediátricos de Legaria, La Villa y Moctezuma del Gobierno del Distrito Federal, que consideran como causa del fallecimiento de su hija [...] [nombre de la niña agraviada I]. Situación que generó un proceso de duelo y sentimientos de culpa e impotencia; afectando su salud, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como sensación de cambio en su proyecto de vida.

2. La sintomatología descrita por los señores [...] [nombre del padre y la madre de la niña agraviada I], está asociada con un proceso de duelo, respecto al cual, si bien, han aceptado la pérdida de Margarita, no logran dar sentido a lo sorpresivo de la misma y al sentimiento de que su muerte pudo evitarse. En el caso del señor [...] [nombre del padre de la niña agraviada I], los meses posteriores a la pérdida, presentó sentimientos de tristeza y llanto constante. Actualmente aún no logra expresar las emociones que le generan la ausencia de [...] [nombre de la niña agraviada I], ni acepta rituales o acudir a espacios que la recuerden, debido al dolor que ello le ocasiona. La señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada I], durante los meses posteriores a la pérdida de su hija, presentó afectaciones a sus hábitos alimenticios, insomnio, llanto constante, desesperanza; tuvo que estar al cuidado de familiares. Actualmente presenta insomnio, ansiedad y re experimentación al trauma cuando utiliza transporte público, debido al accidente que sufrió.

3. Además de las afectaciones psicoemocionales anteriormente descritas, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar y proyecto de vida. El sentimiento de culpa e impotencia respecto a lo sorpresivo de la muerte y a lo que

describen como negligencia médica, continúa afectando su integridad psicológica, sensación de seguridad y sistema de creencias. La señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada I] presenta secuelas físicas del accidente, pues se lesionó el brazo y cuello, lesiones que hasta el momento le siguen causando molestias; además de síntomas relacionados con gastritis y colitis, los cuales no presentaba antes de los hechos.

En el ámbito familiar la pérdida de un integrante ha generado cambios en la dinámica y actividades cotidianas de sus integrantes, así como disminución de las relaciones con su núcleo familiar más amplio. Parte de la nueva dinámica familiar posterior a los hechos, son ritos para el recuerdo de su hija, realizando misas el día de su cumpleaños y de su fallecimiento; así como las actividades que continúan realizando en la búsqueda de justicia. Otro impacto tiene que ver con la pérdida del patrimonio familiar y generación de gastos que no tenían contemplados.

4. Para los señores [...] [nombre del padre y la madre de la niña agraviada I], una de las formas que les ayudará a darle sentido al fallecimiento de su hija es que se sancione al chofer que fue causante del accidente, toda vez que han dedicado tres años en darle seguimiento a la Averiguación Previa, pero hasta el momento no han tenido una respuesta satisfactoria. Otras de las acciones reparadoras en relación con las violaciones de las que fue objeto son las siguientes:

- a) Sanciones para el personal de los Hospitales Pediátricos Legaria, La Villa y Moctezuma que no actuaron para salvar la vida de su hija.
- b) Se compense monetariamente por los gastos generados.
- c) Desean la aceptación de la negligencia médica y una disculpa pública.

## VI. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en las esferas personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aún cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

- **Favorable**, [...] [nombre del padre y la madre de la niña agraviada I] se observan capacidades personales y familiares de fortaleza que les han permitido sobrellevar el fallecimiento de su hija, han aceptado la pérdida y se encuentran adaptándose sus nuevas dinámicas familiares. Es importante mencionar que su hijo, quien presenta discapacidad, ha sido un motivo importante para retomar su vida.

**Desfavorable**, hasta el momento la familia no ha contado con un proceso terapéutico familiar e individual que les ayude a darle sentido al fallecimiento de [...] [nombre de la niña agraviada I], y a los síntomas de estrés pos traumático debido al accidente que sufrió la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada I] y su hij[a]. Además, consideran que no podrán estar tranquilos hasta que no "se haga justicia" respecto al responsable del accidente.

[...]





V. Caso J. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2600

58. Acta circunstanciada de fecha 1 de junio de 2011, suscrita por la persona peticionaria Lucero Romero Martínez y un visitador adjunto de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...]

La peticionaria informó que quería hacer algunos señalamientos adicionales, informando que en el Hospital Pediátrico de Legaria el doctor que la atendió del área de urgencias le señaló que el Hospital Pediátrico de Peralvillo, remitió a la niña por un problema de asfixia, y en hospitalización para abrir el expediente otra doctora le informa que ellos sabían que su hija [...] no se iba a quedar en ese nosocomio, que sólo le iba a realizar algunos estudios. Añadiendo la peticionaria que el 28 de abril [...], en dicho Hospital le informan durante el transcurso de la tarde que su hija presentaba un edema cerebral, y el día 29 de abril [...], los doctores García y Francisco Díaz, aproximadamente a las 11:00 horas, le informan que su hija permanecía grave pero estable; ello, además de que el doctor Francisco Díaz le informó que la Secretaría de Salud del Distrito Federal le señaló a él que le otorgara un pase de veinticuatro horas, el cual no le fue dado. El día sábado 30 de abril de 2011, el doctor que la atendió le señaló que su hija presentaba encefalopatía hipoxico isquémica, edema cerebral moderado a severo y endobronquitis [sic]. El 1 de mayo de 2011, el mismo doctor que le informó un día antes le señaló que la niña presentaba su pupila dilatada y que posiblemente presentaba un daño cerebral muy grave. El 2 de mayo de 2011, en el turno de matutino los doctores García y Francisco Díaz, aproximadamente a las 11:00 horas, le informan que la niña presentaba muerte cerebral, lo cual determinaron una vez que se le habían hecho los estudios correspondientes, por lo que se les extiende un pase de veinticuatro horas. El 3 de mayo de 2011, estando presentes, aproximadamente a las 17:00 horas, la niña falleció. [...]

59. Informe de fecha 3 de junio de 2011, suscrito por la médica pediatra Marisela Bautista Hurtado, adscrita al Hospital Pediátrico Peralvillo, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

[...] en cuanto al conocimiento de lo sucedido a la niña [...], lo que me consta es que aproximadamente a las quince horas del día 27 de abril del año dos mil once, me encontraba realizando labores propias de mi trabajo en el servicio de hospitalización, realizando la revisión de pacientes, regresé a la oficina que se encuentra a la entrada del servicio de hospitalización para realizar unas notas médicas; cuando de pronto llega la Señorita enfermera de nombre GUADALUPE ROMERO HERNÁNDEZ, quien me dijo, una emergencia, venga rápido Doctora, por lo que llegamos a la cuna 25 y vi a la menor en su cuna y la estaban asistiendo personal de enfermería, por lo que inmediatamente se brindó la atención médica de acuerdo a lo señalado en mi nota médica de fecha 27 de abril del año 2011, de las 15:00 horas a las 19:20 horas, interviniendo también en su atención médica, personal de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), personal de enfermería, la Doctora Dorantes asistente de la dirección, hasta que se logró estabilizar en su gravedad a [...] [nombre de la niña agraviada J].

Por lo cual no me consta lo que haya sucedido con anterioridad a mi intervención médica.

En relación al inciso b), manifiesto lo siguiente:



Que una vez estabilizada en cuanto a su gravedad, la niña [...] y en cuanto las labores de la atención médica, brindada a la menor lo permitieron, acompañada de la Doctora Dorantes quien es asistente de la Dirección, se procedió a dar informes a la señora madre de la Menor paciente, pidiéndole cortésmente que se sentara, señalándole los padecimientos clínicos presentados por la menor, ya que se le había encontrado cianótica y con bradicardia, además el diagnóstico que en esos momentos había visto en dicha paciente, acorde a mi nota médica de fecha 27 de abril del año dos mil once de las 15:00 horas a las 19:20 horas, manifestando incluso, la señora madre de la menor que ella había padecido de asma y la menor padecía espasmo del sollozo, incluso se le pidió que permaneciera en el hospital, y se le dio acceso total a ver a su menor hija y se le permitió la entrada a algunos familiares de la menor paciente.

Reiterando que la suscrita no podía decirle algo que no me constaba, a la mamá de la menor paciente, ya que como señalo no me consta lo que haya sucedido con anterioridad a mi intervención médica; aunado a que la Doctora Dorantes me señaló que ella iba a poner en conocimiento de la autoridad correspondiente lo sucedido para que se hiciera la investigación debida; aunado a que la persona indicada para darle mayores detalles de lo sucedido a la señora madre de la menor paciente y previa investigación de lo acontecido sería el director del hospital.

[...] así mismo el resultado de RX de cráneo que se le practicó tomas radiográficas que incluso se repitieron y fueron interpretadas tanto por mi parte así como por la Doctora Dorantes, las que no reportaron trazos de fractura alguna.

[...].

60. Oficio 1686 de fecha 9 de junio de 2011, suscrito por la maestra María Elena Lugo del Castillo, Directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, mediante el cual se remiten copias certificadas de:

Protocolo de necropsia de fecha 4 de mayo del 2011, realizado al cuerpo de la niña [...] [nombre de la niña agraviada J], en el cual consta lo siguiente:

[...]  
AVERIGUACIÓN PREVIA: FMH/MH-1/T3/00636/11-05.B.

[...]  
HALLAZGOS: Infiltrado hemático de tres por dos centímetros en región occipital del lado derecho. El encéfalo con [...] hemorragias subdural y subaracnoidea difusas, a los cortes coronales se observa pérdida de la relación sustancia gris sustancia blanca [...].

[...]  
HALLAZGOS: Hígado, brazo, páncreas y riñones congestionados a los cortes. Estómago con líquido amarillo en su luz [...].

[...]  
CONCLUSIÓN

[...] **FALLECIÓ DE LAS ALTERACIONES VISCERALES Y TISULARES MENCIONADAS CAUSADAS EN LOS ÓRGANOS INTERESADOS POR EL**



**TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO YA DESCRITO, QUE CLASIFICAMOS DE MORTAL. [...] [Negrillas fuera de texto original]**

61. Oficio número Dirección 12/06/11 de fecha 10 de junio de 2011, suscrito por el doctor Emilio Escobar Picazo, Director del Hospital Pediátrico Peralvillo, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...]

A) Respuesta Institucional del Hospital Pediátrico Peralvillo, sin fecha, suscrita por su Director, el doctor Emilio Escobar Picazo, mediante el cual señala lo que a continuación se transcribe:

[...]

La descripción de los hechos se basa en relatos presentados al Director del Hospital por los servidores públicos de la Unidad, de los cuales él no fue presencial y solo los refiere por ser la información que le presentaron los trabajadores que participaron en los hechos. Otros datos sí corresponden a su actuación como Director de la Unidad y en el texto se describen:

Inciso 1: [...]

Inciso 2: Pido rinda informe la Dirección General del Hospital Pediátrico Peralvillo, en el que señale lo sucedido a la niña [...], durante su estancia en ese nosocomio y las acciones médicas realizadas para salvaguardar la vida de la niña.

El 27 de abril de 2011 a las 12:45 hrs., ingresó al Servicios de Hospitalización, procedente del Servicio de Urgencias la paciente [...] [nombre de la niña agraviada J], femenina de 1 año 10 meses, No. de Registro 085113, No. de Cama 25, con los diagnósticos de hiperreactor bronquial y dificultad respiratoria de leve a moderada. (La paciente tiene el antecedente de una hospitalización previa por bronquiolitis, en mayo de 2010, la cual evolucionó de manera favorable y a su egreso continuó su control en la Consulta Externa, donde acudió por lo menos 10 veces en el último año por su problema de broncoespasmo. (Además la madre reportó a la Dra. Bautista que la niña presentaba espasmo del sollozo)).

Según el relato hecho por el personal del Servicio de Hospitalización, el 27 de abril de 2011, a las quince horas, los trabajadores del servicio estaban realizando labores propias del inicio de la jornada, (entrega de turno, distribución de pacientes, recepción de equipos, revisión de los pendientes, etc.), cuando a las 15:15 hrs., la Enf. Ma. Guadalupe Romero Hernández, se percató que la paciente de la cuna 25: [...] no estaba en su cuna, sino que se encontraba atrapada entre el respaldo y el colchón de la cuna. Al encontrarla la enfermera y verla cianótica da la señal de alarma a sus compañeros de enfermería, quienes le ayudan a sacar a la paciente de su posición, inician las maniobras de reanimación y dan aviso a la médica pediatra del servicio, Dra. Marisela Bautista Hurtado, quien junto con otro personal médico y paramédico del Hospital se hacen responsables de la reanimación integral de la paciente.

Durante el evento, el Director del Hospital, Dr. Emilio Escobar Picazo se encontraba en su oficina, en una reunión de trabajo con la Dra. Rocío Dorantes Díaz, Asistente de la Dirección del turno vespertino. Estando en esta reunión llegó a la oficina el Técnico en Inhaloterapia Enrique Millán Montiel, quien le dijo a la Dra. Dorantes que la Dra. Bautista solicitaba su presencia en el área de Hospitalización. Dado que estos movimientos

forman parte de la rutina de un hospital, el Director permaneció en su oficina, continuando con sus labores normales, en tanto que la Dra. Dorantes salió al servicio de Hospitalización.

Tiempo después nuevamente llegó a la oficina de la Dirección el Técnico en Inhaloterapia Enrique Millán Montiel, quien le dijo al Director que la Dra. Dorantes solicitaba su presencia en el área de Hospitalización. El Director Acudió al llamado y llegó en el momento en que el personal del servicio estaba realizando maniobras de reanimación a la paciente [...].

Había mucho movimiento, varios trabajadores del Hospital estaban ayudando en las maniobras de reanimación, el Director no alcanzó a mirar a la paciente con detalle y no puede dar opiniones acerca de su estado clínico en el momento del accidente.

A fin de facilitar las labores del personal, el Director salió de la sala acompañado de la Dra. Dorantes y de otras personas, a quienes les preguntó qué fue lo que sucedió. El personal le informó que cuando la enfermera Ma. Guadalupe Romero acudió a darle un biberón, se percató que la niña se había deslizado de la cuna, quedando atrapada entre el colchón y el respaldo de la cuna.

En ese momento, personal que estaba asistiendo a la paciente nos informó que la niña había respondido bien a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, que ya la habían canalizado y colocado en ventilación asistida.

Con el propósito de preservar la vida y de ofrecerle las mejores condiciones de salud, la paciente fue trasladada a la cuna 22 de cuidados especiales, para continuar con su atención integral. Minutos después del accidente se le tomaron estudios de laboratorio, como una gasometría (pH 6.9, PCO<sub>2</sub> 22 HCO<sub>3</sub> 4.3, saturando al 100%; a las dos horas se tomaron nuevos controles que mostraron pH de 7.32 PCO<sub>2</sub> de 19, PO<sub>2</sub> 92% HCO<sub>3</sub> 13.8) una biometría hemática que mostró: Hb de 11.2 y Ht de 36; también se le practicaron cuatro estudios radiológicos, con el equipo portátil (tres de cráneo y uno de tórax abdomen), para definir si existía lesión ósea, la cual fue descartada. A lo largo de este tiempo la paciente recibió los medicamentos que eran necesarios para su compensación.

El director [sic] permaneció en el Hospital hasta las 17:15 hrs., enterándose de que la niña continuaba con ventilación asistida y en "condiciones estables".

A las 20:30 hrs., el Director regresó a la Unidad, visitó a la paciente en su cuna y se entrevistó con la Dra. Rocío Dorantes, quien le informó que las condiciones de la paciente habían sido muy inestables, las pupilas estaban mióticas, la niña presentaba movimientos espontáneos en miembros inferiores y respuestas a estimulación plantar.

El 28 de abril del 2011 a las 9:30 hrs, el Dr. Escobar convoca al médico tratante del turno matutino del Servicio de Hospitalización Dr. Roberto Jáuregui Velasco, al Jefe de Servicio de Hospitalización Dr. Rafael Moraga Luna y al Jefe de Unidad Departamental Médica Dr. Enrique Espinosa Huerta para evaluar las condiciones generales de la paciente y para proponerles su traslado a una unidad con Terapia Intensiva Pediátrica. Los médicos le informan que si es necesario hacerlo. En este momento se agrega a la reunión el Dr. Roberto Pérez Aguilar, quien viene como apoyo de nivel central para asegurar la mejor atención a la paciente, por lo que al enterarse de la decisión de los

médicos, inicia en ese momento los trámites para su traslado al Hospital Pediátrico Legaría, el cual fue autorizado por el Dr. Luis Dávila Solís, encargado de la Dirección de dicho Hospital. Al mismo tiempo ingresa a la sala el Dr. Leobardo López, médico pediatra del turno nocturno, quien había atendido a la paciente la noche anterior.

Estando en la reunión, se presentó la mamá de la paciente, Sra. Lucero Romero Martínez quien ingreso a la sala de juntas de la Dirección, solicitando información sobre el estado de salud de su hija y una explicación sobre sus condiciones tan graves. Con ella entró su esposo [...].

El Dr. Escobar, al percatarse que los familiares desconocían los detalles del accidente, procede a informarles lo que había sucedido, tal y como le fueron relatados por el personal que atendió a la paciente; les mencionó que la niña se había liberado de la inmovilización que tenía a su ingreso al servicio de Hospitalización, que fue encontrada entre el colchón y el respaldo de la cuna, con cianosis importante y que había sido necesario aplicarle reanimación cardiopulmonar.

La madre discutió con vehemencia que no le parecía adecuado lo que había sucedido con su hija e informó a los asistentes su deseo de demandar a los responsables del hecho. Pidió los nombres de las personas involucradas y el expediente clínico de su hija.

Durante esta reunión el Director le propuso el traslado de la paciente al Hospital Pediátrico Legaría, donde sería atendida en el Servicio de Terapia Intensiva Neurológica, a lo que en un principio la madre se rehusó, pero después accedió al comprender la gravedad del caso y la necesidad de un servicio que contara con estudios adecuados como Tomografía Axial Computarizada y Electroencefalograma; así como la atención por especialistas en Terapia Intensiva Pediátrica, en Neurología o Neurocirugía por si fuera necesario.

El personal de Trabajo Social gestionó el traslado [...] en una Ambulancia de Alta Tecnología y la paciente fue acompañada por el Dr. Roberto Jáuregui Velasco médico tratante del turno matutino del Hospital Pediátrico Peralvillo, quien la entregó en el Servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico Legaría, donde se realizó de inmediato una TAC que mostró, a decir del médico responsable: "edema cerebral moderado".

Después que la paciente salió al Hospital de Legaría, el Director solicitó a la encargada del Servicio de Enfermería un reporte de los eventos referidos, con los nombres de las personas que en él participaron. Lo mismo hizo con la Dra. Rocio Dorantes Asistente del Turno Vespertino, quien también le informó que había realizado el aviso al Ministerio Público.

Según el reporte entregado el 28 de abril del 2011 por la Jefe de Enfermeras del Hospital, EASE Cecilia Hernández Gutiérrez, (firmado por la Enfermera Julia Hernández Ramírez, Coordinadora de Educación en Enfermería, quien estaba de responsable de la Jefatura de Enfermeras, en ausencia de la Jefe, por vacaciones) se le informó al Dr. Emilio Escobar Picazo que el día 27 de abril del 2011 estuvieron en el turno vespertino, las siguientes enfermeras (os) en el Servicio de Hospitalización: Enf. Ma. Guadalupe Romero Hernández, Enf. Roberto Toriz Díaz, Enf. Georgina Cruz Hernández, Enf. Ma. Hortencia [sic] Saldaña Zaragoza [...].

La Dra. Rocío Inés Dorantes Díaz, Asistente de la Dirección del turno vespertino informó al Dr. Escobar el día 28 de abril del 2011 que el médico pediatra del servicio de Hospitalización, el día 27 de abril del 2011 fue la Dra. Marisela Bautista Hurtado [...].

Inciso 3: Señale la Dirección General del Hospital Pediátrico Peralvillo, el motivo por el cual se informó a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, hasta el día 28 de abril del 2011, el accidente que sufrió la niña [...], la cual al parecer se había caído, como consta en actas.

El Hospital Pediátrico Peralvillo cuenta con un servicio de Terapia Intensiva Neonatal, pero no cuenta con un servicio de Terapia Intensiva Pediátrica y reconociendo que por prioridad, el estado de salud y la vida de la paciente en el momento del accidente eran lo más importante, los médicos y el personal de enfermería del servicio de Hospitalización se dedicaron de manera exclusiva a su cuidado y atención médica integral.

Sin embargo, al regresar el turno vespertino a sus labores normales (24 hrs más tarde), la Dra. Rocío Dorantes Asistente del Turno Vespertino, procedió a cumplir con esta obligación legal, describiendo las circunstancias del accidente.

Inciso 4: Señale la Dirección General del Hospital Pediátrico Peralvillo el motivo por el cual, según manifestó la peticionaria, no le quisieron informar de primera instancia lo sucedido a su hija la niña [...] para posteriormente informarle que su hija "se les cayó de la cuna", quedando inmobilizada entre el barandal y el colchón, lo que provocó que dejara de respirar por un lapso de tiempo.

El Dr. Emilio Escobar Picazo desconoce detalles de esta parte del proceso de la atención médica, ya que él no estuvo presente, pero le fue comentado por la Dra. Dorantes Díaz que dicha información sí les fue proporcionada a los familiares de la paciente, por la Dra. Marisela Bautista Hurtado, médico tratante del turno vespertino.

Lo que el Dr. Emilio Escobar Picazo hizo, en el primer momento en que se entrevistó con los familiares de la paciente, fue informarles de manera clara, sencilla y directa, las características y circunstancias del accidente, tal como le fue relatado por los trabajadores que en él participaron, escuchó sus reclamos y respondió algunas dudas que ellos tenían sobre las circunstancias del accidente.

Inciso 5: Señale la Dirección General del Hospital Pediátrico Peralvillo el motivo por el cual, la niña [...], fue trasladada al Hospital Pediátrico Legaria.

Las condiciones médicas de la paciente eran muy graves: Estaba con ventilación asistida fase III, (estaba en coma barbitúrico), presentaba hipertermia de 39°C, gasto urinario de 2.6 ml/k/hora, hiperglucemia de 310 mg y saturación de oxígeno al 90%. Durante la noche se reportaron algunos problemas en el laboratorio: Los resultados de biometría hemática no eran confiables y el gasómetro dejó de funcionar, lo que dificultó el manejo ventilatorio de la paciente. (Este no es común en la unidad, ya que en el hospital se cuenta con un servicio de Terapia Intensiva Neonatal, que requiere con frecuencia de estos estudios).

Además, los signos clínicos mostraron alteraciones neurológicas importantes que requerían atención por un Neurólogo y, para su manejo integral, la atención en un servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Además, médicamente estaba indicada la



realización de una tomografía y electroencefalogramas para identificar posibles lesiones neurológicas y para estudiar el funcionamiento de todos los órganos, ante la posibilidad de una falla orgánica múltiple.

Por estas circunstancias médicas, se solicitó su traslado al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica en el Hospital Pediátrico Legaria, quien llenaba todos los requisitos de una Unidad especializada que podía ofrecer la mejor atención a la paciente. Además el traslado fue realizado en una ambulancia de alta tecnología, que cuenta con todos los recursos (médicos, equipo, instrumental, etc.) para asegurar el traslado de un paciente crítico, sin poner en riesgo su vida.

Es necesario recalcar que personal del Hospital estuvo pendiente de la evolución de la paciente: El Dr. Roberto Jáuregui Velasco asistió dos veces al Hospital Legaria a cerciorarse de la evolución de la paciente. El Dr. Escobar Picazo fue dos ocasiones al mismo Hospital (en días diferentes al Dr. Jáuregui), estuvo al [sic] lado de la cama de la paciente, y estuvo en contacto diario, por vía telefónica con el Doctor del Hospital, Dr. Luis Dávila y de manera presencial y por teléfono con la mamá de la paciente, Sra. Lucero Martínez [...].

En otras palabras, en ningún momento el Hospital Pediátrico Peralvillo envió a la paciente [...] y se olvidó de ella, en todo tiempo se tuvo contacto estrecho con su evolución clínica, hasta el último momento de su vida y casi todos los días se conservó la comunicación con su madre.

Inciso 6: Informe el motivo por el cual, según señaló la peticionaria, al momento de preguntar al doctor Emilio Escobar Picazo, quiénes eran los responsables del cuidado médico de su hija, le informó que si había algún responsable, "todos eran responsables de lo sucedido".

El doctor informó que todos eran responsables de lo sucedido dentro del ámbito de las funciones encomendadas al cargo que desempeña cada uno.

Inciso 7: Informe la Dirección General del Hospital Pediátrico Peralvillo, si con motivo del accidente que sufrió la niña [...], inicio algún procedimiento disciplinario a las y los médicos y enfermeras responsables del cuidado médico de la niña y que tuvieron conocimiento de dicho accidente.

La Dirección del hospital no cuenta con los elementos suficientes para determinar una responsabilidad, sin embargo se hizo del conocimiento de la autoridad correspondiente del accidente que sufrió la menor -sic- [...], autoridad que en su momento determinará la existencia o no de responsabilidad.

Cabe mencionar que el hospital no cuenta con el número de enfermeras que atiendan a un solo paciente, por lo que el personal se distribuye de acuerdo a la normatividad aplicable.

B) Informe de la doctora Maricela Bautista Hurtado, dirigida al doctor Román rosales Avilés, entonces Director General de Servicios médicos y Legales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual señala lo que a continuación se transcribe:


[...]

Que en cuanto al conocimiento de lo sucedido a la [...] [nombre de la niña agraviada J], lo que me consta es que aproximadamente a las quince horas del 27 de abril del año dos mil once, me encontraba realizando labores propias de mi trabajo en el servicio de hospitalización, realizando la revisión de pacientes, regresé a la oficina que se encuentra a la entrada del servicio de hospitalización para realizar unas notas médicas; cuando de pronto llega la señorita enfermera de nombre Guadalupe Romero Hernández, quien me dijo, una emergencia, venga rápido doctora, por lo que llegamos a la cuna 25 y vi a la menor en su cuna y la estaban asistiendo personal de enfermería, por lo que inmediatamente se brindó la atención médica de acuerdo a lo señalado en mi nota médica de fecha 27 de abril del año 2011, de las 15:00 horas a las 19:20 horas, interviniendo también en su atención médica, personal de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), personal de enfermería, la doctora Dorantes asistente de la dirección, hasta que se logró estabilizar en su gravedad a la menor [...] [nombre de la niña agraviada J].

Por lo cual no me consta lo que haya sucedido con anterioridad a mi intervención médica.

[...]

Que una vez estabilizada en cuanto a su gravedad, la niña [...] [nombre de la niña agraviada J] y en cuanto a las labores de la atención médica brindada a la menor lo permitieron, acompañada de la Doctora Dorantes quien es asistente de la Dirección, se procedió a dar informes a la Señora Madre de la menor paciente, pidiéndole cortésmente que se sentara, señalándole los procedimientos clínicos presentados por la menor, ya que se le había encontrado cianótica y con bradicardia, además el diagnóstico que en esos momentos había visto en dicha paciente, acorde a mi nota médica de fecha 27 de abril del año dos mil once de las 15:00 horas a las 19:20 horas, manifestando incluso, la Señora Madre de la menor que ella había padecido de asma y la menor padecía espasmo del sollozo, incluso se le pidió que permaneciera en el hospital, y se le dio acceso total a ver a su menor hija y se le permitió la entrada a algunos familiares de la menor paciente.



Reiterando que la suscrita no podía decirle algo que no me constaba, a la mamá de la menor paciente, ya que como señalo no me consta lo que haya sucedido con anterioridad a mi intervención médica; aunado a que la doctora Dorantes me señaló que ella iba a poner en conocimiento de la autoridad correspondiente lo sucedido para que se hiciera al investigación debida; aunado a que la persona indicada para darle mayores detalles de lo sucedido a la Señora Madre de la menor paciente y previa investigación de lo acontecido sería el director del hospital.

[...]

Nuevamente expreso que no me consta lo que haya sucedido con anterioridad a mi intervención médica; pero efectivamente al recibir la guardia del día 27 de abril del año dos mil once, la paciente se encontraba con fijación de las muñecas a la cuna, una por medio de guata y venda elástica y la otra presentaba venoclisis mas la fijación.

C) Informe de la enfermera María Guadalupe Romero Hernández, dirigido al doctor Emilio Escobar Picazo, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, mediante el cual señala lo que a continuación se transcribe:



Pregunta: Si al momento de suceder el accidente que sufre la niña [...] [nombre de la niña agraviada J] el cual señaló en el reporte que firmó, la niña se encontraba sujeta a la cuna, ya que existía consentimiento firmado por su mamá, la señora Lucero Romero Martínez para ello.

Respuesta: Sí se encontraba sujeta al momento del accidente la niña [...] [nombre de la niña agraviada J], hecho que fue autorizado por la madre de la menor mediante la firma del formato de Consentimiento Informado.

El procedimiento para la sujeción de las extremidades torácicas (manos) de la menor, no lo efectuó la enfermera que atendió a la menor, dicho procedimiento fue realizado por la enfermera del turno matutino, únicamente revisó que las vendas estuvieran colocadas correctamente, en virtud de que se tiene conocimiento que desde que ingreso la menor se encontraba demasiado inquieta, intentando quitarse la venoclisis.

La determinación de sujetar a la menor fue con consentimiento de la madre, procedimiento que se realiza de acuerdo a la normatividad aplicable que se señala en los siguientes manuales, que se anexan al presente.

Manual de Técnicas de Enfermería de Pediatría, apartado de Métodos de Sujeción, que tiene como objetivo facilitar el examen físico, la ejecución del procedimiento específico y evitar accidentes, Sujetador de Muñecas y Tobillos, y Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados, escala de valoración de riesgo de caídas para pacientes hospitalizados, solicitar autorización para la utilización de las medidas de seguridad. [...]

Pregunta: De no haberse encontrado sujeta a la cuna [...] [nombre de la niña agraviada J], señale el motivo de ello.

Respuesta: Sí se encontró sujeta como lo describo en el párrafo anterior.

Pregunta: Informe la hora en que la niña [...] [nombre de la niña agraviada J] sufrió el accidente que señaló en el reporte que firmó.

Respuesta: La hora aproximada de que me percaté que se encontraba atrapada es a las 15:15 hrs.

Pregunta: Describa cuál fue la posición en que encontró la niña [...] [nombre de la niña agraviada J] ya que en el reporte que firmó únicamente señala que la encontró atrapada en entre la cabecera de la cuna.

Respuesta: Sólo vi que estaba entre la cabecera y el colchón, en posición vertical viendo hacia la piecera. No detallo la posición exacta, ya que me enfoqué a dar aviso al médico de guardia y a proporcionar el equipo de reanimación.

Pregunta: Señale si la niña presentaba alguna lesión por el accidente que sufrió encontrándose "atrapada entre la cabecera de la cuna".

Respuesta: No me percaté que tuviera lesión alguna a simple vista.

62. Oficio DGDH/DEA/503/872/2012-03 de fecha 01 de marzo de 2012, suscrito por la Directora de Enlace "A" de la Dirección General de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, mediante el cual se remiten copias certificadas de las comparecencias de los servidores públicos adscritos al Hospital Pediátrico Peralvillo y relacionados con la indagatoria FMH/MH-1/T3/00636/11-05 B, en las que consta lo siguiente:

[...]

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS AUGUSTO FALIVO FIGUEROA URIBE.-  
Siendo las 11:21 [...] del día 22 [...] de DICIEMBRE [...] 2011 [...].

Qué diga el declarante con relación al tratamiento suministrado a la niña [...] [nombre de la niña agraviada J], cómo evolucionó a éste al momento de que el declarante la vio. Respuesta. Cuando ya la recibe tenía dificultad respiratoria todavía leve a moderada por lo cual decidió las siguientes indicaciones de manejo a tratamiento, ayuno, soluciones vía venosa a requerimientos, metil-prednisolona y ratinitidina, penicilina, micronebulizantes (Combivent), y riesgo de caída rojo (es una indicación precautoria que se debe tener para evitar posibles caídas en los pacientes pediátricos), siendo su estado de delicado pero estable [...] En el momento que se decide el internamiento de la paciente [...], se envía alguna nota médica o resumen clínico e indicaciones de tratamiento. Respuesta-. Que sí [...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS ROBERTO JAUREGUI VELASCO.-  
Siendo las 14:18 [...] horas [...] del día 22 [...] de DICIEMBRE (12) del año 2011 [...]

Qué diga si al ingreso a hospitalización se implementaron medias de seguridad en la paciente para evitar riesgos en su integridad física. Respuesta: Sí.

Qué diga cuáles fueron. Respuesta: Se sujetó con un sujetador para niños el cual consiste en una perchera la cual inmoviliza perfectamente al paciente y aparte se sujetan las extremidades de las muñecas y de los tobillos así como el barandal de la cuna arriba.

Qué diga quién es el encargado de poner en función las medidas de seguridad. Respuesta: La enfermera.

Qué diga el nombre de la enfermera que le tocó poner las medias de seguridad. Respuesta: Que no recuerda pero que son varias enfermeras que todas llevan un rol de trabajo y a quien se le asigna determinados pacientes y quien es la encargada de recibir los ingresos [...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS MARISELA BAUTISTA HURTADO.-  
Siendo las 12:56 [...] HORAS [...] del día 27 [...] de DICIEMBRE (12) del año 2011 [...].

Qué diga si en la exploración realizada a [...] [nombre de la niña agraviada J], apreció alguna lesión en el cráneo a nivel occipital, aumento de volumen, equimosis, etc. Respuesta: Que no apreció ninguna lesión.

Qué diga el declarante cuál fue el tratamiento suministrado a [nombre de la niña agraviada J], durante la estancia en el servicio de hospitalización. Respuesta: Que entre las 15:00 quince horas a 15:15 quince horas con quince minutos, la declarante se



encontraba viendo los expedientes clínicos en una oficina de médicos, cuando le informaron que [...] [nombre de la niña agraviada J], se encontraba grave, que le informó la enfermera de nombre Guadalupe Romero, quien le dijo a la declarante "doctora venga hay una niña grave" por lo que la declarante sigue a la enfermera hasta el cubículo de problemas respiratorios, viendo que se encontraban con la [...] [nombre de la niña agraviada J], dos jóvenes enfermeros [...].

Agregando que también cuentan con chalecos que sujetan a los menores en el caso de la menor no recuerda si lo tenía, pero que sí estaba sujeta de las manitas, que cuando la estabiliza a niña [...] [nombre de la niña agraviada J] procede a cambiarla a la cama de cuidados intermedios donde se encuentran los pacientes graves, que durante su guardia tenía más pacientes que atender, aparte tenía que atender a [...] [nombre de la niña agraviada J] y también dar los informes médicos a los familiares de los pacientes y que lleva todo eso su tiempo por lo que por comentarios escuchó que encontraron a la niña deslizada de su cama, agregando la declarante que la enfermera Lupita es quien encuentra a la menor desconociendo la declarante qué le paso a [...] [nombre de la niña agraviada J].

Agregando que cuando a la declarante le entregan a la menor y realiza su recorrido de pacientes, la niña [...] [nombre de la niña agraviada J] se encontraba dormida, estable sin ningún problema que ameritara la atención de urgencia, por lo que pasó a ver a los demás pacientes que tenía la declarante, que con relación a la nota que se encuentra escrita dentro del expediente clínico de niña [...] [nombre de la niña agraviada J], escrito por la enfermera María Guadalupe Romero Hernández, que señala el evento ocurrido a [...] [nombre de la niña agraviada J].

El personal de actuaciones le pregunta [por qué] la declarante no señala en el expediente clínico de niña [...] [nombre de la niña agraviada J] el evento que ocurrió, respuesta, la declarante no ve las notas de enfermería, porque ellas hacen sus propias anotaciones y que no anotó el evento porque la declarante no le constaba lo que había sucedido, porque las enfermeras comentaban, que la declarante estaba en la obligación de conocer lo que le había pasado pero en ese momento la prioridad era estabilizarla.

[...]

Qué diga quién es el encargado de poner en función las medidas de seguridad. Respuesta: Hay manuales que establecen las medidas de seguridad a seguir y que [é]stas lo implementan las enfermeras, quienes ponen los chalecos sujetadores y/o sujetan las manos de los menores [...] para que estos no se quiten las soluciones.

Qu[é] diga el nombre de la enfermera que le tocó poner las medidas de seguridad a la menor. Respuesta. Qu[é] sabe que en la mañana estaba la enfermera de nombre [C]arolina "n" "n" y que en la tarde la recibió [L]upita [R]omero.

Qu[é] diga si se permite el ingreso al área de hospitalización de familiares para que se queden con el menor. Respuesta: Que únicamente la visita era anteriormente en la tarde de las 17:00 [...] horas a 20:00 [...] horas, y en la mañana de 09:00 [...] a las 14:00 [...] horas.

Qu[é] si se le permitió a la madre de [...] [nombre de la niña agraviada J], quedarse con la menor. Respuesta: Que si se quedó después del problema que tuvo la menor.

Qu[é] diga el declarante como recibió a la paciente y si [é]sta tenía algún problema neurológico. Respuesta: Ninguno.

Qu[é] diga el declarante si vuelve a ver a otro día a [...] [nombre de la niña agraviada J]. Respuesta: Que no [...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS ROCÍO INÉS DORANTES DÍAZ.- Siendo las 15:03 [...] HORAS [...] del día 27 [...] DE DICIEMBRE [...] DEL AÑO 2011 [...].

Qu[é] diga cuales son las medidas de seguridad implementadas para seguridad de los pacientes y evitar riesgos en su integridad física. Respuesta: Se clasifican por riesgo de caída de acuerdo a la edad del paciente, sujetadores chalecos o con guata o venda amarrada al barandal de la cuna y se les amarra en las manitas y en los pies y dicho tratamiento.

Concretamente en el caso de la [...] [nombre de la niña agraviada J], qué medidas de seguridad se implementaron. Respuesta: Qu[e] la declarante no vio que medidas de seguridad [que] se implementaron en la menor pero se supone que las mismas y que cuando la vio en el momento que la estaban reanimando no recuerda si [é]sta tenía sujeta sus manos y sus pies

Qu[é] diga quién es el encargado de poner en función las medidas de seguridad. Respuesta: Tanto el personal médico pero principalmente las enfermeras [...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS CAROLINA RAZO FLORES.- SIENDO LAS 12:06 [...] HORAS [...] DEL DÍA 28 [...] DE DICIEMBRE [...] DEL AÑO 2011 [...].

Qu[é] diga la declarante que medidas de seguridad se implementan a la menor a fin de proteger su integridad física. Respuesta: Le sujetó ambas manos con gasa y venda, en virtud de que en una de sus manitas tenía la venoclisis, agregando que no le sujeto los pies en virtud de que se encontraba la mamá y la menor estaba tranquila.

Qu[é] diga que persona ordena se realicen las medidas de seguridad en los pacientes. Respuesta: de acuerdo al programa desde urgencias se da a firmar una carta responsiva a los familiares de los menores y se les explica que de acuerdo a la edad, en este caso en concreto [...] [nombre de la niña agraviada J], por su edad se podía parar y tiene un riesgo de caída alto

Qu[é] diga cu[á]ntas enfermeras se encontraban en fecha 27 [...] de abril del año en curso en el área de hospitalización. Respuesta: Que no recuerda, agregando que en la mañana no había enfermeros.

Qu[é] diga [con] cu[á]ntas cunas cuenta el área de hospitalización y cuántos son los elementos de enfermería con los que se cuenta para la atención de los pacientes. Respuesta: Que se cuenta con cuarenta cunas y camas, que se atienden de acuerdo a la gravedad del paciente los que están más graves, se encuentran en el área de terapia de cuidados especiales misma área que cuenta con dos enfermeros que atienden cuatro pacientes, agregando que en esta fecha del día 27 [...] de abril del año en curso, la declarante únicamente tenía una paciente que era [...] [nombre de la niña agraviada J].



Qu[é] diga la declarante si al momento de recibir a [...] [nombre de la niña agraviada J], [é]sta lleg[ó] acompañada de su mamá y si es así, hasta qu[é] hora permanece la madre de la menor con ella. Respuesta: Que si llegó con su mamá y que la señora permanece con la menor hasta la[s] 13:00 [...] horas, que se entregan las dietas, ya que la madre de la menor [...] le refirió que iba a su casa.

Qu[é] diga la declarante con relación al tratamiento suministrado a la menor [...] cómo evolucionó a este al momento de que el declarante la vio. Respuesta: Que la declarante vio que iba evolucionando positivamente al tratamiento suministrado por el médico, agregando la declarante que el médico del área de hospitalización le señala el fin del ayuno, la declarante le da la comida que era picado, pero la menor [...] reusa el alimento, que desde que ingresó al servicio de hospitalización la menor la declarante le levant[ó] la cabecera de la cuna a la menor para mantenerla en posición semi fowler, lo anterior por indicación médica.

Qu[é] diga la declarante si [...] [nombre de la niña agraviada J], tenía algún cuadro neurológico al momento de su ingreso al área de hospitalización. Respuesta: Que no.

Qu[é] diga la declarante como se encontraba [...] [nombre de la niña agraviada J], cuando la mamá se retira. Respuesta: Que la menor [...] se encontraba irritable y llorosa, agregando que como se encontraba sujeta no podía mover sus manitas y que por la posición de la cama [é]sta se encontraba sentada, que mientras, se encontró la declarante [...] [nombre de la niña agraviada J] no hizo el intento de soltarse de sus amarres.

Qu[é] diga al t[é]rmino en el área de hospitalización que diga en qué estado de salud dej[ó] a [...] [nombre de la niña agraviada J]. Respuesta: que de acuerdo a su enfermedad la dej[ó] estable con tendencia a mejorar

Qu[é] diga cuál es el procedimiento que realiza para entregar a la paciente al siguiente turno. Respuesta: Entregar a la paciente a la enfermera del siguiente turno de nombre Guadalupe Romero, a quien le informa el estado en que se encuentra [...] [nombre de la niña agraviada J] y le dice que a [...] [nombre de la niña agraviada J] no había querido ingerir alimentos, así como que la acababa de canalizar y le dice como queda de la sujeción de las manos y le dice las indicaciones médicas ordenadas para la paciente.

Qu[é] diga la declarante si son frecuentes los accidentes en los pacientes menores de edad en el hospital de Peralvillo. Respuesta: Que no.

Qu[é] diga la declarante si sabe si le ocurrió a [...] [nombre de la niña agraviada J] algún evento con relación a su padecimiento de salud o algún accidente después de que la dej[ó]. Respuesta: Que la declarante al día siguiente que ingresó a su turno vio a [...] [nombre de la niña agraviada J] entubada y en el área de cuidados especiales cuando ve a [...] [nombre de la niña agraviada J] no le parecía ninguna lesión.

[...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS MARÍA GUADALUPE ROMERO HERNÁNDEZ.- Siendo las 13:21 [...] HORAS [...] del día 28 [...] DE DICIEMBRE [...] DEL AÑO 2011 [...].

Qu[é] diga si como enfermera en el servicio del área de hospitalización del hospital pediátrico de Peralvillo tiene contacto con los pacientes. Respuesta: Sí.

Qu[é] diga si como enfermera en el servicio de hospitalización del hospital pediátrico de Peralvillo atendió a [...] [nombre de la niña agraviada J]. Respuesta: Que sí. que [...] [nombre de la niña agraviada J] fue su paciente, que en fecha 27 [...] de abril del año en curso como a las 14:30 [...] horas la declarante se presentó al servicio de hospitalización siendo la declarante encargada de enfermeras en virtud de que la jefa de enfermeras salió de vacaciones y que la declarante le toc[ó] cubrir a la misma y que le toc[ó] recibir a trece pacientes entre ellos a [...] [nombre de la niña agraviada J], por lo que procedió a recibir los expedientes [sic] y pas[ó] cama por cama revisando a los pacientes que ese día a la menor [...] [nombre de la niña agraviada J] la recibió con sujeción de ambas manitas y con venoclisis.

Agregando [...] la de la voz que se encontraba con dos enfermeras y un enfermero, aclarando que una de las enfermeras lleg[ó] a su turno hasta las 15:00 [...] horas, agregando que termino de recibir a sus pacientes hasta las 15:00 [...] horas, y que aproximadamente a las 15:02, [...] horas [...] realiz[ó] su censo es decir el conteo de los pacientes que ingresan y los pacientes que fueron dados de alta, agregando que como a las 15:05 [...] horas con [...] la declarante recibió su carro rojo, es decir el suplemento de medicamentos especiales para pacientes que caen en paro cardíaco, y estas soluciones tienen que estar a la mano, como lleg[ó] su compañera que llega a las 15:05 [...] horas es cuando hace la distribución de los pacientes a los demás enfermeros.

Y que [...] [nombre de la niña agraviada J] era la última en la distribución de los pacientes la declarante se quedó a cargo de [...] [nombre de la niña agraviada J], que las 15:10 [...] horas lleg[ó] la supervisora de enfermeras les dio información con relación a otro paciente, agregando la declarante que su compañero enfermero de nombre Roberto Toros Díaz y la declarante se dirigen al mismo cubículo de lactantes tres, mismo cubículo que se relaciona con los lactantes que presentan problemas respiratorios, que la declarante empezaba a revisar a los pacientes y cuando se dirigía a revisar a [...] [nombre de la niña agraviada J], se percata que [...] [nombre de la niña agraviada J] no se encuentra en su cuna.

Por lo que le dice a su compañero Roberto Toriz Díaz: "d[ó]nde está la bebe" procediendo ambos a su búsqueda observando que la menor [...] se encontraba atrapada entre el colchón y la cabecera de la cuna, es decir la encontré en posición vertical con la cabeza viendo hacia la piecera de la cuna, que sus manitas no se encontraban amarradas y que los miembros inferiores se encontraban suspendidos entre el colchón y el piso, y la parte del cuerpo de la menor [...] que se encontraba atorada entre los barrotes de la base de la cuna era la parte de la clavícula, encontrando a la menor desvanecida cianótica es decir se encontraba amoratada de la cara, y con disminución de los latidos cardiacos, que no había respuesta a estímulos, por lo que su compañero Roberto al ver a la menor procedió a levantar más la parte de la cabecera de la cama para después sacarla, y que en ese momento lleg[ó] su compañero enfermero de nombre [D]iego [...], quien también apoy[ó] para sacarla, acercándose también sus demás compañeras, procediendo a darle oxígeno directo, y que Roberto y [D]iego se quedaron con la menor dándole reanimación mientras la declarante fue por la doctora [M]aricela [B]autista, quien se encuentra adscrita al área de hospitalización en el turno vespertino, agregando que en el trayecto de la oficina de los médicos a donde se encontraba la menor es un trayecto corto, la declarante le dijo a la doctora [M]aricela

[B]autista como encontró a la menor diciéndole “doctora hay una urgencia en la cama veinticinco, en donde se encontraba una niña atrapada entre la cabecera y la parte de la cuna”, por lo que se procedió a realizar las maniobras de reanimación avanzada y posteriormente se entubó a la niña, y una vez estabilizada se traslada a la cama de terapia intermedia.

Ahí la doctora ordena sus indicaciones, la declarante le puso sus medicamentos y soluciones indicados por la doctora, instalándole a la menor [...] una sonda orogástrica, que después la doctora trat[ó] de poner un catéter venoso central siendo fallido, por lo que se le instal[ó] nuevamente otra venoclisis, queriendo agregar la declarante que cuando encontró a [...] [nombre de la niña agraviada J] [é]sta ya no tenía la venoclisis y que la venoclisis se encontraba sujeta a la base de la cuna y el contenido se encontraba saliendo, agregando que al subir el colchón entre el respaldo de la cuna y la base de ésta, se hace un hueco donde cabe el cuerpo de un bebe de la edad de [...] [nombre de la niña agraviada J] quien contaba con la edad de un año diez meses, agregando que cuando le entregaron a [...] [nombre de la niña agraviada J] la declarante vio que la misma se encontraba bien sujeta de sus manitas y explica la declarante que los menores son muy inquietos y en ocasiones se llegan a quitar las vendas, agregando que cuando recibió a [...] [nombre de la niña agraviada J] [é]sta se encontraba llorando, señalando que al lado de [...] [nombre de la niña agraviada J] había dos niños más en otras cunas de casi la misma edad de [...] [nombre de la niña agraviada J].

[...]

Qu[é] diga la declarante si son frecuentes los accidentes en los pacientes menores de edad en el hospital de Peralvillo. Respuesta: Que no.

Qu[é] diga si es frecuente que los menores se retiren las sujeciones cuando se encuentran en el área de hospitalización. Respuesta; Que sí ha pasado, no con frecuencia, pero sí ha pasado.

Qu[é] diga la declarante si se encontraba enterada la doctora [M]aricela [B]autista de los hechos, porque en su nota médica señala que [...] [nombre de la niña agraviada J] sufrió un broncoespasmo motivo de su enfermedad. Respuesta: Que desconoce por qué no lo pondría ella, que desconoce por qué la doctora [M]aricela no hace mención de los hechos ocurridos a [...] [nombre de la niña agraviada J].

Qu[é] diga la declarante por qué en su reporte de enfermería que se encuentra en el expediente de [...] [nombre de la niña agraviada J] señala que dej[ó] a la menor para ir por su biberón y cuando regresa la encuentra atrapada entre el colchón y la cabecera de la cuna respuesta. Yo pongo en mi reporte que la menor se encontraba intranquila y llorosa y que iba a ir por su biberón, para dárselo, que efectivamente eso iba a hacer.

Qu[é] diga entonces por qué [sic] si apenas había turnado a sus compañeros a los pacientes y apenas la declarante se había asignado a [...] [nombre de la niña agraviada J], bajo su cuidado y apenas iba a su cama a revisarla porque dice que le iba a dar su biberón cuando todavía no veía a su paciente y apenas empezaba a revisar los expedientes clínicos de sus pacientes asignados y a proceder a dar seguimiento a las indicaciones del médico. Respuesta; Es que inician dando biberones, y llevaba el biberón para la bebe por si se le había indicado el mismo, al momento de que se percató de los hechos.



Qu[é] diga la declarante si cuando encontró a [...] [nombre de la niña agraviada J], atrapada entre el barandal y la cuna le observó lesiones en su cuerpo. Respuesta: Que no [...].

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE HECHOS. ROBERTO TORÍZ DÍAZ. Siendo las 12:49 [...] horas [...] del día 01 [...] del mes de febrero [...] del año 2012 [...].

Qu[é] diga si en fecha 27 [...] de abril del año en curso como a las 15:00 horas [...] a 15:30 horas [...], el declarante se presentó al servicio de hospitalización de auxiliar a la enfermera de nombre María Guadalupe Romero Hernández, quien se encontraba fungiendo como encargada de enfermeras, para auxiliarla en una emergencia. Respuesta: Que sí, que sería aproximadamente a las 15:15 [...] horas [...], que cuando llegó a recibir y realizar los [sic] labores que les corresponde y que el declarante le toc[ó] recibir el material relacionado con la atención a los pacientes, y una vez hecho lo anterior se presentó el declarante y otras compañeras de labores a recibir instrucciones de la enfermera supervisora de nombre Socorro Nolasco.

El declarante procedió a realizar la atención a sus pacientes, y que en el pasillo del área de hospitalización, se encontró a la enfermera Guadalupe Romero, frente donde se encuentra el cubículo donde está la cama veinticinco, le comenta al declarante "que no ve a [...] [nombre de la niña agraviada J] de la cama número veinticinco, que como ya mencionó se encuentra en el penúltimo cubículo, por lo que el declarante se asoma a dicho cubículo, y entran en ese momento al cubículo, por lo que el declarante observa que arriba de la cama no había nada.

Por lo que se agacha para ver debajo de la cama, y ve a [...] [nombre de la niña agraviada J] atorada de la parte del pecho, entre el respaldo de la cuna y que sus pies tocaban el piso, observando el declarante que la menor se encontraba con datos de cianosis, es decir se encontraba amoratada, manifestando el declarante que vio a [...] [nombre de la niña agraviada J] que no tenía las vendas, que se les pone a los menores para la sujeción, para evitar caídas y que el suero ya no lo tenía puesto en sus manitas, y que [é]ste se encontraba en la cuna, manifestando que al parecer [...] [nombre de la niña agraviada J] se quitó la sujeción así como el suero, señalando el declarante que en ese momento llegó su compañero enfermero de nombre Diego de Jesús Martínez Bautista, quien auxilió al declarante para liberar a [...] [nombre de la niña agraviada J] por lo que el declarante quitó el colchón de la cuna y subió el respaldo a modo que este quedara en posición vertical mientras Diego sacaba a [nombre de la niña agraviada J] sacándola de las axilas hacia arriba, por lo que el declarante procede a bajar nuevamente el respaldo y lo dejaron de forma horizontal donde nuevamente colocan a [nombre de la niña agraviada J] y en ese momento su compañera enfermera de nombre Guadalupe Romero, les acerca el oxígeno a [...] [nombre de la niña agraviada J] y cuando llega la Doctora Maricela Bautista procede a auscultar a la menor y fue quién procedió a realizar las maniobras de masaje cardíaco.

Qu[é] diga si es frecuente que los menores se retiren las sujeciones cuando se encuentran en el área de hospitalización, respuesta: que no es frecuente, porque a los más inquietos se les coloca un tipo de chaleco sujetador para evitar que se quiten las sujeciones y se caigan de la cuna.

Qu[é] diga el declarante si a [...] [nombre de la niña agraviada J] se le colocó chaleco sujetador. Respuesta: Que no.



Qué diga por qué. Respuesta: Porque en el turno matutino se le ponen vendas de sujeción para evitar que los menores se caigan de la cama y que la persona que tuvo a su cargo a la menor fue la enfermera Guadalupe Romero, quién debió constar el estado que recibe la menor.

Qu[é] diga el declarante si cuando encontró a [...] [nombre de la niña agraviada J], atrapada entre el barandal y la cuna le encontró lesiones en su cuerpo. Respuesta. Que no. Agregando el declarante que cuando llegan al área de hospitalización la primera enfermera que llega es la que procede a recibir a todos los pacientes y se tardan aproximadamente una hora señalando el declarante le tocó recibir el material y como hay que preguntar a todas las enfermeras por el material el declarante tarda aproximadamente una hora en recibir el mismo, agregando que aproximadamente en el servicio de hospitalización, en esa fecha que ocurren los hechos se encontraban cuatro o cinco enfermeras para atender a los pacientes, que no recuerda cuantos pacientes tuvieron ese día para atención, agregando que la médico de guardia llega antes que las enfermeras y que solo sabe que pasan de cama en cama a revisar a los pacientes junto con el médico del turno matutino sin que esto le conste al declarante agregando que cuando llegan las enfermeras y los enfermeros en caso de que la médico de guardia de una orden para algún paciente en particular cualquiera de las enfermeras que no esté recibiendo algún paciente o el instrumental médico, lo realiza independientemente que el paciente no le toque atender, agregando que el día de los hechos a su compañera María Guadalupe Romero le tocó recibir a los pacientes y hacer la distribución de los mismos, a las enfermeras y enfermeros que se encontraban en el turno. [...]

63. Opinión médica de fecha 29 de noviembre de 2013, suscrita por un médico adscrito a la Tercera Visitaduría y una doctora criminalista adscrita a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos, ambas áreas de esta Comisión, en la cual se informa lo siguiente:

[...]

### III. METODOLOGÍA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionaron copias certificadas de los expedientes médicos de la agraviada generadas en los siguientes nosocomios: Hospital Pediátrico Peralvillo y Hospital Pediátrico Legaria, así como información de la Averiguación Previa FMH/MH-1/T3/636/11-05B e información diversa contenida en el expediente de queja de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; se revisó la información de la atención médica recibida en los diversos servicios hospitalarios los cuales atendieron [...], durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su defunción; así como la información de interés médico forense y criminalístico, se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

### IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

### V. ANÁLISIS CON BASE EN REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 1 año 10 meses, quien acude a valoración al Hospital Pediátrico Peralvillo (en adelante HPP) por presentar dificultad respiratoria. En dicho Hospital ingresa por urgencias, se le administra tratamiento para tratar de abatir la

dificultad respiratoria, sin responder de manera adecuada, motivo por lo cual se decide su ingreso a hospitalización.

Continúa su tratamiento en hospitalización del servicio de Pediatría; su evolución es satisfactoria. Es durante su estancia en hospitalización que, aparentemente, sufre una caída por la cabecera de la cuna donde se encontraba, posterior a esto presenta paro cardiorrespiratorio. Se le brindan maniobras de reanimación cardiopulmonar, respondiendo a las mismas. A su recuperación presenta déficit neurológico importante, por tal motivo es referida al Hospital Pediátrico Legar[i]ja (en adelante HPL) en donde se diagnóstica con muerte cerebral. Días después de su ingreso al Hospital Pediátrico Legar[i]ja, la paciente cae en paro cardiorrespiratorio irreversible y se declara la muerte.

De lo anteriormente señalado, es importante realizar las siguientes consideraciones:

Es una menor -sic- de 1 año 10 meses que presentaba un episodio de dificultad respiratoria y ronquido en el pecho y que a su ingreso al Hospital no presenta déficit neurológico, se le diagnóstica síndrome de dificultad respiratoria y comienzan medicación específica indicada médicamente para su caso.

De acuerdo a las notas, la menor tenía sujeciones gentiles y aparentemente se libera de ellas y queda atrapada entre el marco del tambor de la cabecera de la cama y el barrote que funciona como soporte de posición de la cabecera móvil de la cama, presentando un paro cardiorrespiratorio y daño neurológico que posteriormente evoluciona a muerte cerebral.

De acuerdo a la reconstrucción de hechos realizada en conjunto con el personal del HPP y personal médico de esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la menor quedó atrapada, de pie y con la parte anterior del cuerpo viendo hac[i]a los pies de la cama [...] y que su cabeza no estaba tocando el suelo.

[...]

Para la reconstrucción de hechos, se tomaron las medidas reportadas en el expediente de queja [...]; esto es: peso, perímetro abdominal, perímetro torácico y la estatura. Cabe hacer mención que dichas medidas corresponden en promedio, con las medidas establecidas para la edad de los perímetros mencionados anteriormente. Se construyó un muñeco con las medidas mencionadas anteriormente, para contrastar dichos perímetros, con las medidas de los espacios de una cuna de características similares en el Hospital Pediátrico Peralvillo, se utilizó ropa de una niña de aproximadamente esa edad, esto con el fin de conservar las relaciones anteroposterior y lateral las cuales, de acuerdo a lo descrito en la literatura, la relación que guardan los diámetros para una niña de esa edad es de 1:2, y tener una relación aproximada de así como hacer coincidencia con lo señalado en los perímetros descritos en el expediente clínico y el SEMEFO.

[...]

Es de vital importancia señalar que, el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cuna, presenta un sistema mecánico que impide se deslice hacia atrás (hacia la cabecera fija de la cuna) cuando el respaldo es levantado y tiene el peso de un paciente. Dicho mecanismo sin embargo, se libera cuando se necesita elevar más la cabecera, esto es cuando dicho barrote de soporte es empujado hacia el pie de cama [...]. El peso de la cabecera móvil es de 5.5 kg.

[...]



Al hacer la reconstrucción de hechos se documenta que, colocando la cabecera móvil en el primer nivel de inclinación, el espacio entre el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cama y el marco del tambor de la cuna, es muy pequeño para que la paciente hubiese quedado atrapada [...].

Se observa que en el tercer nivel de inclinación el espacio entre el barrote que funciona como soporte de la cabecera de la cama y el marco del tambor en la cabecera de la cama es muy grande para que la paciente hubiese quedado atrapada en dicho lugar [...].

Es el segundo nivel de inclinación, en el cual existe la probabilidad de que la paciente haya quedado atrapada, y es donde se realiza propiamente la reconstrucción de hechos. En primer término, cabe hacer mención que la cabecera móvil de la cuna, incluso con el colchón no es pesada, pesa 5.5 kilogramos, y como ya se mencionó anteriormente el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cuna, se asegura cuando se aplica fuerza hacia abajo, pero no cuando se aplica fuerza hacia el frente, esto es una fuerza dirigida hacia el pie de cama [...].

Cuando se aplica una fuerza dirigida hacia los pies de la cama se libera para poder pasar al siguiente nivel de inclinación, lo que en este caso hubiese ampliado el espacio entre el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cuna y el barrote del marco del tambor.

De acuerdo a las versiones brindadas por el personal que la encontró [...] esta se encontraba atrapada en la posición mencionada anteriormente. El HPP refiere que, la paciente se pudo haber quedado atorada en su tórax y esto, junto con un espasmo del sollozo, haberle ocasionado la asfixia, la cual finalmente le provocó un paro cardiorrespiratorio.

Respecto al espasmo de sollozo, no se encuentra mención alguna en el expediente clínico del HPP, solo se menciona en las respuestas emitidas por las autoridades de ese Hospital. Cabe hacer mención que el espasmo de sollozo consiste en periodos de apnea (periodos sin respirar) que pueden originar inconciencia pero que esto, no sería factor predisponente para ocasionar un paro cardiorrespiratorio. Médicamente el espasmo del sollozo no evoluciona a complicaciones mayores, ya que es una patología benigna, tampoco se reporta en la literatura médica consultada que dicho espasmo provoque secuelas neurológicas posteriores.

La mecánica con la que describe el personal de salud del HPP, como ocurrieron los hechos, correspondería a una asfixia por restricción de los movimientos torácicos, se conoce como asfixia traumática. En pediatría no es común que se llegue a presentar; generalmente necesita una fuerte compresión del tórax para fijar los movimientos respiratorios; esta compresión torácica ocasiona un incremento en la presión de la vena cava que, cuando se mantiene unos segundos producirá petequias cervice faciales, hemorragia subconjuntival y en ocasiones diplopía confusión mental y microhemorragias cerebrales, edema y enrojecimiento facial, por lo que también se le denomina "máscara equimótica".

Estos fenómenos son característicos en los niños, porque estando conscientes cuando el percance se desarrolla, hay oclusión automática de la glotis, lo que permite que la presión intracavitaria se perpetúe y que por algunas décimas de segundo, incremente en

varias veces su valor inicial. Esto puede llegar a causar contusión pulmonar y ruptura alveolar.

Es importante mencionar que las microhemorragias cerebrales que se presentan a consecuencia de compresión torácica, habitualmente no presentan signo sintomatología neurológica y se resuelve con el paso de los días sin tratamiento específico. En este caso, la paciente presentó hemorragia subdural y subaracnoidea de acuerdo al Protocolo de Necropsia, las cuales desencadenaron muerte encefálica. Lo anterior no es coincidente con la ausencia de complicaciones cerebrales en caso de una compresión torácica.

Ahora bien, en este punto cabría la interrogante de si, el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cuna, podría generar la fuerza suficiente como para mantener fijos los movimientos respiratorios de una menor con un peso corporal de 10.600 kilogramos.

En ese sentido ya se discutió que, el mecanismo que fija al barrote antes mencionado se libera justo en la dirección anterior del tórax (hacia la piesera de la cuna), esto es en el sentido de la respiración de la [niña]; a lo anterior, habría que sumar la velocidad de caída.

En este punto se abunda lo siguiente: para quedar en la posición descrita por el personal de salud del HPP, la [niña] tuvo que haber trepado a la cabecera de la cama y de ahí caer al suelo. Tomando en cuenta que a esta edad aún no se cuenta con una habilidad adecuada de bipedestación, por lo tanto la [niña] debió subir a la cabecera móvil de la cuna de frente y de ahí voltearse para tratar de bajar aferrándose a la cabecera móvil de la cama.

[...]

La altura máxima del suelo a la cabecera móvil de la cama aproximada, en el segundo nivel de inclinación es de 93 cm; y la altura del piso al tambor donde se presume que quedó atrapada la menor es de 63 cm. Utilizando la fórmula para calcular la velocidad de impacto:  $v = \sqrt{2gh}$ , donde  $v$  es velocidad,  $g$  es la aceleración de la gravedad (constante =  $9,75 \text{ m/s}^2$ ) y  $h$  la altura de la caída tenemos que; en la altura máxima de caída (93 cm) la velocidad de caída es de 4.21 metros sobre segundo (m/s). En la altura mínima de caída (63 cm) tenemos una velocidad de impacto de 3.50 m/s. Por lo tanto, tenemos un rango de 3.50 m/s a 4.21 m/s como probable velocidad de impacto.

[...]

Retomando las declaraciones del personal de salud del HPP que la encontró [...] refiere que la [niña] no se encontraba tocando el suelo. Lo cual implicaría que tanto la velocidad de impacto, como la energía absorbida por el cuerpo de la menor fueron distribuidas en: el barrote que funciona como soporte de la cabecera móvil de la cuna y el marco del tambor en la cabecera fija de la cuna.

Considerando que uno de los barrotos no es fijo (el barrote de la cabecera móvil) y es éste, uno a los cuales se transmitió esta energía y velocidad de impacto y que, el mecanismo de liberación se destraba en la misma dirección en la que se aplica dicha velocidad y energía de impacto, es altamente probable que se hubiese liberado el mecanismo (debido a que no tendría la suficiente resistencia con sus 5.5 kgs de peso) y la niña hubiese caído al suelo y no hubiera quedado atrapada como lo mencionó el personal adscrito al HPP [...].

Se menciona en la literatura médica consultada, que la elasticidad de la caja torácica en un niño es mayor que la del adulto, además que la caja torácica del niño tiende a ser más horizontal, por lo tanto, el diámetro anteroposterior es menor en la inspiración [...].

La importancia de lo anterior, radica en que el diámetro del tórax reportado por SEMEFO, no es lo suficientemente amplio como para atrapar y fijar los movimientos respiratorios; y si, en caso de conceder que dicho tórax hubiese quedado atrapado, la elasticidad del mismo podría haber impedido la fijación completa de los movimientos respiratorias y por ende, la asfixia.

En la bibliografía consultada en la presente opinión [...], se menciona que en experimentos con animales, todos fallecieron cuando se les expuso a una compresión de cinco veces su peso en un lapso de 10 minutos; en este caso el peso de la cabecera de la cama fue de 5.5 kg, prácticamente la mitad del peso total de la paciente.

Si a lo anterior agregamos el hecho de que la [niña] NO presentaba lesiones en tórax las cuales se debieron de producir al momento en que se impactó en el hueco formado por el barrote que funciona como soporte de posición de la cabecera móvil de la cama y el marco del tambor de la cabecera fija de la cama debido a la fricción de su tórax, con los barrotes de la cuna por la caída. La [niña] presenta lesiones en otras partes del cuerpo [...] pero no en el tórax y/o abdomen. Ahora, en la reconstrucción de hechos realizada el día 26 de julio de 2013 se observa que, con el perímetro torácico suministrado por el SEMEFO y la relación anteroposterior y lateral del tórax en promedio de un niño de esa edad, no puede haberse quedado atorado del tórax, con las dimensiones antes descritas [...].

Respecto a la discusión de si la hemorragia subdural y subaracnoidea pudo haber sido ocasionada por la compresión torácica, se realizan las siguientes apreciaciones: La lesión neurológica posterior a un paro cardiorrespiratorio se conoce como encefalopatía hipóxico isquémica, y se produce cuando hay una reducción generalizada de la perfusión cerebrovascular, la cual provoca algunos cambios a nivel macroscópico y microscópico; dicha lesión, histopatológicamente cursa con circunvoluciones ensanchadas, surcos estrechos, además de pérdida en la relación de la sustancia blanca y la sustancia gris.

Por lo anteriormente mencionado, los cambios que se esperaban encontrar en la disección cerebral e histopatológico del mismo, son: necrosis del tejido cerebral, migración de macrófagos y proliferación vascular; cambios que no se encontraron reportados en el Protocolo de Necropsia. Solo se menciona la pérdida de la relación entre la sustancia blanca y la sustancia gris, la cual puede ser vista en otras patologías como por ejemplo: la hemorragia cerebral. Cabe mencionar que de acuerdo a lo reportado en la opinión técnico científica de Neurología Pediátrica, los cambios patológicos documentados en la necropsia no son consistentes con los hallazgos patológicos esperados en una encefalopatía hipóxico isquémica, como la que presuntamente padeció la paciente, secundaria a la compresión torácica [...].

La hemorragia cerebral que presentó la [niña] es habitual encontrarla en traumatismos craneoencefálicos. Si a lo anterior, le agregamos que [...] presentó un infiltrado hemático de tres por dos centímetros en región occipital del lado

**derecho [...] por debajo del cuero cabelludo y su mecanismo, de acuerdo al SEMEFO es por contusión o por compresión.**

En el presente caso, es de importancia mencionar que una contusión es cuando un objeto aplica energía cinética o potencial, que puede deformar tejidos humanos más allá de su resistencia. Los mecanismos de acción se clasifican en acción directa y acción indirecta. La acción directa es cuando el agente lesivo actúa directamente sobre el tejido. La acción indirecta es originada por mecanismo de aceleración-desaceleración.

Las contusiones se dividen en cuatro grados; en el primer grado hay lesiones superficiales, en el segundo grado se presentan hematomas, en el tercer grado hay desgarro o laceración del tejido, rotura completa de una estructura anatómica, por ejemplo: fractura. En el caso de la agraviada, present[ó] un infiltrado hemático, esto es una contusión de segundo grado.

[...]

Por lo que la presencia del infiltrado hemático que presentó la [niña], no es explicable a las maniobras y procedimientos médicos de resucitación cardiopulmonar asentados en el expediente clínico, posteriores a su caída de la cuna. Por lo anterior, es probable que, el origen de la lesión descrita haya sido producido al momento de la caída de la paciente de su cuna o cama.

Una interrogante que surgiría en este momento es ¿Cuál sería el mecanismo por el cual la [niña] se produjo el infiltrado hemático reportado por el SEMEFO? Ya se mencionó, en párrafos anteriores, aspectos sobre la velocidad de impacto y la energía absorbida por el cuerpo al momento del choque a esta velocidad, con partes mecánicas de la cuna. Dentro de esta ecuación, es importante considerar otro aspecto. Debido a las características anatomo-morfológicas de un niño entre los 0 a los 2 años, en donde su centro de gravedad se encuentra desplazado y su cráneo ocupa incluso hasta un cuarto del porcentaje total del peso corporal; esto influye también la forma en la que será la dinámica corporal en una caída de altura, y la parte del cuerpo con la que entrara en contacto con el suelo.

En el presente caso es probable que la caída no hubiese sido propiamente vertical, debido a las características morfológicas del peso y la talla de los diversos segmentos del cuerpo, por lo que se encuentra difícil el poder conseguir una posición de caída vertical como la que se supone presentó la paciente.

En esta parte del análisis es importante hacer mención que las hemorragias cerebrales no traumáticas son difíciles que se presenten en la infancia y, la mayoría de ellas están relacionadas con la presencia de malformaciones arteriovasculares a nivel cerebral, las cuales no se documentaron al momento de hacer la necropsia.

También es importante mencionar que el mecanismo de producción de la hemorragia subaracnoidea y subdural es de origen traumático externo e incluso puede ser señal de abuso físico en los menores de edad; por lo anterior es altamente probable que el origen de la contusión de la paciente haya sido secundaria más a un traumatismo que a un evento hipóxico, dicho evento hipóxico se presenta frecuentemente en los recién nacidos prematuros.



De acuerdo a lo narrado por el personal del HPP que encontró a la paciente, ésta no presentaba lesión alguna en la cabeza; y efectivamente, por la forma en la que ellos mencionan quedó atrapada, es difícil que se haya golpeado la cabeza con tal fuerza como para ocasionar el tipo de hemorragia que presentó. Sin embargo, [...] la paciente presentaba una contusión en región occipital derecha.

**Independientemente de la forma en que cayó la paciente, es de importancia señalar que dicha caída fue secundaria a que aparentemente no se llevaron a cabo las acciones preventivas y de seguridad necesarias.** Esto es, la madre de la paciente ya había dado su consentimiento para poder sujetar a la paciente [...] desde su ingreso a Urgencias del HPP [...]; la paciente se había clasificado con código rojo [...], lo que significa un alto riesgo de caída de acuerdo al Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados de la Secretaría de Salud.

El Protocolo anteriormente mencionado fue autorizado por la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud; y se engloba en el marco del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, y su objetivo es estandarizar el uso de una herramienta técnica, confiable y aplicable a las condiciones de la población mexicana que unifique los criterios en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados dentro de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo al dictamen de enfermería realizado por el Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Secretaría de Salud, para un niño de esa edad es ideal colocarle un chaleco inmovilizador [...], cuestión que coincide con lo narrado por el médico Jáuregui respecto al protocolo de sujeción de pacientes en el HPP [...]. También se debe dejar fuera del alcance del paciente las sujeciones, para evitar que se vaya a soltar; sin embargo, la paciente logró liberarse de las sujeciones de ambos brazos, descanalizarse, subir a la cabecera de la cama y de ahí caer en un momento entre las 14:30 horas y las 15:15 horas, de acuerdo a lo narrado por personal del HPP.

También es importante señalar que la inclinación de la cuna en el segundo nivel, es para tener una posición semifowler, dicha posición a pesar de ser una indicación para trastornos respiratorios, no se encontró documentada en las indicaciones médicas. Cabe hacer mención que no se entiende el motivo del porque estas cunas, cuando dan posición fowler o semifowler permiten que exista un espacio entre la cabecera fija y la cabecera móvil de la cuna, por donde un menor -sic- puede atravesar y caer al suelo [...]. Lo anterior, genera un riesgo a la integridad física de cualquier menor hospitalizado en dichas cunas.

Por parte de enfermería existe una obligación de seguridad respecto a las caídas, ya que las acciones de enfermería deben ir dirigidas a evitar accidentes y ofrecer al usuario seguridad. Ahora, era una paciente con riesgo de caída alto, una niña inquieta que alzaba las manos buscando a su mamá y se paraba, caminando en la cuna [...]. Al contar con estos antecedentes se debió de planificar de mejor manera acciones integrales e individuales para evitar una caída.

En el expediente clínico no se observa anotación alguna por parte de enfermería respecto a las acciones que se ejecutaron para evitar una caída, de una paciente pediátrica con alto riesgo de caída. Ya que el hecho de prevenir una caída es parte de las responsabilidades del servicio de Enfermería.

Ahora bien, después de sufrir la caída la [niña] presenta condiciones críticas de salud, sin embargo, debido a que el HPP no cuenta con los medios diagnósticos adecuados no se le da una atención integral a la paciente. Esta situación se mantiene desde el momento que cae [...], hasta el momento de su traslado e ingreso al HPL, esto aproximadamente a las 13:30 horas del siguiente día. Lo que da un promedio de más de 12 horas sin poder realizarle estudios de sangre a la paciente, debido a que los resultados salían alterados y no eran confiables y/o no funcionaba el gasómetro [...].

Por lo anterior, se brinda un tratamiento empírico durante ese tiempo, siendo que el Hospital debió ofrecer los medios de diagnóstico y terapéuticos con los que contaba para asegurar un correcto seguimiento y control de la paciente, lo cual no se llevó a cabo, y no existe constancia en el expediente clínico que se hayan establecido medidas para subsanar la falta de medios de diagnóstico por parte del HPP.

En este caso se puede identificar factores asociados a: huésped, agente y medio. Esto es, se puede dimensionar este evento adverso en ciertos factores: el factor huésped es la edad de la [niña], la cual la predisponía a un mayor riesgo de caída, el factor agente fue la cuna, la cual dejaba un espacio por donde podría caer la [niña] al suelo y el tercer factor fue el factor medio, el cual consistió en el uso inadecuado de la sujeción, considerando las características de la [niña]. Dichas cuestiones eran responsabilidad del personal de enfermería.

Dicha falta de medios, aunado a la falta de referencia oportuna de la paciente coadyuvó a complicar y ensombrecer el pronóstico de la paciente, así como a una falta de atención oportuna y adecuada de la paciente. Cabe mencionar que, la patología por la que ingresó la paciente al HPP, consistente en dificultad respiratoria no repercutió ni contribuyó a la causa de la muerte, de acuerdo a lo asentado en el Protocolo de Necropsia.

Por lo anterior, se llegan a las siguientes:

## VI. CONCLUSIONES

1. La mecánica de lesión narrada por el personal de enfermería y médico del Hospital Pediátrico Peralvillo, no es consistente con las lesiones ni con la evolución clínica que presentó la paciente [...].
2. De acuerdo a lo discutido en el apartado anterior, la hemorragia cerebral que presentó la [niña] no es consistente con un mecanismo de hipoxia cerebral, ni con una malformación arteriovenosa, lo anterior sustentado en los hallazgos histopatológicos, en el protocolo de necropsia, en el dictamen de Neurología, emitido por el Hospital Infantil Federico Gómez [...] y en lo descrito en la literatura médica al respecto.

La causa que concuerda con lo descrito en la cinemática del trauma, en el protocolo de necropsia y en la literatura médica es el de un traumatismo craneoencefálico como origen de los hallazgos médicos forenses.

3. La atención brindada por el Hospital Pediátrico Peralvillo posterior al evento de parada cardiorrespiratoria no fue adecuada ni oportuna, ya que no se realizaron estudios de diagnóstico de forma oportuna, lo que impidió brindar un tratamiento específico a la



patología de la [niña]. A pesar de que no contaban con la infraestructura para valorar de forma adecuada a la paciente (falla en los equipos de laboratorio y de equipo de gabinete específico, así como de una Unidad de Cuidados Intensivos), se retrasó la referencia un promedio de 12 horas. Tiempo durante el cual, la paciente no tuvo acceso a una atención ni valoración médica específica para su padecimiento.

4. No se puede determinar si, en caso de haberse dado la valoración médica específica para el diagnóstico y tratamiento, tanto de la caída como de las secuelas post paro ocasionadas por la misma en forma oportuna, el resultado hubiese variado; sin embargo, el personal médico del HPP no cumplió con su obligación de medios. Esto es, no se le brindó a la paciente todas las herramientas diagnósticas terapéuticas que se encontraban al alcance de dicho hospital.

5. La caída de la paciente puede ser considerada un evento adverso, y se debe recalcar que el servicio de enfermería del HPP no cumplió con sus obligaciones de seguridad respecto a la paciente [...], lo que ocasionó la caída y ésta, todas las complicaciones posteriores, hasta la muerte de la paciente.  
[...].

64. Valoración de impactos psicosociales de fecha 29 de julio de 2014, suscita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### V. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja** y están expuestos por [la] propia peticionaria, en el apartado IV inciso b) de esta valoración, relacionados a la inadecuada atención médica proporcionada por los Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que derivó en la muerte de su hija [...] [nombre de la niña agraviada J].

2.- La sintomatología descrita por [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] está directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, referente a un **proceso de duelo no elaborado**, hasta la actualidad, ha presentado episodios de tristeza, llanto, desesperanza, enojo, impotencia, culpa. El fallecimiento de su hija, es reexperimentado por medio de sueños, presenta malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan al evento traumático, conversaciones y lugares. No ha podido desprenderse de los objetos de [...] [nombre de la niña agraviada J], pues continúa depositando un valor afectivo, manifestando que su hija se encuentra presente en ellos, lo que le impide poner distancia psicológica.<sup>4</sup> Aunado a la reexperimentación del trauma cada que acude a consulta con su hija [...] reviviendo los hechos traumáticos.

---

<sup>4</sup> Desde una perspectiva psicosocial un evento traumático representa una ruptura en la continuidad de la vida, y marca un antes y un después en la vida de las personas, son experiencias que hacen que la persona pierda el control de su vida, las cuales sin un adecuado acompañamiento pueden generar a la persona la sensación de que su vida queda atada a dicha experiencia, sin poder poner distancia emocional o sin poder llevar a cabo un cierto cierre psicológico que le permita mirar hacia adelante. (Beristain, 2011)

[...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] cuenta con recursos emocionales propios, uno de ellos es el afrontamiento<sup>5</sup>, lo cual le ha permitido enfrentar los hechos traumáticos que vivió al enfrentar las crisis familiares los cuales le han permitido desarrollar mecanismos de afrontamiento <sup>6</sup>, ante los eventos traumáticos que vivió . A partir de estos hechos, [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] en su búsqueda de justicia le ha dado un sentido a su proceso de duelo, al haber denunciado ante la PGJDF la actuación de los servidores públicos, además que solicitó la intervención de este Organismo.

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, económico y proyecto de vida. El desequilibrio biopsicosocial está relacionado a un considerable incremento de peso, desembocando en diversos padecimientos como presión arterial alta, diabetes y afectando su autovaloración. Los roles y dinámica familiar tuvieron una afectación funcional, pues se interrumpieron las actividades de convivencia y desarrollo. La ausencia de su esposo y la sobrecarga de responsabilidades en cuanto a cuidados y decisiones de sus hijos, han direccionado de una manera diferente su proyección de vida, pues Lucero desea separarse de su esposo.

4.- La reparación, según Beristain (2009: 173) se refiere a un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, así como promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones. Estas medidas habrán de contemplar dos objetivos: 1) Ayudar a las víctimas a mejorar su situación, a enfrentar las consecuencias de los eventos traumáticos vividos, reconociendo su dignidad como personas y sus derechos. 2) Mostrar solidaridad con las víctimas y reestablecer su confianza hacia la sociedad y hacia las instituciones.

De acuerdo a la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J], las acciones que consideraría reparadoras en relaciones con las violaciones de las que fue objeto son las siguientes:

6. Atención psicológica, para sus hijos [...], con el objeto de atender las secuelas emocionales que trajo la muerte de [...] [nombre de la niña agraviada J].

7. Desean la aceptación de la negligencia médica y una disculpa pública.

8. Acciones hacia la no repetición, pues no desea que ningún otra familia viva esa situación.

---

<sup>5</sup> El Afrontamiento, cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos o desafiantes, entonces se habla de un afrontamiento. Sus principales funciones son resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales. El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos y emocionales, como conductas de resolución de problemas. Puede hablarse de un afrontamiento pasivo, es decir, de adaptarse a situaciones negativas, y uno activo, de tratar de cambiar la causa del estrés. (Carlos Martín Beristain, 2011).

<sup>6</sup> El Afrontamiento, cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos o desafiantes, entonces se habla de un afrontamiento. Sus principales funciones son resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales. El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos y emocionales, como conductas de resolución de problemas. Puede hablarse de un afrontamiento pasivo, es decir, de adaptarse a situaciones negativas, y uno activo, de tratar de cambiar la causa del estrés. (Carlos Martín Beristain, 2011).

9. Acciones contra la impunidad, encaminadas al acceso a la justicia, otorgando sanciones para el personal del Hospital Pediátrico de Peralvillo que resulte responsable de los hechos en que su hija [...] [nombre de la niña agraviada J] perdió la vida.

## VI. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

Por tanto, sería fundamental que [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] cuente con apoyo terapéutico con la finalidad de enfrentar y comprender la situación que vulneró sus diferentes esferas. Fortaleciendo sus capacidades personales para apoyar la reconstrucción de su autoestima y sus relaciones interpersonales y sensación de seguridad principalmente.

Es importante destacar, que el fortalecimiento de sus capacidades personales, y la disminución de los impactos psicosociales descritos, estarán directamente relacionados con el cumplimiento de las medidas de reparación que espera, pues el cumplimiento está directamente ligado con procesos de acceso a la justicia y no impunidad.

- **Desfavorable**, mientras la investigación sobre los hechos en que fueron violentados sus derechos humanos fundamentales permanezca impune y no se ejecuten las medidas de reconocimiento. Esto hará latente del daño del que fue objeto. Además, el que no cuente con un apoyo terapéutico, que le permita elaborar la experiencia traumática que vivió, podría agravar su estado emocional actual.

**Favorable**, A partir de la muerte de su hija, [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] ha desarrollado mecanismos de afrontamiento; que si bien ha pasado por episodios de dolor emocional y sus impactos, esto mirándolo como un ajuste y una respuesta normal ante un evento inesperado que fue la muerte de su hija. Al cabo de estos años, [...] [nombre de la madre de la niña agraviada J] se ha ido adaptando e incorporando a las nuevas dinámicas familiares (aceptando la ausencia de su hija), así como ejercer un rol más activo hacia su familia y en la toma de decisiones en el hogar y su maternidad, como fue su cuarto embarazo y actualmente a la crianza de sus tres hijos; además de enfrentar las diferentes crisis dentro de su núcleo familiar a partir del evento traumático y doloroso.

[...]

## V. Caso K. Expediente CDHDF/III/122/AZCAP/11/D2523

65. Protocolo de necropsia de fecha 22 de abril de 2011, suscrito por los Médicos Willebaldo Segura Guerra y Alberto Sosa Guadarrama, peritos médicos forenses adscritos al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el cual consta lo siguiente:

[...] [Nombre del niño agraviado K], **FALLECIÓ DE CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA.**

[...]

66. Oficio número DAJ/SAA/1829/2011 de fecha 13 de mayo de 2011, suscrito por el Licenciado Darío Manuel Castorena Rojí, Director de Asuntos Jurídicos adscrito a los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el cual se informó lo siguiente:

[...]

Respecto de la solicitud planteada [...], es pertinente aclarar que [...] [nombre del niño agraviado K], no tuvo estancia en el Centro de Salud, solo fueron consultas [...].

67. Ampliación del dictamen de necropsia de fecha 15 de mayo de 2011, suscrito por los Médicos Willebaldo Segura Guerra y Alberto Sosa Guadarrama, peritos médicos forenses adscritos al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el cual consta lo siguiente:

[...] **AMPLIAMOS NUESTRO DICTAMEN DE NECROPSIA POR RESULTADOS DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, LA CAUSA DE LA MUERTE SE DEBIÓ A EDEMA PULMONAR AGUDO Y NECROSIS TUBULAR AGUDA.** [...]

68. Oficio número DHPA/338/2011 de fecha 13 de junio de 2011, suscrito por la Doctora Guadalupe Alejandra Santillán Muñoz, Directora del Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...] en relación a la queja presentada por [...] el fallecimiento de su hijo [...] [nombre del niño agraviado K] de 2 años 5 meses de edad, quien fue atendido en el Servicio de Urgencias de esta Unidad el día 22 de abril de 2011. Se solicita [...] se envíe respuesta a las siguientes peticiones solicitadas.

**Pregunta 1.** Explicar ampliamente que parámetros clínicos de deshidratación presentaba el menor [...] [nombre del niño agraviado K]

**Respuesta:** En el oficio 38110-11 enviado [...] en el cual se informó que la "Nota médica Inicial de Urgencias" con folio 11145 del paciente [...] [nombre del niño agraviado K] con fecha 22 de abril de 2011, elaborada por la Dra. Lozano Villalba Flor Magdalena [,] Médica Pediatra asignada al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, se consignó en dicha nota en la Exploración física lo siguiente: Se encuentra con buena coloración e hidratación de piel y mucosas, piel y mucosas normales, faringe normal, cuello normal, área cardiopulmonar normal, abdomen peristalsis aumentada, extremidades normales, Glaslow 15/15. Condición estable y establece el diagnóstico de gastroenteritis bacteriana SIN HIDRATACIÓN.

[...]

**Pregunta 2:** Explicar ampliamente qué procedimiento se siguió para mejorar el estado de salud del menor [...] [nombre del niño agraviado K] al notar que sus constantes vitales (frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 68 por minuto) estaban fuera de rangos normales. En caso de haberse realizado los

procedimientos mejoraron dichas constancias vitales, en que parámetros finales quedaron y por qué no fueron reportadas.

**Respuesta:** El paciente fue valorado el 22/04/11 a las 02:30 hrs. Registrándose en la Nota Médica de Urgencias, temperatura de 40° C, frecuencia cardíaca 140/min. Frecuencia respiratoria 68/min. Por lo que la Doctora Flor Magdalena Lozano Villalba indica y registra en la nota inicial de urgencias "pasa a control térmico" así como la administración de 110mg de metamizol vía intramuscular. Enfermería lleva a cabo la administración del medicamento e inicia el control médica [sic], mediante baño de artesa, ambas acciones llevadas a cabo a las 2:30 hrs. de acuerdo a lo registrado en la nota médica inicial de urgencias y lo registrado en la libreta de control de procedimientos del servicio de enfermería; el baño de artesa se suspende a las 3:30 hrs registrándose en ese momento la temperatura del paciente de 37° C en la nota médica inicial de urgencias así como en la libreta de control de procedimientos de enfermería registrando también la administración de Difenidol 5.5 mg IM y Amikacina 250mg IM. No se registraron en la nota médica inicial la frecuencia cardíaca ni la frecuencia respiratoria al terminar el control térmico ni en el momento del egreso del paciente habitualmente no se registran la frecuencia cardíaca ni la frecuencia respiratoria, solo la temperatura una vez que se controla la fiebre a menos que en la exploración física se detecten signos clínicos compatibles con complicaciones médicas y/o quirúrgicas.

[E]n el caso del paciente [...] su temperatura normal a las 2 hrs. o 3 hrs. del día sería 36.5°C – 37°C, por lo que a su ingreso presentaba 3 grados más de temperatura de lo normal, por lo que era de esperarse que su frecuencia cardíaca estuviera en 140 X ya que la frecuencia cardíaca normal para su edad es entre 100 y 120 latidos por minuto. Durante la fiebre se incrementa la frecuencia respiratoria como resultado de mecanismos compensatorios por estímulo del centro respiratorio.

**Pregunta 3.-** Explicar ampliamente por qué en base a las constancias vitales de ingreso elevadas (frecuencia respiratoria alta), no se trasladó al menor [...] [nombre del niño agraviado K] al área de hospitalización directamente.

**Respuesta:** El paciente [...] [nombre del niño agraviado K] fue valorado en el servicio de urgencias por gastroenteritis bacteriana sin deshidratación, presentaba fiebre 40°C, la urgencia inmediata era controlar la fiebre mediante medios físicos para evitar que el paciente fuera a convulsionar por la fiebre, de acuerdo a lo consignado en la exploración física en la nota inicial de servicio de urgencias y lo expresado por la propia Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba no se detectó signos clínicos compatibles con complicaciones médicas y/o quirúrgicas secundarias al proceso gastrointestinal infeccioso bacteriano por lo que no lo hospitalizó incluso anota "condición estable".

La supresión de la fiebre mediante medios físicos aunado a antitérmicos puede crear una falsa apreciación de mejoría y cuando la etiología no es bien identificada puede desorientar al médico en cuanto a la gravedad del paciente, es probable que esto sucediera con el paciente, sin embargo se debe tener en cuenta que el paciente pediátrico puede perder grandes volúmenes de líquido y comprometerse en forma importante su volemia en pocas horas y que puede evolucionar hacia la gravedad rápidamente, en el paciente desde su egreso hasta el momento de su fallecimiento pasaron 4 horas aproximadamente.

[...]

69. Oficio número 3353 de fecha 23 de noviembre de 2011, suscrito por la Maestra María Elena Lugo del Castillo, Directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, mediante el cual informó lo que a continuación se transcribe:

[...]

#### RESPUESTA AL INTERROGATORIO

[...]

**Pregunta 3.-** Determinar el mecanismo, manera y causa básica e inmediata de la muerte de [...] [nombre del niño agraviado K].

**Respuesta:** En el resultado de estudio histopatológico practicado a las vísceras, se encontró lo siguiente:

**“presencia de macrófagos con citoplasma micro vacuolados en espacios aéreos proximales”**

Esto indica que el menor [...] [nombre del niño agraviado K] días antes del día 22 de abril de 2011 entraron virus y bacterias altamente virulentos en sus pulmones por vía respiratoria, por aspiración de secreciones orales, y esto agregado a que [las defensas del niño] se encontraron disminuidas, el reflejo de la tos alterado o por una infección viral coexistente, la infección pulmonar inicial condicionó el exudado rico en proteínas en el intersticio pulmonar (edema pulmonar), en estos casos la tos es infrecuente y además presentó una expectoración que fue a parar el tracto digestivo, ocasionando una gastroenteritis infecciosa, debido a que los síntomas y signos clínicos del edema pulmonar no son específicos, pasó desapercibido por los padres, y como no presentó sintomatología respiratoria no se sospechó de dicha patología (edema pulmonar), el edema pulmonar produce un índice de mortalidad alto de un 50% a 70% aún cuando se mejora la función ventilatorio con tratamiento médico.

[...].

**Pregunta 5.-** Sí la causa de edema pulmonar y necrosis tubular aguda se asocia al diagnóstico de gastroenteritis.

**Respuesta:** el paciente presentó (edema pulmonar), con expectoración que fue a parar al tracto y que por las condiciones que se pudieron presentar [...] como son alteraciones de la acidez gástrica, alteraciones de la motilidad intestinal, alteraciones de la flora intestinal, estado nutricional deficiente del menor, alteraciones de la mucosa gástrica, la alta virulencia de las bacterias ocasionó una gastroenteritis infecciosa debido a que los síntomas y signos clínicos del edema pulmonar no son específicos pasó desapercibido por los padres y como no presentó sintomatología respiratoria no se sospechó dicha patología.

Sin embargo cabe mencionar que la nota médica en que se menciona que el menor [...] [nombre del niño agraviado K] presentó “diarrea de 3 horas de evolución, evacuaciones líquidas fétidas sin moco, sin sangre con buena hidratación abdomen con peristalsis aumentada, Dx: Gastronteritis bacteriana sin hidratación” no fue lo que condición[ó] la muerte del menor [...] [nombre del niño agraviado K].

**Pregunta 6.-** Qué datos de deshidratación presentaba el cadáver [...].



**Respuesta:** una vez extinguida la vida todos los cuerpos empiezan a experimentar una serie de alteraciones que se denominan fenómenos cadavéricos.

Los fenómenos cadavéricos tempranos: son la acidificación tisular, el enfriamiento, la deshidratación, las livideces, la rigidez y el espasmo cadavérico.

Deshidratación cadavérica: se debe a pérdida del agua por evaporación, sus principales manifestaciones se observan en los ojos y constituyen los signos de Stenon-Louis (que consiste en hundimiento del globo ocular, pérdida de la transparencia de la cornea [sic] que se vuelve opaca, formación de arrugas en la cornea [sic], depósito de polvo. Y el signo de Sommer (mancha negra escler[óptica]) que consiste en un triángulo oscuro con la base en la córnea, y otras veces, en una línea que sigue el ecuador del ojo, empieza en la mitad externa del ojo, se debe a la transparencia esclerótica por deshidratación que deja visible el pigmento de la coroides.

Su importancia médico legal es sólo el diagnóstico de la muerte, y el diagnóstico de intervalo post mortem.

**Pregunta 7.-** Sí se relaciona la dosis de Amikacina con la muerte del menor [...] [nombre del niño agraviado K].

**Respuesta:** No se relaciona con la muerte del menor [...] [nombre del niño agraviado K]. La amikacina es un antimicrobiano que su dosis normal en niños es de 15 a 22.5 mg x kg x día como dosis máxima 2 gramos y tomando en cuenta que el menor [...] [nombre del niño agraviado K] al momento de administrarle el medicamento pesaba 10.800, la dosis que le administraron de 250mg cada 24 horas no le produce nefrotoxicidad, ni la muerte del menor [...] [nombre del niño agraviado K].

**Pregunta 8.-** Sí la historia natural de la causa de edema agudo pulmonar y necrosis tubular aguda, pudo haber sido modificada si el niño [...] [nombre del niño agraviado K] hubiera sido ingresado a Hospitalización.

**Respuesta:** Si pudo haber sido modificada, existe tratamiento para el manejo del edema pulmonar en relación a las alteraciones en la permeabilidad alveolo capilar, mejorando la función respiratoria, aún con el tratamiento con un índice de mortalidad de 50% al 70% con el tratamiento médico.  
[...]

70. Opinión médica de fecha 24 de enero de 2014, suscrita por un médico visitador adjunto de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual se asentó lo siguiente:

[...]

## II. PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

1. Determinar si la atención médica recibida en el Centro de Salud Manuel Cárdenas de la Vega y en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco fue adecuada y oportuna.

Valorar si la causa de la muerte mencionada en el Protocolo de Necropsia se encuentra de acorde a la evolución clínica presentada por el paciente. Lo anterior con base en el dictamen médico ofrecido por la CONAMED.

### III. METODOLOGÍA

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas del expediente médico del agraviado generadas en el Centro de Salud Manuel Cárdenas de la Vega y en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a [...] [nombre del niño agraviado K] durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su muerte; así como también se consultó la información del Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y diversa documentación contenida en el expediente de queja; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas. [...]

### VI. CONCLUSIONES.

1. Se documenta mala práctica médica en la atención brindada por el Centro de Salud T. III "Manuel Cárdenas de la Vega" al paciente, por lo siguiente: No se interrogó de manera apropiada para conocer la etiología del vómito, ya que en ese momento el paciente no presentaba diarrea no se podía hablar de gastroenteritis, por lo cual dicho diagnóstico no se encontró correctamente sustentado, como lo señala la literatura médica al respecto.

Se brindó tratamiento empírico pensando en una gastroenteritis, lo cual no se encuentra sustentado de acuerdo a lo señalado en el numeral 7.2.6.4.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

Sin embargo, no se puede establecer nexo causal entre la mala práctica y la muerte del paciente.

1.1. Se documenta mala práctica médica en la atención médica brindada por el Hospital Pediátrico de Azcapotzalco al paciente, por lo siguiente: En la primera atención del paciente, a las 02:24 horas del día 22 de abril de 2011, solo se valoró la sintomatología aparente del paciente, esto es: fiebre. Se desconocen las condiciones a su ingreso debido a la ausencia de una nota médica inicial de Urgencias a esa hora. Lo cual no coincide con lo señalado en los numerales 7.1.4 al 7.1.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Por lo anterior no se valoró integralmente al paciente en ese momento.

La nota de Urgencias de las 03:35 horas del día 22 de abril de 2011, se convierte entonces en la nota de evolución de Urgencias, como nota de evolución debería contener lo estipulado en el numeral 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, esto es, debe contener los signos vitales y los resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Al valorar inicialmente de forma parcial al paciente, dicha nota contiene solo la normalización de la temperatura. No se exploran el resto de signos vitales, así como si el paciente tolera o no la vía oral ni la respuesta al tratamiento medicamentoso instaurado (solo se valoró la





respuesta al metamizol inyectado para el control de la temperatura), por lo tanto, dicha nota no se apega a lo estipulado en el numeral 7.2 de la Norma Oficial mencionada anteriormente.

Al paciente se le receta antibiótico de forma empírica, sin embargo el numeral 7.2.6.4.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño, se menciona que los antimicrobianos solo están indicados para determinados agentes etiológicos productores de enfermedades diarreicas. En el presente caso, no se realizó diagnóstico etiológico, por lo tanto el antibiótico de primera instancia no se encontraba indicado.

No se puede establecer un nexo causal entre la mala práctica médica anteriormente mencionada con la muerte de [...] [nombre del niño agraviado K].

Cabe mencionar que en la opinión de CONAMED se refiere que la médica que brindó la atención en el Hospital Pediátrico de Azcapotzalco se encontraba como único personal adscrito al servicio. Dicha información no pudo ser corroborada en el expediente de queja de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; sin embargo, en caso de confirmarse dicha información, será necesario ponderar la misma con lo mencionado anteriormente como mala práctica médica.  
[...].

#### V. Caso L. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2520

71. Informe de fecha 20 de mayo de 2011, suscrito por Jonathan Alcántara Herrera, enfermero general adscrito al Hospital Pediátrico Tacubaya, en el que consta lo siguiente:

[...]  
Recibo paciente [...] [nombre de la niña agraviada L] la cual se encuentra en cuna con apoyo ventilatorio, sujeta para evitar riesgos ya que se encuentra activa, reactiva a estímulos externos.

Se observa paciente con vitales normales, con lesiones dérmicas en áreas de contacto con electrodos, y sensores de monitor, así como en zonas de punción (para toma de muestras de laboratorio, instalación de venoclisis, venodisección, etc.)

Se inicia con cuidados de enfermería específicos (cambios de posición, registro de signos vitales horario, cambio de pañal y de cuna, ministración de medicamentos, cambio de soluciones, lavado bronquial, aspiración de secreciones, vigilar drenajes (sonda vesical).

A las 1:50 horas se presenta edema en miembro torácico derecho se cierran paso de soluciones para retirar venoclisis. Se re canaliza con apoyo de la Dra. Alejandra Hinojosa quedando venoclisis permeable y funcional hasta aproximadamente a las 5:00 [horas] de la mañana la supervisora Lic. Alma Rosa Solís López observa coloración rojiza-violácea acompañada con edema en dedo índice, medio, anular y meñique, como en dorso y palma de la mano, con la venoclisis permeable y obteniendo retorno indicándome que se retire. Posteriormente se incrementa coloración marmórea hasta muñeca, de los signos mencionados con anterioridad se notifica a los médicos de guardia, indicando vendaje en miembro afectado para disminuir edema.

Con las características ya referidas se hace del conocimiento al médico del turno matutino, el cual solicita valoración al médico especialista en cirugía plástica, el cual valora y se decide por la dermatomía y faciotomía asistido por el personal del turno nocturno. Se entrega paciente al primer turno en las mismas condiciones.

[...]

72. Informe de fecha 24 de mayo de 2011, suscrito por la doctora Esther Irene Robles Hernández, médica pediatra adscrita al Hospital Pediátrico Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] Inicio mi horario de trabajo a las 21:00 hrs. iniciando el pase de visita en el área de urgencias con los pacientes hospitalizados, encontrando a la paciente mencionada con apoyo ventilatorio, se menciona en nota vespertina que se había reintubado por desaturación, con monitorización continua, sin sedación reactiva a estímulos externos, hidrata, febril, cánula endotraqueal permeable, campos pulmonares con estertores transmitidos, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible, peristalsis presente, se encontraba canalizada en extremidad derecha con venoclisis funcional; le indiqué a la Dra. Cinthia Hernández Guevara residente de 2° año realizara la nota de evolución de dicha paciente que por el momento no ameritaba cambios en el tratamiento, [...].

Aproximadamente a la 1:40 am del día 8/04/11 me informó el enfermero Jonathan Olmo Alcántara Herrera que las soluciones se habían infiltrado, preguntándome que si era necesario que se volviera a recanalizar, a lo que le conteste sí; es un paciente aún grave, está en ayuno, y con antibióticos; proseguí con el trabajo en el área de consulta de urgencias. Aproximadamente a las 2:00 am entre al área de urgencias hospitalización y ya estaban canalizando a la paciente, encontrándose ahí a la Doctora Alejandra Hinojo Montes de Oca quien la canalizó en el dorso de la mano izquierda, verificaron permeabilidad, la cual fue adecuada; yo me retire a continuar con la consulta de urgencias y el enfermero Jonathan Olmo Alcántara Herrera y las enfermeras Natividad Alvarado Méndez y Bertha Licon Salgado se quedaron fijando la venoclisis; sin darme avisó de ningún accidente o complicación con dicha paciente.

Acudí nuevamente a urgencias hospitalización a las 6:30 am, encontrándome a la enfermera Bertha Licon Salgado, con la paciente, cubriéndole con gasas húmedas, le pregunté qué había pasado, diciéndome que se habían infiltrado las soluciones y que le iba a colocar bicarbonato de sodio en la lesión, le dije que no le colocará nada; porque no me había avisado, diciéndome que le había dicho a la residente Lizbeth Robledo Carrillo, y le pregunté por qué no me avisó, diciéndome que ella también se dio cuenta 10 minutos previos de lo ocurrido, porque vio a la enfermera con el paciente por lo que se acercó fue el momento en que yo llegué, le pedí a la enfermera que me mostrara, observando la equimosis tanto en el dorso como en la palma de la mano, con edema abarcando la mano y parte de la muñeca, le indiqué que ya no se recanalizara que a las 7:00 [horas] llegaba el cirujano, que ya no le aplicara nada en la mano, que le pusiera un vendaje no compresivo, por lo que le indique a la enfermera Bertha Licon que lo retirara y que no lo apretara, estando presente el enfermero Jonathan Olmo Alcántara Herrera, agregué a la indicación de vendaje la palabra no compresivo con pluma; en ese momento llegó la Doctora Liliana López médica adscrita [al] turno matutino a la oficina de urgencias [...] le informé de manera verbal de lo ocurrido, que en ese momento no era tan importante el edema pero si la equimosis; que no había encontrado a familiar para informarle del evento, que la paciente estaba multipuncionada, difícil de canalizar por lo que no se había recanalizado y el cirujano llegaba a las 7:00 am [...].

Mi siguiente guardia fue el día 10 de abril de 2011 la paciente continuaba en el área de urgencias, me enteré que se habían realizado dermofasciotomías; ese día ya sin apoyo con el ventilador, más estable en cuanto patología respiratoria, pero con presencia de dedos de mano izquierda fríos, sin llenado capilar, cubiertos con vendaje, no se realizaron cambios en su manejo.

[...]

73. Informe de fecha 25 de mayo de 2011, suscrito por el doctor Joel Francisco Márquez Medina, médico adscrito al Hospital Pediátrico Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] el día 8 de abril del presente año a las 7:30 hrs atendió a la paciente [...] [nombre de la niña agraviada L] en el servicio de urgencias a solicitud de los médicos del servicio por presentar el siguiente cuadro clínico:

Ingresada por el diagnóstico de bronconeumonía, posterior a su ingreso a urgencias inicia aproximadamente a las 5:00 am con aumento de volumen que se acompaña de cambios de coloración equimótica a negra en la región dorsal, palmar y en dedos de la mano izquierda. A la exploración física se encontraron cambios de coloración en toda la mano a partir de la muñeca con cambios equimóticos y los dedos con coloración negra, ausencia de llenado capilar, ausencia de sangrado a la punción digital y el dorso y la palma con edema a tensión de la piel. Con el diagnóstico clínico de síndrome compartimental se realizaron dermofasciotomías dorsales y palmares a fin de aliviar tensión y mejorar perfusión, con hallazgos de falta de sangrado a la incisión, mejorando parcialmente la congestión y aliviando el edema a tensión. Debido al probable compromiso vascular se sugirió la realización de un ultrasonido doppler, para verificar la permeabilidad arterial, se sugirió la utilización de heparina de bajo peso molecular (BPM), pentoxifilina y nitroglicerina, a fin de mejorar la perfusión y el retorno venoso. El pronóstico fue reservado para la viabilidad del segmento, explicando a la madre la gravedad de la lesión. Y quedando como interconsultantes [...].

74. Oficio SAJ/JGBA/235/2011 de fecha 27 de mayo de 2011, signado por el Licenciado José Gerardo Barrueco Alfaro, subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto Nacional de Pediatría, por el cual envió a este Organismo diversa documentación, entre ella, resumen clínico de fecha 27 de mayo de 2011, suscrito por el Doctor Agustín Insunza Ramírez, Jefe del Departamento de Ortopedia Pediátrica de dicho nosocomio, en el cual consta la siguiente información:

[...] con 6 días de evolución previo a su ingreso al Instituto Nacional de Pediatría: Edema de la mano izquierda con ausencia de llenado capilar con disminución progresiva de la temperatura de la mano izquierda.

[...] Exploración física: [...] extremidad superior de lado izquierdo completa, atrófica, y bien conformada desde el hombro, brazo, codo y tercio proximal con tercio medio del antebrazo ya que en la unión del tercio medio con el tercio distal del antebrazo se encontraba inflamado, rojo o eritematoso, el tercio distal del antebrazo, la muñeca, la mano y los dedos se encontraban con coloración negra, duros, acartonados, sin tejido vivo, la mano presentaba heridas quirúrgicas de fasciotomías abiertas en la región palmar y en la dorsal; la piel estaba acartonada, dura y sin presencia de sangrado reciente o antiguo. Los arcos de movilidad del hombro brazo y codo se encontraban íntegros, la sensibilidad estaba conservada con fuerza muscular normal; pero el tercio

distal del antebrazo, la muñeca, mano y dedos, no se movían, los dedos presentaban actitud en flexión, sin movimiento, sin sensibilidad, sin llenado capilar con la piel negra y acartonada.

Diagnósticos: neumonía adquirida en la comunidad, contractura isquémica de wolkman, necrosis vascular de tercio distal del antebrazo, muñeca, mano y dedos de lado izquierdo.

Tratamientos: el 15 de abril de 2011, un día después de su ingreso al Instituto Nacional de Pediatría, se realizó el procedimiento quirúrgico: la amputación en el antebrazo izquierdo a nivel del tercio medio con el distal del antebrazo izquierdo, con la técnica de smile [...].

Evolución: buena para la vida, reservada para la función del miembro torácico izquierdo [...].

75. Informe de fecha 27 de mayo de 2011, firmado por la enfermera general Maricela Ortega Muñoz, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] acerca de [...] [nombre de la niña agraviada L], la cual estuvo internada en el servicio de urgencias, en la cama #3, y la tu(v)e a mi cargo el día 2 de abril del 2011.

El paciente [...] [nombre de la niña agraviada L] la cual recibí con signos vitales estables y apoyo ventilatorio así como con catéter en yugular izquierdo permeable, se le proporcionaron cuidados de enfermería específicos [...] se realizan cambios frecuentes, se coloca calor local por presentar hipotermia la cual se corrigió al término del turno [...], se entregó al segundo término estable dentro de su gravedad [...].

76. Informe de fecha 29 de mayo de 2011, suscrito por la enfermera general Verónica Martínez Ramírez, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el que consta lo siguiente:

[...] Días 23, 24, 25 y 30 de Marzo. Recibo lactante [...] [nombre de la niña agraviada L] de 5 meses bajo sedación, apoyo ventilatorio por cánula orotraqueal conectada a ventilador fase III, sonda orogástrica a derivación de drenado [...].

30 de marzo. Presenta lesión pequeña por presión en mejilla lado derecho, multipunción en ambos brazos por gostrometrías, se realizan cambios de posición para evitar la lesión por presión [...].

3 y 6 de abril. Catéter lumen proximal presenta resistencia al paso de soluciones, marcas de lesión en piel de tórax por parches de electrodos, índice de mano izquierda presenta lesión por presión de equipo de saturometría.

7 de abril. Recibo a [...] [nombre de la niña agraviada L] en su unidad de apoyo ventilatorio por casco cefálico y puritán frío continuo, hidratada, palidez generalizada, lesión por presión en mejilla lado derecho, sonda nasogástrica pinzada, catéter yugular izquierdo con resistencia lumen proximal. Campos pulmonares con estertores bilaterales, tórax e índice de mano izquierda con lesión por presión de equipo de saturometría, sonda Foley a derivación con presencia de micciones espontáneas, se retira sonda nasogástrica y se coloca sonda orogástrica para alimentación a gravedad,

se realiza cambio de sonda Foley durante el turno con hipertermia y taquicardia, monitorización continua de signos vitales y saturación de oxígeno.

8 de abril. Recibo a [...] [nombre de la niña agraviada L] en su unidad activa, reactiva con apoyo ventilatorio por cánula orotraqueal sonda orogástrica a derivación, campos pulmonares con estertores bilaterales, sin soluciones, miembro torácico derecho con multipunción, al recibir turno a las 7:00 a.m. miembro torácico izquierdo presenta necrosis en dedos, palma y dorso de la mano sin presencia de llenado capilar, edema, fría y sin movilidad se notifica de inmediato a la Dra. López la cual valora al paciente [...] [nombre de la niña agraviada L] solicitando valoración por cirugía plástica Dr. Márquez iniciando dermofaciotomía a las 7:30 hrs. en palma y dorso de la mano con posterior colocación de furacín y vendaje manteniéndose con elevación del mismo, se coloca vendaje Jones en mano derecha a las 09:00 a.m. se instala catéter yugular lado derecho por Dr. Delgadillo, al medio día se extuba por la Dra. López con posterior colocación de puritan frío continuo manteniéndose con saturación por arriba de los 90%, se inician infusiones de Pentofixilina y Heparina por bombas de infusión, se mantiene monitorización continua de signos vitales y saturación.

9 y 13 de abril, mano derecha con presencia de necrosis, sin llenado capilar, rigidez, fría y sin movilidad con despitelización dérmica de orjejos entregándose al siguiente turno estable dentro de su gravedad.

77. Informe de fecha 30 de mayo de 2011, signado por la enfermera general Rosa María Gutiérrez Tolentino, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] manejé al paciente [...] [nombre de la niña agraviada L] en el servicio de urgencias con apoyo ventilatorio [...] monitoreo continuo [...], pálido normotérmico.

A las 24:00 horas presenta espasmo bronqueal administrándosele betametazona, recuperándose a las 2:30 hrs, se inicia aminas, presentando T/A elevada y frecuencias cardíacas, pasa al siguiente turno estable.

3-04-2011.- Se recibe paciente sexo femenino en cuna radiante con apoyo ventilatorio, pálido, campos pulmonares ventilados venodisección yugular izquierda con presencia de resis[tencia] la cual se destapa para permeabilizar. Se realiza lavado bronquial encontrándose abundantes secreciones. Sonda orogástrica para iniciar alimentación enteral, pasa al siguiente turno estable.

27-03-2011.- Paciente sexo femenino en cuna radiante con apoyo ventilatorio. SPO2 de 84% venodisección yugular, monitoreo continuo, presenta ligera cianosis distal en ambos miembros superiores e inferiores, abdomen blando, sonda orogástrica a derivación se realiza lavado bronquial y cuidados generales de enfermería, pasa al siguiente turno estable.

78. Informe de fecha 30 de mayo de 2011, signado por la enfermera general del turno nocturno, Rosalina De la Cruz Ávila, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] Por medio de la presente informo a usted, el manejo que se le da a [...] [nombre de la niña agraviada L] en el servicio de urgencias, del día 31 de mayo del 2011.

Se recibe a la paciente lactante menor en decúbito ventral con apoyo ventilatorio manejándose con aminas inestable al inicio de turno manejando hipertermia cediendo por medios físicos, presentando hipertensión saturando de 84% al 88% lo máximo catéter ungular izquierdo doble lumen con paso de aminas [...]

Venoclisis para paso de NPT y medicamentos.

Sonda orogástrica drenado pozos cafés.

Monitoreo continuo con oximetría de pulso.

Sonda vesical con gasto urinario alto tendiente a hacerse adecuado color amarillo ámbar.

Se proporcionan cuidados generales y específicos de enfermería.

[...]

79. Informe de fecha 30 de mayo de 2011, signado por la enfermera general Cecilia Leonarda Herrera Luna, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...]

[P]aciente que a su recepción se encuentra con apoyo ventilatorio por cánula orotraqueal palidez de tegumento campo pulmonares con estertores bilaterales catéter subclavio funcional extremidades con brazaletes de T/A en miembro superior derecho y oxímetro en dedo medio en mano izquierda tórax con electrodos para monitorización continua, abdomen blando globoso, genitales con sonda de Foley a derivación, extremidades sin complicaciones, se le realizan cuidados específicos así como lavado bronquial y ministración de medicamentos con horario, se le realiza curación de catéter y se entrega al siguiente turno sin presentar complicaciones hasta el momento.

[...]

80. Informe de fecha 31 de mayo de 2011, suscrito por la enfermera general Alma Guadalupe García Aguilar, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el cual consta lo siguiente:

[...] El día 19 de marzo quedó a mi cargo [...] [nombre de la niña agraviada L] en el Servicio de Urgencias, se encontraba en fase III ventilatorio, venoclisis en MSD con Sol. De Base y Pélvico Izquierdo con infusión de Midazolam ambas vías permeables, con monitoreo continuo. Se realiza lavado bronquial y aspiración de secreciones. Se encuentra muy activo aún con la infusión de Midazolam y se extuba e intuba al mismo tiempo continuando con el mismo manejo neonato en apoyo ventilatorio.

El día 11 de abril de 2011, la encuentro hipoactiva, reactiva a estímulos exteriores con catéter yugular derecho funcional y observo vendaje en mano izquierda con necrosis, se observa en antebrazo derecho equimosis. A la vía oral se observa succión débil, alimentándola por Técnica Mixta. Se aspiran secreciones orofaríngeas de regular cantidad, se mantiene MTI elevado y con Oxígeno por puntas nasales, se deja estable al siguiente turno.

[...]

81. Informe de fecha 2 de junio de 2011, suscrito por la enfermera general Lucía Martínez Morales, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, por el cual informó lo siguiente:



[...] en relación a la paciente [...] [nombre de la niña agraviada L], la cual me tocó atender en el servicio de urgencias el día 28 de marzo de 2011, durante el turno nocturno del horario de 21 a 8 horas, le informo lo siguiente:

Que recibí a la paciente femenina lactante mayor muy grave en ayuno, sedada [...].

Presenta abundantes secreciones hialinas con rasgos de sangre por la boca así como moderada cantidad de secreciones por cánula orotraqueal las cuales se aspiran. Se dan micro nebulizaciones conviviente por personal de inhaloterapia.

Paciente que cursa la guardia estable con vigilancia estrecha que se le dan cuidados específicos para apoyo ventilatorio y catéter venoso se entrega al 1er turno íntegro y grave [...].

82. Informe de fecha 3 de junio de 2011, signado por la enfermera general Ana Cecilia Pérez Pérez, adscrita al Hospital Pediátrico de Tacubaya, por el cual informó lo siguiente:

[...] se recibe el día 19/03/2011 lactante menor, activa muy reactiva con apoyo ventilatorio [...] monitorización continua normo térmica [...] continua muy reactiva aún con la que se administró continua grave, pasa a siguiente turno para continuar manejo. El día 20 continua con mismo manejo y solo se inicia infusión [...] solo así se mantiene sedada ya que continua muy reactiva e inquieta [...].

83. Opinión médica de fecha 18 de julio de 2011, suscrita por un Médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en la cual se asentó la siguiente información:

[...]

- En el presente asunto me solicitan lo siguiente:

1. Establecer que supuestos daños físicos sufrió [...] [nombre de la niña agraviada L] con motivo de la atención médica recibida en el Hospital Pediátrico de Tacubaya [en adelante HPT].

2. Establecer en su caso, si los daños físicos se produjeron como consecuencia de alguna acción u omisión de algún médico tratante del HPT.

3. Establecer en su caso si existe vínculo entre alguna o algunas acciones u omisiones de algún médico u otro personal de la salud, con los daños físicos que en su caso haya presentado [...] [nombre de la niña agraviada L].

- Relación y descripción de los objetos acerca de los cuales se emite el Dictamen.

En este caso lo constituyó el expediente clínico a nombre de [...] [nombre de la niña agraviada L] elaborado en el HPT que están incluidos en el expediente de queja de esta CDHDF a nombre de la misma agraviada [...] [nombre de la niña agraviada L].

I. Metodología u operaciones practicadas.

Para esclarecer los planteamientos del problema, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología:

- Lectura y análisis del expediente clínico a nombre de [...] [nombre de la niña agraviada L], elaborado en el HPT y el Instituto Nacional de Pediatría (en adelante INP).
  - Revisión de la literatura médica relativa al asunto que nos ocupa.
  - Discusión del caso.
  - Emisión de las conclusiones.

## II. Resultados obtenidos.

El caso [...] inicia en el HPT, el 18 de marzo de 2011, cuando es llevada por su madre a dicho nosocomio.

[...] fue ingresada como lactante de 5 meses de edad al Servicio de Urgencias, por presentar tos con expectoración, fluido nasal transparente y fiebre de 5 días de evolución. A la exploración física presentó datos de insuficiencia respiratoria, los campos pulmonares presentaban estertores crepitantes [...] a nivel infraescapular. Con esos datos se dio el diagnóstico de bronconeumonía, se decidió traerla intrahospitalariamente [...].

[...]

## III. Discusión del caso.

En la terapia endovenosa (aplicación de medicamentos directamente al torrente sanguíneo a través de las venas) es necesario la colocación de un catéter [...]. Dicha terapia incluye entre otros, los procedimientos de instalación, manejo y retiro del catéter, procedimientos que el personal de enfermería realiza de manera frecuente en las instituciones de salud. Para cada uno de estos procedimientos se emiten recomendaciones específicas que el personal de enfermería debe de observar, para asegurar la máxima efectividad, evitar accidentes y daños irreversibles en los pacientes sujetos a la terapia endovenosa.

En la terapia endovenosa se deben de tener ciertos cuidados para los pacientes, algunos de ellos se comentan a continuación:

- Evitar que regrese sangre por el catéter, si esto sucede irrigar la línea con solución.
- Diluir suficientemente los medicamentos que se administren e irrigar con solución fisiológica, considerando las condiciones y la edad de la paciente.
- Reducir al mínimo la manipulación del catéter.
- Orientar al paciente o en su caso al familiar sobre el tiempo de duración de la infusión y solicitarle que reporte cualquier alteración que sienta o presente el paciente, durante el paso del líquido.
- Incluir en el plan de cuidado del paciente la vigilancia del sitio de inserción del catéter y el control periódico de la cantidad del líquido infundido.
- Informar al médico que prescribió el medicamento si se presenta alguna [irregularidad].
- Realizar un registro claro, veraz e inmediato de los medicamentos administrados.
- Monitorear las condiciones del paciente y reportar cualquier cambio o reacción adversa en el paciente.



Dentro de las complicaciones que se presentan en la terapia endovenosa se encuentran entre otras, la mala punción venosa, lo que causa un hematoma en el sitio de punción y la extravasación de líquidos, la cual es la definida como la fuga de los medicamentos intravenosos de la vena al tejido circundante.

Dicha extravasación de medicamentos, causa daños en la piel, nervios, tendones, o hasta articulaciones. Si se retrasa el tratamiento como el desbridamiento quirúrgico, e incluso la amputación se pueden presentar consecuencias desafortunadas.

La incidencia de la extravasación de medicamentos en niños se eleva hasta el 58%. El daño a los tejidos por la extravasación puede ser debido a factores relacionados con las propiedades físico-químicas [...] de los medicamentos, ya que pueden incrementar el riesgo del daño. El pH de un medicamento que no se encuentra fuera del rango fisiológico (pH fisiológico va de 7.35 a 7.45), puede causar efectos adversos. Un ejemplo de ello son los medicamentos tiopentona y fenitoína (difenilhidantoína), los cuales son altamente alcalinos provocando daños que incluso lleven a amputaciones.

[...]

Desde la perspectiva médica en base a los documentos revisados en el caso, se observa que [...], sufrió el 8 de abril de 2011, alteraciones y daño en los tejidos de su mano y antebrazo por infiltración de la solución que contenía los medicamentos siguientes: gluconato de calcio, cloruro de potasio y difenilhidantoína. Dichas sustancias provocaron desde flebitis (inflamación de las venas) hasta muerte (necrosis) del tejido circundante donde se infiltraron o extravasaron dichos medicamentos. Al tener dicha complicación, y evitar que el daño progresara, la necrosis avanzó por continuar los tejidos de la mano y el antebrazo expuestos a dichas sustancias, dando lugar a un área mayor de tejido dañado, el cual posteriormente no fue viable, llegando hasta la amputación del antebrazo en la unión de su tercio medio con el tercio proximal.

El daño presentado en [...] [nombre de la niña agraviada L] fue la amputación del miembro torácico izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal secundario a cuadro médico conocido como Isquemia de Volkmann.

Dicho cuadro clínico a su vez fue secundario a un síndrome compartamental mal tratado, que a su vez fue secundario a la extravasación de los medicamentos [...] encontrados en las soluciones que se estaban proporcionando de manera endovenosa por el equipo médico del HPT. Por ello se puede afirmar que la amputación de parte del miembro torácico izquierdo causado [...], fue una complicación secundaria a la salida del medicamento y el manejo de la terapia endovenosa (desde la colocación hasta el retiro del catéter endovenoso) estuvieron a cargo del equipo médico [...] en el HPT.

Por todo lo anterior, también se puede afirmar desde la perspectiva médica que sí existe vínculo (o nexos) entre la infiltración de la solución endovenosa que contenía: gluconato de calcio, cloruro de potasio, difenilhidantoína y solución glucosada, entre otros, con la amputación del miembro torácico izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal.

El mecanismo fisiopatológico en este asunto fue el siguiente:

1. Infiltración de la solución endovenosa que contenía: gluconato de calcio, cloruro de potasio, difenilhidantoína y solución glucosada, entre otros.
2. Ello provocó síndrome compartamental, es decir falta de oxígeno y nutrientes que llevan a secuelas morfológicas y funcionales de la muerte muscular y nerviosa.
3. Dicha isquemia condujo a necrosis de los tejidos adyacentes, es decir, de la parte distal del miembro torácico izquierdo.
4. Finalmente dicha necrosis condujo irremediablemente a la amputación de la parte distal del miembro torácico izquierdo, desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal.

#### VI. Conclusiones.

1. En el caso de [...] [nombre de la niña agraviada L] el daño físico que presentó fue la amputación del miembro torácico izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal.

2. La amputación del miembro torácico izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal que sufrió la niña [...] [nombre de la niña agraviada L] se produjo como consecuencia de la Isquemia de Volkman, la que a su vez se debió a la infiltración de la solución que contenía gluconato de calcio, cloruro de potasio, difenilhidantoína, solución glucosada, entre otros, que a su vez fue una complicación por falta de vigilancia de la terapia endovenosa (desde la colocación hasta el retiro del catéter endovenoso) por parte del personal de la salud que estuvo a cargo de [...] [nombre de la niña agraviada L].

3. Si existe relación vínculo entre la falta de vigilancia de la terapia endovenosa (desde la colocación hasta el retiro del catéter endovenoso) por parte del personal de la salud que estuvo a cargo de [...] [nombre de la niña agraviada L] en el HPT, con la amputación del miembro torácico izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal que sufrió la niña, como ya se explicó anteriormente.

84. Valoración de impactos psicosociales sin fecha, suscrita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### VII. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja** y están expuestos por la propia peticionaria en el apartado IV inciso b) de esta valoración, relacionados a la mala atención brindada por personal del Hospital Pediátrico de Tacubaya, que, de acuerdo a su narración, derivó en la afectación a la integridad física y psicoemocional de su hija [...] [nombre de la niña agraviada L]. Situación que generó un proceso de duelo, sentimientos de impotencia, afectando su salud, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como sensación de cambio en su proyecto de vida.

2.- La sintomatología descrita por [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L], está **directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, relacionada con un proceso**

**de duelo**, el cual se origina por distintos tipos de pérdidas; cuando éstas son irreparables, se generan diversos estado emocionales para adaptarse a las mismas. [...] [Nombre de la madre de la niña agraviada L] enfrentó a la pérdida de expectativa que tenía de su hija, como una persona sana, con la capacidad para desarrollarse de manera adecuada. El dolor ante la pérdida se hace más fuerte debido a la resistencia de la persona a la actual situación, en este caso la **imagen de su hija, que es percibida por la misma** [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] **y por su entorno, hacen que su dolor sea mayor**. Este proceso de duelo y temor a contextos en que su hija sea tratada de manera desigual o con violencia, han generado en [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] sentimientos de dolor, miedo, tristeza, desesperanza y llanto; para intentar enfrentar estos sentimientos durante algunos meses aumentó su consumo de bebidas alcohólicas.

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, económico y proyecto de vida. [...]. La situación económica y contextos de exclusión a los que se enfrentan [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] y su hija [...] [nombre de la niña agraviada L] las ha llevado a vivir alejadas, lo cual afecta la convivencia y el desarrollo psicoemocional de [...] [nombre de la niña agraviada L] aunado a la afectación en su maduración cognitiva por no estar cubriendo las necesidades educativas especiales propiciadas por la discapacidad física. En el aspecto laboral, [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] tuvo que dejar de trabajar, situación que representó pérdida de ingresos económicos, lo cual implicó una disminución en su calidad de vida, así como peores condiciones de trabajo. Los gastos que debió realizar superaron en gran medida sus ingresos, lo que implico distintas deudas que hasta el momento está saldando.

4.- En cuanto a la reparación, [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] expresa que no está buscando una indemnización, pues piensa que se limitarían a pagarle los gastos generados en los Hospitales, por lo que **pide una pensión mensual para** [...] [nombre de la niña agraviada L] a fin de que su condición económica no limite en mayor medida su desarrollo.

#### IV. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

**Desfavorable.-** Debido a que [...] [nombre de la madre de la niña agraviada L] y su hija, no han contado con un proceso de acompañamiento que les permita comprender la situación de discapacidad que vive su hija, lo cual genera un fuerte dolor emocional. [...] [Nombre de la madre de la niña agraviada L] considera que su hija no podrá desarrollarse adecuadamente y se enfrentará a contextos de desigualdad y maltrato, pues desde su perspectiva, las personas siempre se burlan de quienes presentan una discapacidad. Hasta el momento [...] [nombre de la niña agraviada L] no ha contado con un proceso de rehabilitación adecuado que le permita el desarrollo de habilidades, lo cual limita su desarrollo físico, psicoemocional y cognitivo [...]

85. Ampliación de opinión médica de fecha 10 de septiembre de 2014, suscrita por un médico de esta Comisión en la que se hizo constar lo siguiente:

[...]

## II. PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

1. Realizar una ampliación de la opinión médica, considerando toda la atención recibida por la paciente durante su estancia en el Hospital Pediátrico de Tacubaya.

## III. METODOLOGÍA

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas de los expedientes médicos de la menor generadas en el Hospital Pediátrico Tacubaya (en adelante HPT) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como copias certificadas del Instituto Nacional de Pediatría (en adelante INP), perteneciente a la Secretaría de Salud; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a la menor [...] [nombre de la niña agraviada L], durante su estancia intrahospitalaria; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

## IV. RESULTADOS OBTENIDOS

IV.1. Notas del expediente clínico con clave 5310 y Número de Expediente 102 446, de la menor [...] [nombre de la niña agraviada L], elaboradas en el Hospital Pediátrico Tacubaya de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. [...]

[...]

## V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 5 años quien acude a valoración al Hospital Pediátrico Tacubaya por presentar un cuadro respiratorio, el cual evolucionó de manera tórpida. El día 08 de abril de 2011, presenta extravasación en mano izquierda, la cual evolucionó a necrosis de dicha extremidad la cual, finalmente, fue amputada en el Instituto Nacional de Pediatría. Después de analizar el expediente del Hospital Pediátrico de Tacubaya se observa, lo siguiente:

a) En diversas notas, con independencia del resultado final de la atención médica, se observa que, en los diversos turnos de los médicos tratantes, éstos refieren que hacen falta insumos e instrumentos en el Hospital e incluso en toda la red hospitalaria. Dentro de los insumos que no se encontraban en el Hospital Pediátrico Tacubaya: No había tiopental, ni en el HPT ni en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal [...]. Lo anterior es una omisión importante ya que es un medicamento que se requirió en el momento y el cual se encontraba indicado para el padecimiento que presentó la paciente en su momento, esto es crisis convulsivas recurrentes.<sup>7,8</sup>

<sup>7</sup> Palencia Luaces Rafael, Estado de mal convulsivo, Protocolo de Actuación, Asociación Española de Pediatría, publicado en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-malconvulsivo.pdf>.

Ahora bien, a lo anterior es importante sumarle que, de acuerdo a lo publicado en la Gaceta Oficial Del Distrito Federal, el 12 de enero de 2011, respecto a los Lineamientos Generales Para La Adquisición De Medicamentos Con Criterios De Transparencia, Legalidad, Eficiencia, Sustentabilidad, Honradez Y Óptima Utilización De Los Recursos sobre el Cuadro Básico y Catálogo Institucional, se menciona que el Tiopental sódico (clave 221) forma parte de dicho Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos Cualitativo, sin embargo en marzo de ese año, aún no se contaba con dicho medicamento en ningún hospital de la red de salud del Distrito Federal.

No se contó con la posibilidad de contar con un USG transfontanelar de forma oportuna [...], dicho ultrasonido es un instrumento confiable, seguro y barato, el contar con ese aparato impide la movilización del pacientes, sobre todo si están graves.<sup>9</sup>

También se hace referencia a la falta de componentes para preparar la nutrición parenteral [...], cabe mencionar que la nutrición parenteral es la técnica que permite administrar macro y micronutrientes por vía intravenosa de preferencia, una vía central.<sup>10</sup> Por lo tanto, al no poder brindar la NPT a la paciente, se descuidó el aspecto nutrimental de la misma.

En algunas ocasiones no se contó con el servicio de radiografía portátil o el del gasómetro [...], porque se encontraban descompuestos. Lo anterior es de suma importancia ya que impide un tratamiento continuo en la paciente.

Tampoco se contó con el servicio de inhaloterapia [...], el cual es un servicio de suma importancia para pacientes hospitalizados, ya sea que respiren de manera espontánea o se encuentren bajo ventilación mecánica asistida.<sup>11</sup> El HPT no contó con dicho servicio en algunas ocasiones.

Cabe mencionar que cada una de las deficiencias mencionadas, fue subsanada en días posteriores, de acuerdo a lo documentado en el expediente clínico, sin embargo es de hacer notar que lo anterior, señala deficiencias a nivel institucional por parte del HPT, que si bien es cierto fueron subsanadas, impidieron brindar una atención integral y oportuna a la paciente.

b) Otra de las cuestiones a analizar es, efectivamente, el momento en el cual el paciente presenta extravasación del catéter colocado en la mano izquierda de la paciente. Como ya se mencionó en la Opinión Médica realizada por el Dr. Juan Carlos Lara Bejarano, de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, existían algunos factores de riesgo inherentes tanto al procedimiento, como a las características del tratamiento y de la paciente, dichos factores de riesgo se enumeran a continuación:

---

<sup>8</sup> Cardoso Ingrid y colabs., Estado epiléptico refractario en niños: caracterización de las epilepsias, monitorización electroencefalográfica continua y respuesta al tratamiento, Rev. Neurol. 2013; 56 (8): 401-408.

<sup>9</sup> Comité de Expertos en Neonatología, Cuando solicitar y que esperar del ultrasonido del sistema nervioso central en el recién nacido, Academia Mexicana de Pediatría, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex., volumen 57, número 4, abril 2000, pp. 236-238.

<sup>10</sup> Nutrición parenteral en pediatría, México: Secretaría de Salud; 2008.

<sup>11</sup> Jarillo Quijada Alberto, Guía General para la Inhaloterapia en Pacientes con Ventilación Mecánica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", publicado en <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GuiaInhaloterapiaduranteVM.pdf>.

1. La infusión contenía diversas sustancias y medicamentos que, en conjunto, reciben el nombre de sustancias vesicantes, esto es, sustancias que son capaces de lesionar los tejidos e incluso necrosarlos, en éste caso fueron los siguientes medicamentos: DFH, cloruro de potasio y gluconato de calcio.
2. La paciente se encontraba multipuncionada, lo cual es un factor de riesgo para la extravasación.
3. La paciente, al encontrarse en la etapa pediátrica, presenta como factor de riesgo la fragilidad de los vasos sanguíneos.<sup>12,13</sup>

Las medidas de prevención que se debieron aplicar al respecto es monitorizar las condiciones de la paciente, observando con frecuencia el sitio de inserción del catéter y las zonas adyacentes al mismo, para evitar infiltración del medicamento. En el presente caso, se observa que no se encontraba la médica encargada del servicio, la Dra. [...] Robles, y no se señala en el expediente que se haya vigilado dicho catéter en la paciente, a pesar de tener los factores de riesgo anteriormente mencionados. Lo que si se reporta es la toma de signos vitales cada hora por parte de enfermería, en el lapso de la 02:00 a 05:00 horas.

Cabe mencionar que a las 04:45 de la mañana, de acuerdo con el reporte de Enfermería, ya se observa edema y cambio de coloración en la mano izquierda. Solo se apaga la bomba pero NO se retira el catéter, se espera a avisarle a la médica de guardia (Dra. Esther Irene Robles Hernández), quien no se encontraba en el servicio por que se encontraba, de acuerdo a la narración, en la consulta de Urgencias debido a que su compañero se encontraba de vacaciones [...].

A las 05:15 horas, se retira finalmente la venoclisis por que ya existen datos francos de cambios de coloración, sin embargo, al no contar con médico en el servicio, la enfermera encargada del paciente le avisa a la Dra. Hinojo de Neonatos a las 05:30 horas, dicha doctora, de acuerdo a su narración, no puede acudir a revisar a la paciente porque tiene que dar informes a los familiares de un paciente grave [...]. A las 05:45 horas enfermería avisa a una médica residente, sin embargo, sin embargo ésta no acude. Finalmente a las 06:30 horas, llega la Dra. [...] Robles y se le informa de lo que ocurrió, colocándole un vendaje en la mano de la paciente.

Esto es, prácticamente 2 horas después de la lesión inicial se pudo dar aviso a la médica encargada del servicio. La literatura médica consultada refiere que se deben de efectuar ciertas acciones cuando se infiltra una solución con medicamentos vesicantes: 1. Suspender venoclisis, 2. No retirar catéter y colocar jeringa, 3. Aspirar medicamento residual en caso de que exista o tratar de diluir con solución salina, 4. Aplicar el antídoto en caso de conocer el agente causal, 5. Elevar área afectada, 6. Compresas frías 15 minutos, tres veces al día, por 3 días en caso de aplicar antídoto, 7. Compresas tibias 60

<sup>12</sup> Ochoa R Victoria y cols, Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2005; 13 (1-2): 53-60.

<sup>13</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Recomendaciones Específicas Para Enfermería Sobre El Proceso De Terapia Endovenosa, publicadas en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7584.pdf>.

minutos, una vez al día, 8. Valorar el sitio de lesión por turno, por 48 horas, 9. Notificar al médico de guardia, 10. Interconsulta a Cirugía Plástica en caso necesario.<sup>14</sup>

En el caso que nos ocupa, no existe constancia en el expediente que se haya realizado un protocolo como tal para el manejo de la extravasación. Solo se realizó una parte del mismo por parte de enfermería y se esperó la valoración por Cirugía Plástica. Cuando el fin de la intervención temprana de enfermería, es minimizar al máximo el daño que pudiesen ocasionar las sustancias vesicantes.

Considerando el diagnóstico brindado por Cirugía Plástica de síndrome compartimental, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es fundamental para la viabilidad del tejido.

Para entender de mejor manera lo anterior es importante definir que es el síndrome compartimental y como éste es una urgencia médica, ya que la presión en el tejido intersticial afectado, en este caso de la mano izquierda, es superior a la presión de perfusión sanguínea, lo que ocasiona disminución en el aporte de oxígeno a los tejidos, músculos y nervios, si esta situación se mantiene, se inician una serie de eventos y respuestas bioquímicas en el tejido, hasta que finalmente las células que lo componen mueren y el tejido comienza a sufrir necrosis.<sup>15,16</sup>

Cabe hacer mención que el servicio de Cirugía Plástica ingresa hasta las 7 de la mañana y, de acuerdo a la respuesta brindada en el oficio 80/S.M./2011 del 10 de junio de 2011, en el expediente de queja no se cuenta en todos los turnos con dicho servicio en el HPT, lo que implica que no podría darle un correcto seguimiento, además de que en el servicio no se contaba con los medios diagnósticos, como lo fue el ultrasonido Doppler, por lo cual se debió referenciar a la paciente a otra unidad con mayor poder resolutivo y que le pudiese brindar la atención integral.

Lo anterior no se llevó a cabo. Después de las fasciotomías [...], se optó por una actitud contemplativa a pesar de que la evolución no era adecuada. Se esperó hasta las 07 de la noche para realizar el estudio Doppler, por medio particular, (ya que en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, no contaban con dicho servicio) el cual no fue completo ni concluyente debido a deficiencias en el equipo [...]. No se hace constar en el expediente clínico que se haya solicitado valoración por el servicio de Cirugía Vasculor y/o Angiología de forma temprana, ante el compromiso vascular de la mano izquierda.

Se buscó la valoración en tercer nivel 6 días después del suceso inicial. Se busca nueva valoración por Cirugía Plástica el día 11 de abril, esto es 3 días después del suceso. Durante esos días, la extremidad afectada evolucionó de manera tórpida<sup>17</sup>, sin mostrar mejoría alguna. De acuerdo a la literatura médica consultada al respecto, un síndrome compartimental requiere manejo inmediato con fasciotomías, así como vigilancia de la zona afectada, en caso de sospechar compromiso vascular, valoración por especialista. En el presente caso, el ultrasonido Doppler reportó alteraciones en la región del arco palmar superficial, sin embargo y a pesar de dicho reporte se continúa con manejo

<sup>14</sup> Lizárraga Celaya Marco Aurelio, Lesiones por extravasación en Pediatría. Experiencia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2004; 21: 12-17.

<sup>15</sup> Rivera Díaz Roberto Carlo y cols, Síndrome compartimental en miembros superiores por picadura de abejas: reporte de caso, Rev Colomb Anestesiología. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.05.009>.

<sup>16</sup> G Aarón Piscil Magaña, Síndrome compartimental, Orthotips, Vol. 9 No. 2 2013.

<sup>17</sup> Que reacciona con dificultad o torpeza.

expectante, no se hace constar en el expediente clínico que se haya solicitado la valoración de ese estudio a Cirugía Plástica. Hay que considerar que, en el arco palmar superficial, surgen una serie de arterias que irrigan a algunos dedos, así como a una región de la palma de la mano.<sup>18</sup> Lo cual coincide con el área afectada reportada en un inicio [...] y con la anomalía reportada en el arco palmar superficial en el ultrasonido Doppler [...].

Si consideramos que, de acuerdo a la fisiopatología del síndrome compartimental, la isquemia genera a las 2-4 horas daño en el músculo, entre las 6-8 horas de isquemia hay daño irreversible del músculo y de los nervios y posterior a este tiempo viene la necrosis del tejido,<sup>19</sup> se entiende la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de la extravasación y del síndrome compartimental secundario.

Respecto a las omisiones, anteriormente señaladas por personal médico y de enfermería, cabe resaltar que, no se puede aseverar que de haberse realizado, no hubiese existido la amputación de la mano izquierda. Considerando que la extravasación en la terapia intravenosa es un riesgo inherente a dicho procedimiento, no se puede establecer con certeza que dicho acontecimiento sea secundario a una acción u omisión por parte de enfermería, lo que sí se puede aseverar es que, m[é]dicamente tanto por cuestiones institucionales como por omisiones médicas (Falta de seguimiento por parte de Cirugía Plástica, no mostrarle a Cirugía Plástica el resultado del ultrasonido Doppler, no referir a la paciente a tercer nivel ante la sospecha de alguna alteración vascular como la que fue reportada en el Doppler), no se le brindó a la paciente atención oportuna en diversos momentos de su hospitalización, los cuales fueron discutidos anteriormente.

## VI. CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente, se desprende que:

1. El Hospital Pediátrico de Tacubaya (HPT) NO contaba con el personal médico suficiente para una atención de calidad de los pacientes en un área crítica, como lo es Urgencias Pediátricas. Ya que la Dra. Robles era la única doctora encargada del servicio y no le pudo brindar un seguimiento adecuado a los pacientes hospitalizados en Urgencias, por estar atendiendo la consulta externa de dicho servicio.
2. Se documenta que existió un retraso en el diagnóstico y en el seguimiento de la extravasación, no atribuible a algún médico en particular, sino más bien debido a falta de personal en el área de Urgencias y a falta de Cirujano Plástico en el turno nocturno.
3. Existe un retraso en el seguimiento de las complicaciones por la extravasación en la paciente debido a: no se le mostró a Cirugía Plástica el resultado del ultrasonido Doppler, no se refirió a la paciente a tercer nivel ante la sospecha de alguna alteración vascular como la que fue reportada en el ultrasonido Doppler.

<sup>18</sup> Chummy S. Sinnatamby, Anatomía de Last, Regional y Aplicada, Editorial Paidotribo, Harcourt Health Sciences, 1993, pp. 78.

<sup>19</sup> Falcón González, J.C., y cols, Fisiopatología, Etiología y Tratamiento del Síndrome Compartimental (revisión), Canarias Médica Y Quirúrgica, Septiembre – Diciembre 2009, pp. 14-18.



4. El HPT no contaba con los medios de diagnóstico y terapéuticos: tiopental, ultrasonido transfontanelar, componentes de la nutrición parenteral, gasómetro, radiografías portátiles, ultrasonido Doppler e inhaloterapia, adecuados para el manejo de la patología de base y de las complicaciones que se presentaron en la paciente. Es importante señalar que, respecto al tiopental y el ultrasonido Doppler, no se contó con esos insumos en toda la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

5. En el expediente clínico, no se documenta que el HPT cuente con un protocolo para el manejo de la extravasación de sustancias vesicantes.

6. El servicio de Enfermería, así como el personal médico, no aplicaron las acciones reportadas en la literatura médica consultada, para el manejo de la extravasación de sustancias irritantes. No se puede aseverar que, de haberse instaurado dichas medidas, el daño (la necrosis y muerte del tejido de la mano izquierda) con la consecuente amputación, no se hubiera presentado. No obstante lo anterior, si se puede mencionar que la obligación del personal sanitario es ofrecer los medios de diagnóstico y terapéuticos a su alcance, con independencia del resultado; cuestión que en el presente caso, no se llevó a cabo.

7. En términos generales, las acciones anteriores, conllevaron una falta de atención médica oportuna e integral por parte del HPT y de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para con la paciente.  
[...]

#### V. Caso M. Expediente CDHDF/III/122/AO/10/D8852

86. Oficio número DIR/244/10 de fecha 30 de diciembre de 2010, suscrito por el doctor Argemiro José Genes Naar, entonces Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas", en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...] En relación a la atención médica y a los medicamentos que el binomio madre e hijo necesitaron en el momento de la atención del parto con fecha 7 de diciembre de 2010, esta Unidad Hospitalaria le otorgó la atención médica a la madre en obstetricia y al recién nacido en el servicio de neonatología, brindándosele toda la atención que ameritaban, posteriormente fue trasladado con fecha 8 de diciembre de 2010, al Hospital Pediátrico Tacubaya para otorgarle una mejor atención médica. Con fecha 10 de diciembre de 2010, fue trasladado al Hospital Pediátrico Peralvillo encontrándose en ese nosocomio hasta la fecha actual [...].

87. Acta circunstanciada de fecha 6 de enero de 2011, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hizo constar lo siguiente:

[...] Posteriormente, el doctor Emilio Escobar Picazo, Director de dicho hospital [Hospital Pediátrico Peralvillo] acudió al mismo lugar donde la doctora María de los Ángeles y la suscrita consultábamos el expediente clínico y proporcionó diversa información relacionada con el presente asunto. Además de la consulta del expediente, se obtuvo la siguiente información:

El bebé nació el día 07 de diciembre de 2010 a las 03:00 horas, aproximadamente de 23 o 26 semanas de gestación, con un peso de 640 gramos, lo cual es muy bajo para las

semanas de gestación que tenía. En el hospital Dr. Gregorio Salas Flores, personal médico al considerar que el bebé había nacido muerto, lo enviaron al área de Anatomía Patológica donde estuvo aproximadamente 5 horas. En la mayoría de las notas médicas aparece que tuvo asfixia perinatal severa, que la madre tuvo ruptura de membranas dos días antes del nacimiento del bebé, el cual tiene edema en el cerebro y ha sido vigilado por el riesgo de crisis convulsivas, sin que se hayan presentado. El paciente tiene muy grave pronóstico para la vida y la función neurológica. Actualmente, el bebé tiene un peso de más de 900 gramos pero esto no es suficiente para poder intervenirle quirúrgicamente y drenarle la hemorragia interna, por lo que los médicos que lo atienden esperan que esa hemorragia sea absorbida por su propio organismo. Posteriormente, se harán los trámites necesarios para que en el Hospital Legaria sea valorado el niño, por los médicos del área de Neurología. Asimismo, personal del Hospital Conde de la Valenciana ha revisado los ojos del paciente para descartar daños en la retina. El día 29 de diciembre de 2010, personal del Ministerio Público acudió al Hospital Pediátrico de Peralvillo para valorar al paciente y ver su estado de salud. [...]

88. Acta circunstanciada de fecha 10 de enero de 2011, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, la persona peticionaria y su esposo, en la cual hizo constar lo siguiente:

[...] Posteriormente, a las 17:00 horas, el señor [...] [nombre del padre del niño agraviado M] manifestó entre otras cosas, lo siguiente:

El domingo 05 de diciembre de 2010, aproximadamente a las 01:00 ó 01:30 horas acudieron al Hospital General Dr. Enrique Cabrera donde un médico general revisó a su esposa y le dijo que no había ginecólogo y que si su esposa se quedaba, ellos no se hacían responsables de lo que le ocurriera en el transcurso de la noche. Le informaron que si su esposa se quedaba era bajo su responsabilidad y si se la llevaba también era bajo su responsabilidad, por lo que le hicieron firmar un documento.

Inmediatamente después, se dirigieron al Hospital de Cuajimalpa donde una doctora revisó a su esposa y le dijo que no tenía nada, pero cuando le dijo su esposa a la doctora que se le había salido el líquido entonces ella les solicitó que le hicieran un ultrasonido de urgencia. Debido a que no sabían dónde ir por el ultrasonido y que la doctora no les explicó a qué lugar acudir, decidieron acudir al "Hospitalito" (Hospital privado en Tacubaya) para ver si ahí le podían hacer el ultrasonido pero no fue posible, entonces se fueron a descansar a su casa y aproximadamente a las 08:00 horas la peticionaria fue al baño y salió un poco de sangre, por este motivo, acudieron al Hospital de la Mujer donde la atendieron bien y le practicaron el ultrasonido explicándoles que el bebé no tenía líquido amniótico y era necesario hacer una cesárea pero les dijeron que en ese lugar no tenían medicamentos para el bebé e iba a morir, por este motivo decidieron acudir al Hospital General Dr. Gregorio Salas.

En ese lugar, atendió a su esposa un ginecólogo, quien le dijo que su hijo estaba bien aunque ya no tenía líquido amniótico, que internara a su esposa y que había que esperar a que el bebé muriera ahí en su vientre (porque estaba muy pequeño) y saliera él solo y si esto no sucedía entonces le provocarían los dolores con un medicamento en el suero. El día 06 de diciembre de 2010, le informaron que su esposa estaba arriba en el lugar de proceso de parto, en la tarde de ese mismo día, le dijeron que no se fuera porque su bebé nacería en la noche o en la madrugada del día 07. Aproximadamente a las 03:45 horas, le entregaron el certificado de defunción de su bebé y la doctora del Río le dijo que pasara a hacer los trámites de defunción y cremación, que ella ya había

bajado a su bebé a patología y que lo iban a pasar a embalsamar, que preguntara en administración cómo hacer esos trámites. Estando fuera del área de Urgencias, pasó la enfermera a la Caseta de los policías y les pidió que le abrieran Patología, el policía le preguntó ¿otro? Y ella dijo no, el mismo. Posteriormente, el policía regresó a la Caseta y después se fue nuevamente al área de patología con la otra policía. Inmediatamente, empezó a notar movimiento en esa área y vocearon a la doctora del Río varias veces y como no aparecía entonces vocearon a otro médico y por este motivo les preguntó a los policías si pasaba algo con su bebé, pero la policía le dijo que no, que a lo único que había bajado era a “membretar” a su bebé para que no se confundiera. Después, pasó la doctora del Río y le pidió al policía que le diera una hoja (desconoce si era algún documento relacionado con su bebé).

Aproximadamente, a las 06:00 horas habló con su señor padre y le dijo que hiciera los trámites del panteón y la funeraria. Cerca de las 10:30 horas, pidió informes al policía sobre los trámites para llevarse a su bebé y él le dijo que esperara un poco y después le dijo que le hablaba el director del Hospital, quien estaba con otros médicos y le explicó que habían cometido un error, que su bebé no estaba muerto que estaba vivo y le permitieron verlo, que por cierto no estaba limpio porque tenía sangre en su manita y en su cabecita. Después de esto, bajó al área de urgencias y fue a desayunar y cuando regresó, los policías le dijeron que el Director quería verlo, en ese momento, estaban varios médicos y entre ellos, la doctora del Río. Un médico le explicó que algunos bebés prematuros algunas veces tardan alrededor de 15 minutos en mostrar signos vitales, por lo que preguntó que entonces por qué no se esperaron 15 o 20 minutos para declarar muerto a su bebé. En ese lugar, el Director del Hospital le dijo que era necesario que le entregara el certificado de defunción para poder hacer el acta de alumbramiento porque ese documento lo iba a necesitar ya que a su bebé lo iban a trasladar a otro Hospital. Por este motivo pensando en el bien de su bebé entregó el certificado. Al día siguiente, le informaron que su bebé sería enviado al Hospital Tacubaya. El 08 de diciembre pasó a ver a su bebé y después dieron de alta a su esposa.

El agraviado considera que fueron los policías (Adela y Alfredo) quienes se dieron cuenta que su bebé estaba vivo y dieron aviso a los médicos de esta situación porque ellos eran quienes abrían y cerraban el área de patología y fueron ellos quienes al parecer, solicitaron que vocearan a la doctora del Río y como no atendía el llamado, se llamara a otro médico [...].

89. Acta circunstanciada de fecha 10 de enero de 2011 suscrita por una médica visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual hizo constar lo siguiente:

[...] le informé [a la madre del niño agraviado M] que el motivo de la entrevista era que narrara sobre la atención que se le brindó en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, a lo cual, la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] manifestó:

El 5 (de diciembre), el día domingo a la 01:00 nos fuimos al doctor, al Hospital Enrique Cabrera, llegamos ahí como 01:40 y de hecho pues no me querían atender, que porque no había ginecólogo, o sea, pasé, pues ya [...] se me estaba saliendo todo el líquido y pues ya cuando vieron que se me salió todo, bueno se me estaba saliendo, fue cuando me pasaron y ya me hicieron el tacto y pues la doctora me dijo que pues tenía que pensarle yo, porque no había ginecólogo y ellos no se iban a hacer responsables, en el transcurso de toda la noche si mi bebé salía o que iba a pasar conmigo y pues la verdad, yo le dije a mi esposo que no, no me quería quedar ahí, que nos fuéramos a otro, o sea,

nos dieron opciones, que nos fuéramos al de Cuajimalpa y pues de ahí me salí; de hecho, ellos me dieron un pañal para que yo me lo pusiera, porque todavía me salía el líquido [...].

Llegamos ahí al de Cuajimalpa como 03:30 de la mañana, pues igual, estuve un buen rato, como media hora [a] cuarenta minutos esperando a que me atendieran; igual ya me pasaron, me hicieron el tacto, pero ya no me salía así ya líquido, pero mi bebé se movía así normal, normal, o sea, no me dolía, e igual, me dijeron que no me podían atender, pues ahora sí que, que no me podía quedar, porque como no había ginecólogo y menos, no era de mi zona, pues no me podían atender. Y en eso, pues me mandaron a hacerme un ultrasonido y pues a esa hora en dónde, y pues yo la verdad, me regresé a la casa y ya me dormí un ratito y al siguiente, bueno en la mañana, a las 08:00 de la mañana de ese mismo día, pues fui al baño y me salió un poquito de sangre cuajada y le dije a mi esposo y pues de ahí me dijo que fuéramos a otro Hospital.

Nos fuimos al Hospital de la mujer y pues ya llegamos ahí, me atendieron rápido, pero me dijeron que no tenían el medicamento ellos para el bebé, si salía bien o en dado caso de que estuviera vivo y pues me hicieron un ultrasonido y ahí salió que ya no tenía nada de líquido, pero el bebé todavía estaba vivo y la verdad, tampoco me quise quedar ahí y pues ya fue cuando nos fuimos al Hospital Gregorio Salas.

Ya llegamos ahí, como 04:30 o 05:00, a las 04:00, pero pues ahora sí, mi bebé pues normal, de hecho yo todavía caminé un buen y no me dolía, mi bebé se me movía adentro así normal; llegamos, igual el doctor, que la verdad no sé cómo se llama, el nada más trabaja los fines de semana, me hizo el tacto, me dijo usted ya no tiene líquido, él si nos atendió muy déspota; mi suegra, por más que le trataba de preguntar algo, pues bien, él decía: "cállese, que estoy hablando" y así, él también nos dijo que pues yo me tenía que internar, porque, o sea, me daba de 3 días a que el bebé pues ahora sí, que me dieran los dolores o que se muriera dentro de mi panza y pues si tenía miedo, es la primera vez; pero pues igual, mi esposo me dijo: "¿sabes qué? ya estamos aquí, mejor quédate de una vez" y le dije: "bueno me interno si, si me quedo" pero el doctor me dijo que me iban a poner el suero luego, luego, que para que me dieran los dolores.

[...] me subieron [...] a la sala de visita y ahí me tuvieron, o sea, yo esperando a que me pusieran el suero, pero pues no, yo preguntaba y me decían no, es que el doctor no dejó indicaciones, es que el doctor no nos dijo nada y pues ahí estuve, toda la noche del día domingo. Hasta el siguiente día en la mañana, el día lunes, ya fue que me subieron a la sala de proceso y pues ahí estuve; ya como a las 9:00 de la mañana, me pusieron el suero y pues así estuve todo el día, me checaban, en lo que cabe, todas las enfermeras, enfermeros, eran pues si muy amables.

Ya hasta en la tarde, que fue el cambio de turno, creo fue a las 7:00, la verdad no recuerdo, pero ya era tarde, fue el cambio de turno y pues así estuve toda la noche y pues cada que yo pedía el cómodo a la enfermera, creo que se llama Patricia, bueno le decían Paty, pues ella si nos contestaba muy grosera, o sea, ella decía si me esperan o ahorita se los paso, o sea, no igual como los demás enfermeros, bueno pues ahí ya paso; siguió así toda la noche, empezaba ya con los dolores, ya así, muy despacio. Ya, hasta como la 1:00 de la mañana que ya eran más fuertes, igual así fue toda, 1:00, 2:00, 3:00 y ya como a las 3:00, ya eran más fuertes, más fuertes; pero yo antes, yo le pregunté a la enfermera, que si yo me iba aliviar ahí y ella me dijo que si, o sea, porque



yo veía a las demás mamás, que las pasaban a otro cuarto y pues a mí no me pasaban, pues por eso le pregunté y ella me dijo que sí, pues yo ya ahí me quedé.

Y ya después, pero para eso, como a la 1:00 de la mañana, ellas arreglaban su cama, había 2 mamás esperando y las camas, o sea, había una hasta la orilla y otra así vacía y yo estaba de este lado, y ellas agarraron y tendieron sus camas y pues se acostaron y yo ya estaba con los dolores, y pues yo le gritaba, o sea, yo gritaba y siendo primeriza, pues la verdad, yo creía que alguna de ellas iba a estar conmigo, para que me dijeran como iba yo aliviarme, pero pues no, nadie, o sea, no, no sabía. Ellos cada que revisaban a mi bebé, seguía latiendo su corazón normal, pero todos me decían que por los meses que yo tenía, por lo chiquito, que él no iba a vivir, yo ya me había hecho a la idea, y pues ya, cuando me daban más los dolores, pues yo gritaba y de hecho, la Doctora Guadalupe todavía me dijo: "¡ay señora! no grite", y yo le dije: "pues ya no voy a gritar tanto, a ver si ahorita me vienen a atender", pero no, ellas acostadas.

Yo con el dolor, que no sabía qué hacer, le pedía mucho a Dios que me ayudara, y a las 03:25 fue cuando me alivié y le grité ya a la doctora, y ella todavía agarra, así molesta y me dice ah, ya salió; pero no sé si ella, pues es así o no sé, y en eso todavía lo dejó un rato así, ella nada más se acercó, lo vio y lo dejó así un rato; yo todavía tenía un poco de dolor y en eso, ya fue cuando le dijo a la enfermera: Paty, pásame una bolsa amarilla y ella se la llevó y la enfermera puso la bolsa en un bote de basura, y en eso, agarró la doctora, levantó al bebé, si me preguntó que si yo quería ver a mi bebé, la verdad le dije que no, porque pues yo con la idea de que ya se había muerto, pues no lo quería ver, porque yo sé muy bien, me conozco, que lo iba a estar recordando y siendo mi primer bebé, yo me iba a poner peor, me iba a poner mal y le dije que no.

Ella agarró, cortó el cordón y ya lo levantó y se lo puso así en su cuellito y en eso ella, pues agarró y ahí estaba el bote, ya con la bolsa, se agachó y lo dejó caer; pero, pues yo no le dije nada, porque pues no sé cómo, como ellos tratan así a los bebés muertitos y en eso, fue a buscar una hoja y ya después regresó y yo tenía todavía dolores; yo le dije disculpe, me dijo la doctora del turno anterior, que le tenía que avisar a mi esposo cuando ya naciera el bebé, para que viéramos que hacer con él, si llevarlo o dejarlo, y dice: ah sí. Y ya después le digo: también, que cuando saliera mi bebé me iban hacer el legrado luego, luego y no me contestó nada, nada más agarró y se dio la media vuelta y se fue.

Ya después me dijo: ¿todavía siente dolor? y le digo si un poco, y me dice: ah, pues de una vez te saco aquí la placenta; entonces fue cuando ya agarró y me sacó la placenta, y pues yo ya no sentí tanto dolor, y en eso la enfermera ya me empezó a cambiar las s[á]banas, la bata y ya después me dijo: ya duérmase, descanse, pero pues yo, ahora si entre sueños, pues ellas decían, la doctora le dijo a la enfermera, que iba hacer un, que iba a embalsamar, de hecho, hasta se burlaban las dos, así riéndose y yo la verdad, no sabía que era embalsamar y preguntaban así, por la enfermera, y dónde está la enfermera Paty; dice ah, es que va a embalsamar, pero así riéndose y ya pues ella empezó así.

Yo veía que empezaba a dar vueltas y llenaba hojas y ya, después de ahí, yo trataba de dormirme, yo ya con la idea de que mi bebé estaba muerto y pues ya; así estuve toda esa mañana y entre sueños, la verdad no me acuerdo, no pasó mucho, que ya empezaban a vocear a la enfermera, bueno a la doctora, pero ella ya estaba acostada otra vez, cuando abrí los ojos, ella estaba acostada y la voceaban, que la esperaban en

urgencias y no se paraba y ya después le hablaron por teléfono y un doctor le dijo: "enfermera, le hablan en Urgencias y agarra se levanta y dice "achs" y ahora qui[é]n me busca", y ya fue a contestar y pues no sé qué le decía y ella dijo: "no déjenlo ahí, ya no hay nada que hacer" y le volvían a decir otra cosa y dice: "no, que ahí lo dejen, ya no hay nada que hacer", y le volvían a decir y ella dice: "no, no tienen por qué dárselo, está bien ya súbalo"; pero yo nunca pensé que era de mi bebé y pues ya.

Desde ahí, ya pues ella si todavía se tardó, pero daba vueltas de su cama a la puerta, o sea, ella empezaba a dar vueltas, como nerviosa, pero pues yo pensé que ella estaba mal, porque, cuando llegó, ella le dijo a un doctor que se sentía mal y que tenía problemas y pues ya, yo dije luego que la vi: hay Diosito ahora por qué me tocó esta doctora, porque si se le veía así la cara, como que pues no muy amable, no sé si porque tenía problemas o se sentía mal, de hecho yo hasta decía: hay Diosito pues ayúdala, de sus problemas y todo eso [...], pero nunca pensé que ella fuera así y ya.

Después de ahí, ya no supe ya nada, ya hasta, pues ahora, si en la mañana, que llegaron ya los otros enfermeros, ellos me preguntaron; de hecho uno de ellos, la verdad no me acuerdo como se llama, me dijo: "¿ya le comentaron de su bebé?", pero pues yo pensé que ellos se referían a lo que siempre me decían, su bebé no va a vivir por los meses y todo eso; y le digo: "sí, ya", y dice: "¡ah, pues lo siento señora!" y así, pero pues yo me imagine que era de todo lo que me decían. Y ya como a las 11:00 más o menos; ah, pero antes de eso, un doctor le dijo a la doctora: "doctora te tengo un legrado" y ella le dijo "no, a ella déjala para el siguiente turno" y dice: "¿estás segura?", le dice: "sí"; pero pues yo tenía entendido que ellos me tenían que hacer el legrado luego, luego, por alguna infección y pues no, no me pasaron.

Pues ya le dijo, acá en la mañana, ya como a las 11:00 [horas], me llevaron a quirófano, ya para hacer el legrado [...]; me tuvieron un rato ahí en quirófano, que se me pasara la anestesia y ya después me pasaron a los cuartos de visita y ya, hasta como a las 4:00 o 5:00 [horas] que pasó mi esposo [...], a mí nadie me había dado informes de mi bebé, o sea, yo ya tenía en la cabeza que mi bebé ya estaba muerto y pues ya fue cuando entró mi esposo a la visita, y pues ya, fue cuando me dijo que el bebé estaba vivo, pues la verdad si me quedé, o sea, en shock, porque si dije cómo es posible, si me han dicho que mi bebé está muerto, y nadie ha dicho nada.

Ya fue cuando él me dijo, pero pues la verdad no, por la anestesia no sé, me sentía mal y ya, pues ya hasta el siguiente día, ya fue que me dijeron que si ya me habían informado de mi bebé, le digo pues ningún doctor me ha dicho nada de mi bebé, pero mi esposo fue el que me dijo y ya llegó el doctor en la mañana y me dijo: pues sí, su bebecito está en incubadora, ahorita a las 11:00 [horas] pasa a verlo; le digo si y pues ya, de ahí ya fue que pasé a ver a mi bebé [...].

*A fin de obtener más información en referencia a la atención médica que se le brindó a la señora y sobre sus antecedentes en el embarazo, le hice unos cuestionamientos, a los cuales señaló:*

Llevé control prenatal en un Centro de Salud y luego iba a un particular a hacerme ultrasonidos y a que me checara, de hecho tuve un ultrasonido antes de que se me rompiera la fuente y estaba bien; pero pues me decían cuando me hacían el tacto, que no había ruptura de membrana, ni sabían por dónde se salió el líquido. Igual en el Gregorio Salas me checaba, me checó el doctor y dijo que no tenía ruptura de



membranas; según también me tenían que hacer ultrasonidos, pero nunca me lo hicieron, nada más me ponían un aparato para checar el corazón del bebé y su corazón latía normal.

El control prenatal lo llevé desde los 2 meses, en el Centro de Salud de Minas de Cristo, en la Delegación Álvaro Obregón; acudí a 4 consultas y antes de que naciera mi bebé me hicieron 3 ultrasonidos particulares. Nunca me dijeron que estaba chiquito, pues iba normal, yo me checaba seguido, porque he escuchado varios casos que luego llevan el cordón enredado o que venían malitos y por eso, yo iba a checar me, no mensualmente, pero si seguido y 2 semanas antes de que se me saliera el líquido me hice un ultrasonido.

[...]

Cuando ya salió mi bebé, luego, luego, yo le grité a la doctora, y ella agarró y se levantó, ella se acercó, lo vio, ya pidió tijeras para cortar y le pidió la bolsa a la enfermera; yo no vi que le hiciera algo, nada más cortó, lo levantó, iba estirado el cordón y lo levantó y como que lo puso así, pero antes de eso, antes de que levantara el cordón, me dijo: "¿quiere ver a su bebé?" y yo le dije que no y ya ella agarró y levantó e hizo esto y ya, como la enfermera ya había puesto la bolsa en el bote, pues ella agarró y lo dej[ó] caer.

Yo vi que no le hizo nada a mi bebé, luego, luego que ella lo agarró, pues dije como a la mejor ya está muerto, como no se movió, no lloró, nada, yo dije ya ha de estar muerto y por eso es que hizo eso, a la mejor así lo hacen; ya fue cuando lo dejó ahí y ella iba a buscar no sé qué y regresaba y de hecho, todavía lo veía, o sea, ella pasaba y lo veía, pues no sé si esperando a que se moviera. Ya después, se llevaron el bote, no sé para dónde, la verdad no sé y ya fue cuando me dijo: "¿todavía siente dolor?", le digo: "sí", y me señaló que me tenía que hacer el legrado; dice: "¡ah!" y ya después agarró y volvió a regresar y me dijo: "¿siente dolor?", le digo: "sí, un poquito", y ya fue cuando me dijo: "no pues de una vez le saco la placenta" y ya fue cuando me sacó la placenta y ya fue cuando recogieron toda, diciéndole a la enfermera: "cámbienle las sábanas".

[...]

90. Oficio número DGSMU/528/11 de fecha 01 de febrero de 2011, suscrito por el Doctor Gustavo Carbajal Aguilar, entonces Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud, por el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...]

1. Resumen Clínico de la madre del niño agraviado M, así como del niño agraviado M, sin fecha, suscrito por el Doctor Argemiro José Genes Naar, entonces Director del Hospital General "Gregorio Salas Flores", en el cual consta lo siguiente:

[...]

Se registra el 05 de diciembre del 2010 a las 14:05 horas.

Es revisada a las 14:23 horas en el Servicio de Urgencias por la Dra. Teresita de Jesús Castro, encontrando paciente femenina de 28 años procedente de tres hospitales la cual no fue recibida por no contar con ginecólogos y medicamentos, negando antecedentes

personales patológicos y no patológicos de importancia. Antecedentes gineco-obstetras [...], a la exploración física se encuentra consciente, orientada, cooperadora, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino 21 centímetros, frecuencia cardíaca fetal no audible bien, y se escucha entre 132 y 138, se difiere tacto vaginal ya que previamente había sido valorada en otros hospitales. Diagnóstico en base de 23 semanas de gestación sangrado transvaginal y amenaza de aborto, se solicita valoración por ginecología.

A las 15:15 horas es valorada por el Dr. Gerardo Ramírez Luna médico gineco-obstetra del hospital encontrando al reporte ultrasonográfico anhidramios, 23.5 semanas. A la exploración física fondo uterino un travez arriba de la umbilical, no movimientos fetales, latidos cardíaco fetal ninguno, se realizó especuloscopia con ausencia con pérdidas transvaginales, cérvix sin modificaciones, su diagnóstico es, embarazo de 23.5 semanas de gestación, descartar óbito y anhidramnios contra ruptura prematura de membranas, plan se ingresa a piso.

No se encuentra nota de remisión obstetra por la Dra. Rosalba Ortiz Ortiz, médico gineco—obstetra de turno nocturno de la guardia "B".

Se encuentra nota médica del día 06 de diciembre del 2010, a las 06:50 horas la cual refiere que se percibe frecuencia cardio fetal que deberá confirmarse con ultrasonido que no se ha practicado. Refiere la paciente eliminación de líquido y moco, dicha nota con firma ilegible.

A las 7:40 del mismo día, paciente con actividad uterina irregular con salida de líquido con 36 horas de evolución, niega fiebre, fondo uterino de 22 centímetros por arriba del borde superior de pubis, con frecuencia cardíaca fetal de 146, rítmica de adecuada intensidad con una contracción de 30 segundos en 10 minutos, cérvix dehiscente tarrier y valsalva positivo, ultrasonido reporta 23 semanas de gestación más anhidramnio se indica subir a labor para inducto conducción de trabajo de parto. Se le explica a la paciente del riesgo para el producto y para ella, plan sube a labor, diagnóstico por la Dra. Olvera.

A las 13:00 horas del mismo día, es valorada ya en labor por el Dr. Felipe Romero Herrera quien inicia inducto conducción.

A las 15:30 horas del 06 de diciembre de 2010, la Dra. Corrales y la Dra. Zalazar, revaloran a la paciente continuando mismo manejo y reportan pronóstico malo para el producto, y ellas mismas a las 21:00 horas tratan de localizar a familiares para dar información sin localizarlos.

En la hoja de toco cirugía del Servicio de Enfermería se reporta por la enfermera Ana Laura De La Cruz, que a las 03:25 horas, la paciente arroja producto del sexo masculino alumbramiento dirigido de placenta, con indicación pendiente de pasar a legrado.

No se encuentra en el expediente clínico notas médicas del día 06 de diciembre del 2010, de la guardia "C" en donde estaba como obstetra la Dra. Guadalupe Janine Poceros Del Río[,] quien se encuentra con tarjeta de asistencia debidamente checada tanto la entrada como la salida, asimismo se encuentran hojas de indicaciones médicas del día 07 de diciembre del 2010 a las 05:30 horas firmadas por la Dra. Del Río, no se encuentran notas de atención de parto, por la Dra. Guadalupe Janine Poceros Del Río.





A las 07:30 horas se informa vía telefónica al servicio de Pediatría por parte de la enfermera Martha Vivian, jefa de Toco cirugía del turno matutino, que se encuentra un recién nacido en el área de expulsión, por lo que el Dr. Gustavo López Reyes, jefe de Pediatría acude a dicho lugar de forma inmediata para su valoración y traslado al área de neonatología en el 3 piso de este hospital, encontrándose recién nacido inmaduro extremo del sexo masculino, procedente de labor con peso de 690 gramos apgar y silverman desconocidos, que presenta en este momento frecuencia cardiaca de 120 por minuto, hipotermia y movilidad escasa, cráneo normal, ojos con secreciones, cavidad oral y labios íntegros, pabellones auriculares normales, conductos auditivos y narinas permeables, cuello normal, tórax normal, con automatismo ventilatorio espontáneo, no estertores, área cardiaca 120 por minuto, abdomen blando no distendido no visceromegalias, cordón no sangrante, extremidades normales, genitales muy pequeños, testículos no descendidos destroxitis 131 miligramos por decilitro. Se inicia control térmico y se instala fase I de ventilación, se colocan catéteres umbilicales, y se toman muestras sanguíneas para enviar a laboratorio así como control radiológico se inician soluciones parenterales y doble esquema antimicrobiano, además de gamaglobulina intravenosa, evolucionando en forma estable (dentro de su gravedad) con adecuado control térmico continuando con la fase I de ventilación hasta el día 08 de diciembre del 2010, cuando es aceptado en el Hospital Pediátrico de Tacubaya para su traslado, aceptando la Dra. Hilda Ruiz y acudiendo una unidad de terapia intensiva del Centro Regulador de Urgencias Médicas.

El día 08 de diciembre del 2010 a las 07:00 horas, la paciente Olivia Luciano Martínez, es dada de alta, por mejoría por el servicio de gineco-obstetricia.

[...]

2. Anexo oficio con sello recibido del oficio HGEC/D0065/11 girado por el Hospital General "Enrique Cabrera" donde se indica que la paciente no fue atendida en dicho nosocomio.

3. [...] se anexa resumen clínico cronológico dirigido a la C. Teresa Monroy Ramírez, Contralora Interna, el cual se explica por sí mismo.

[...] no existe evidencia documental de glosa de partograma, documento vital en la atención de la embarazada en trabajo de parto.

[...] En certificado de defunción se determina hora de fallecimiento a las 3:25 horas del días 07 de diciembre de 2010, se anexa copia de nota informativa dirigido a la C. Teresa Monroy Ramírez, Contralora Interna de fecha 8 de diciembre de 2010.

[...] Se dio vista de los hechos a Contraloría Interna de esta Secretaría quien lleva a cabo la investigación subsecuente.

4. Se anexan copias de: oficio de amonestación de fecha 7 de diciembre dirigido a la Dra. Guadalupe Janine del Río Poceros y de la nota informativa suscrita por la involucrada.

5. Se envía en sobre cerrado copias certificadas de los expedientes clínicos tanto de la madre como del recién nacido, que obran en los hospitales; General Gregorio Salas y



Pediátrico de Tacubaya, se envía también en sobre cerrado copia simple del expediente clínico ya que no se cuenta con el expediente original para su cotejo y certificación en virtud de que [...] [nombre del niño agraviado M] continúa internado en el Hospital Pediátrico de Peralvillo.

[...]

91. Dictamen médico de fecha 29 de marzo de 2011, firmado por la Doctora Graciela Reyes Aguilar, perita médica adscrita a la Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el cual fue emitido en la averiguación previa FSP/B/T3/2487/10-12, iniciada con motivo de los hechos, en el cual consta lo siguiente:

[...] Dictamine si existen lesiones por responsabilidad profesional, negligencia, impericia, o mal praxis en la atención médica proporcionada a la C. [madre del niño agraviado M] así como al recién nacido [...] [nombre del niño agraviado M] por parte del personal médico del Hospital General "Doctor Gregorio Salas Flores". Y sobre qui[é]n recae dicha responsabilidad.

[...]

#### CONCLUSIÓN

El recién nacido hijo de [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] presenta lesiones cerebrales secundarias a asfixia perinatal, por falta de atención médica en sus primeros minutos de vida.

Sí existe mala praxis médica por parte de la Dra. Guadalupe Janine Del Río Poceros al realizar un mal diagnóstico, al determinar que el producto de la gestación de la C. [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] estaba obitado; negándole así la oportunidad de un mejor pronóstico para la función y la vida.

Existe omisión de cuidados por parte de la enfermera Ana Laura De la Cruz, por enviar al servicio de patología al recién nacido hijo de [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] sin corroborar los signos vitales de éste y dando por hecho que el bebé estaba muerto [...].

92. Acta circunstanciada de fecha 25 de mayo de 2011, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual hizo constar lo siguiente:

[...] El señor [...] [nombre del padre del niño agraviado M] dijo que el bebé salió bien de una intervención quirúrgica ya que tiene hidrocefalia y le pusieron una pequeña válvula conectada de su cabecita a sus riñones. Desde el 25 de marzo del año en curso, tienen a su bebé en su domicilio y actualmente tiene un peso de tres kilos con ochocientos gramos. Los médicos le dijeron que su hijo tiene retraso de 2 a 5 años y que será después de los tres cuando vean cuáles son las secuelas en su salud. Una doctora le dijo que las terapias que dan en los Centros de Teletón son muy buenas y que deben llevar a su hijo todos los días, ya les dieron un pase para el Centro que se ubica en Naucalpan y Tlalnepantla pero no han acudido ya que no cuentan con recursos económicos y se gastarían \$60.00 pesos diarios en transporte. La doctora le dijo que los dos primeros años de vida de su hijo eran muy importantes, que lo que hicieran después ya no iba a tener el mismo beneficio por eso tenían que darle la mejor atención, mucho cariño y las terapias de Teletón en esos primeros dos años de vida. También le dijo a él

y su esposa que tenían que hacerle ejercicios a su hijo todos los días, pero era muy importante las terapias. El señor [...] [nombre del padre del niño agraviado M] dijo que su hijo parece que está muy bien lo único es que parece que tiene mucha fuerza en sus manitas (las aprieta mucho), de los estudios de sus ojos salió bien y cuando los médicos lo ponen de pie solamente utiliza un pie para tratar de caminar y el otro lo arrastra. Los médicos le han dicho que no saben si va a poder caminar. La semana pasada acudió con su esposa a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud donde le dijeron que ya había una queja en contra de la doctora que atendió a su esposa cuando nació su hijo, que estaban citando a los policías y después citarían a los médicos del Hospital Gregorio Salas [...].

93. Ampliación de dictamen médico de fecha 21 de junio de 2011, suscrito por la doctora Graciela Reyes Aguilar, perito médica adscrita a la Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, que está integrado a la averiguación previa FSP/B/T3/2487/10-12, iniciada con motivo de los hechos, en el cual consta lo siguiente:

[...]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1. Explique qué quiere decir con mala praxis médica y si [é]sta consistió en negligencia o impericia.
2. Si el daño cerebral fue a consecuencia de la mala praxis médica por parte de la Dra. Guadalupe Janine Del Río Poceros.
3. Si la mala praxis médica de la Dra. Guadalupe Janine Del Río Poceros puso en peligro la vida del recién nacido hijo de [...] [nombre de la madre del niño agraviado M].

[...]

Una vez ratificado mi dictamen procedo a realizar la siguiente Ampliación del mismo:

Se entiende como Mala Praxis Médica cuando la actuación de un facultativo médico es inadecuada y no se ajusta a los criterios de la *lex artis*, que son los criterios a partir de los cuales se debe regir un facultativo médico y son seguidos por toda la comunidad sanitaria y científica. Es decir cuando en el área de la salud se provoque un daño parcial, o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de una actuación profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable. La mala praxis implica actuar con descuido, imprudencia, impropiedad, así como negligentemente.

Se entiende como negligencia a la falta de cuidado y abandono de las pautas de tratamiento, asepsia y seguimiento del paciente que están indicadas y forman parte de los estudios en las profesiones de la salud.

Se entiende como impericia, a la insuficiencia de conocimientos para la atención del caso, que se presumen y se consideran adquiridos por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión.

[...]


**CONCLUSIÓN:**

[...] La Dra. Guadalupe Janine del Río Parceros actuó con descuido y con imprudencia al determinar que el recién nacido de la [S]ra. [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] estaba obitado (muerto antes de nacer) sin comprobarlo, realizó un certificado de muerte fetal número de folio [...] a un recién nacido que estaba vivo y fue enviado al Servicio de Patología donde permaneció durante aproximadamente cinco horas, de acuerdo a los cánones médicos establecidos, el recién nacido de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido; en su punto número 5.6.2., dice: "Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluye reanimación", y el bebé [...] [nombre del niño agraviado M] no fue reanimado. Por lo cual de acuerdo a todo lo anterior existió omisiones [sic] en su actuación médica por parte de la mencionada doctora, así como de la mencionada enfermera Ana Laura de la Cruz, quien tampoco verificó los signos vitales del recién nacido y dio por hecho que el recién nacido estaba muerto realizando aviso de defunción [...].

Sí, el daño cerebral fue a consecuencia de la falta de reanimación y atención médica oportuna, el diagnóstico equivocado de la [D]ra. Guadalupe Janine Del Río Poceros de que el recién nacido [...] estaba muerto u obitado, le negó una atención médica especializada oportuna que pudo haberle dado al niño mejor pronóstico para la vida y la función.

[...] Sí [la mala praxis médica de la [D]ra. Guadalupe Janine Del Río Poceros puso en peligro la vida del recién nacido].  
[...]

94. Oficio número DGSMU/1655/11 de fecha 5 de julio de 2011, suscrito por el Doctor Román Rosales Avilés, Director de la Dirección de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:



[...] En contestación a su oficio de solicitud de colaboración [...] relacionado con la solicitud para proporcionarle terapia y/o tratamiento médico para su menor hijo, al respecto le informo que la peticionaria acudió a esta Dirección General el día 04 de julio del presente año, con el Dr. Enrique González Blanco, Coordinador de Servicios Hospitalarios, para valorar las opciones de atención con que contamos refiriéndola al Hospital Pediátrico Legaria, el cual cuenta con el servicio de rehabilitación y estimulación temprana, como se señala en el oficio DGSMU/1606/11 [...].

95. Acta circunstanciada de fecha 12 de enero de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[E] señor [...] [nombre del padre del niño agraviado M] informó que le están dando terapias a [...] [nombre del niño agraviado M], que tiene hidrocefalia grado 3 y grado 2. Considera que es un milagro ya que su pequeño hijo parece normal, aunque un pie y un brazo los tiene "muy tensos" (con cierta rigidez). Le tuvo que hacer unos estudios que le costaron \$3,500.00 pesos, además, deben comprarle una prótesis y también le

solicitaron comprar un asientito y gasta \$50.00 pesos cada vez que llevan a su hijo al Teletón [...].

96. Oficio CG/CISS/SQDR/275/2012 de fecha 7 de febrero de 2012, suscrito por el C.P. Gustavo Ávila García, entonces Contralor Interno de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el cual se anexa el oficio sin número de fecha 8 de diciembre de 2010, suscrito por el Doctor Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" por el cual proporcionó a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la siguiente información:

[...]

Se me informa el día 07 de diciembre aproximadamente a las 11:00 horas, llegando al hospital que el producto en cuestión aparentemente obitado continuaba con signos vitales, por lo que de inmediato nos dirigimos al área de neonatología y tener conocimiento del estado de salud del neonato en donde se establece esquema de manejo a base de soluciones parenterales, antimicrobianos, bloqueadores de receptores H2 ranitidina, oxígeno, monitorización y se solicitan exámenes básicos de laboratorio.

Solicité la presencia de los familiares para darles la información clara de los hechos.

Con reporte de estado de salud como grave, el día 8 de diciembre se decide referirse al Hospital Pediátrico de Tacubaya para ser tratado por la especialidad.

La madre del producto se somete a Legrado Uterino Instrumental el día 7 de diciembre dándose de alta el día 8 de diciembre en buen estado de salud.

**De acuerdo a instrucciones de la Dirección de Atención Hospitalaria se procedió a la revisión del expediente clínico encontrándose importantes desviaciones como son: mala integración, desordenado, faltan notas médicas sin evidencias de seguimiento, falta nota de atención del parto, no hay datos de información del estado del producto a los familiares. [Negrillas fuera de texto original]**

**Por otra parte informo a usted que el personal de seguridad y vigilancia del hospital se dio cuenta de que el producto estando en patología estaba con vida informándose a la enfermera quien procedió de inmediato otorgar atención y lo lleva a neonatos para este fin quienes de inmediato inician manejo de tratamiento. [Negrillas fuera de texto original]**

[...]

97. Acta circunstanciada de fecha 15 de febrero de 2012, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

Cada mes o cada dos meses llevan a su menor hijo al Hospital Legaria donde es valorado por un neurólogo. En ese Hospital le iban a brindar terapias a su hijo, pero un médico le informó que de preferencia llevara a su hijo a terapia a otro lugar, ya que el médico que proporciona terapia es muy déspota.

Cada dos meses acuden al Hospital Peralvillo para que el pediatra revise a su hijo, quien desde hace tiempo ya no ha aumentado de peso.

A su pequeño hijo le recetaron un medicamento que debe tomar un mes y descansar otro pero es muy costoso y por ese motivo no se lo están dando.

El año pasado, el doctor Armando Ahued le proporcionó a la peticionaria un pase para que su hijo fuera atendido en el Centro del Teletón.

[...]

98. Acta circunstanciada de fecha 24 de febrero de 2012, suscrita por un Médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en el cual consta lo siguiente:

[...] se realizó una inspección ocular en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, sobre los hechos ocurridos la madrugada del 7 de diciembre de 2010, respecto del caso en cuestión, por lo que se elaboró el presente informe.

#### ENTREVISTA AL POLICÍA AUXILIAR [...] JOSÉ ALFREDO ÁLVAREZ SÁNCHEZ

El policía José Alfredo, refirió que la madrugada de ese día llegó hasta la caseta de vigilancia [...] en la que él estaba, el camillero Carlos Cortés, quien le pidió que le abriera el Área de Patología, porque iba a introducir a dicha Área a un recién nacido "fallecido", proveniente del Área de Expulsión.

Por lo que el policía José Alfredo tomó las llaves y ambos caminaron hacia el Área de Patología [...] Al llegar el señor José Alfredo le abrió la puerta del Área de Patología [...] al camillero Carlos Cortés.

Que el camillero Carlos Cortés entró al Área de Patología, abrió la puerta de la gaveta superior refrigerante [...] donde meten a los cadáveres, e introdujo al recién nacido supuestamente fallecido [...], posteriormente cerró la puerta de la gaveta y salió del Área de Patología. El policía José Alfredo regresó a su caseta de vigilancia [...] Como a la media hora de que el camillero Carlos Cortés había introducido el cuerpo del niño [...] en la gaveta antes mencionada, se presentó en la caseta de vigilancia la enfermera Patricia Blancarte, quien le dijo al policía auxiliar José Alfredo: Poli, voy a ir a Patología. Por lo que el policía auxiliar José Alfredo, le preguntó que si iba a ingresar el cuerpo de otro bebé fallecido, a lo que le contestó la enfermera Patricia Blancarte: No, es el mismo pero se nos olvidó ponerle el membrete. Que el membrete es una etiqueta en donde se pone el nombre de la mamá, la hora que nació el bebé y la hora [en] que falleció.

Que el policía auxiliar José Alfredo, nuevamente tomó las llaves y ambos se dirigieron al Área de Patología. Que la enfermera Patricia Blancarte al desenvolver el campo (pieza de tela de aproximadamente 50 por 50 centímetros, que se utilizan en los quirófanos o en otras áreas hospitalarias) que envolvía al niño, para ponerle el membrete en el pecho, el policía José Alfredo notó que el tórax del niño [...] se movía y ondulaba. Que le dijo a la enfermera: ¡joye está vivo! Que la enfermera le contestó: Ah, son sus últimas bocanadas de aliento. Que el policía auxiliar José Alfredo, se le salió una lágrima y le dijo a la enfermera: está vivo ¿lo vas a dejar ahí? Que ella le respondió: ya no podemos hacer nada, mejor récele un padre nuestro.



Que la enfermera lo envolvió en el campo, lo introdujo en la gaveta, cerró [é]sta y salió del Área de Patología. Que el policía auxiliar José Alfredo procedió a cerrar la puerta con el cerrojo y el candado.

Que el policía auxiliar José Alfredo regresó a su caseta de vigilancia y que su compañera Adela Santiago Ruiz, le dijo: ¿qué tienes, por qué lloras? Que él le contestó: pues ¿qué cree? [...] ahí en Patología, le dije, hay un bebé vivo y se ve que respira, está vivo. Que su compañera policía auxiliar le dijo: ¿sabes qué? vamos a ver eso [...].

Que tomaron las llaves del Área de Patología y ambos de inmediato fueron caminando hacia dicha Área [...]. Que abrieron la puerta, su compañera Adela Santiago se metió, abrió la gaveta refrigerante superior [...], sacó al niño [...], lo vio y se dio cuenta de que el niño estaba vivo. Que su compañera lo puso sobre una caja que estaba apilada encima de otras [...] y que procedieron a avisarle al asistente de la Dirección, Dr. García, de lo ocurrido con el niño [...].

Que después de un buen rato la doctora Del Río (médica tratante) muy molesta, muy enojada y sin llevar consigo algo para dar los primeros auxilios al niño [...] llegó hasta donde estaba el bebé, y con una pluma de escribir procedió a destapar al bebé, lo oprimió de su pechito y le trató de quitar el membrete y decía algo así como que el niño estaba mal y que se iba a morir.

Que posteriormente lo tomó como si solo fuera un pañal con suciedad [...] y se lo llevó hacia el elevador [...], en donde se encontró con el asistente de la Dirección y le dijo: ¿Qué hago con esto? Refiriéndose al niño [...]. A lo que el asistente de la Dirección le dijo: pues súbalo, a ver dónde lo pone. Que ambos policías auxiliares se quedaron parados cerca del Área de Patología por unos momentos y la doctora Del Río se fue sola en el elevador [...].

Que después se presentó un empleado del propio Hospital para pedirle un papel que les entregan cuando se deposita un cadáver en el Área de Patología, por lo que el policía José Alfredo se lo entregó.

Otros aspectos que comentó el policía auxiliar José Alfredo, son que ellos tienen el resguardo de las llaves del Área de Patología, por lo que si alguien quiere ingresar o sacar algún cadáver de dicha Área necesariamente son avisados de tal circunstancia y les avisan que van a bajar un cadáver, que ellos como policías auxiliares piden y anotan el nombre de la persona que va a bajar el cadáver, [...]

El policía José Alfredo recordó que el 7 de diciembre de 2010, el Área de Patología también era utilizado como una especie de almacén o archivo, el cual estaba desordenado y sucio, ya que había muchas cajas de cartón [...] que contenían papeles viejos y radiografías sin expedientes, entre otros. Que en dicha Área también había varios colchones, sábanas y bastantes roedores, específicamente ratas de un tamaño considerable además de excremento de ratas, las cuales hasta la fecha persisten [...]. Por lo que el día que rescataron al niño él y su compañera decidieron que no lo iban a dejar solo en el Área de Patología. Que en el momento de la entrevista el Área de Patología está bastante limpia en comparación a como lo estaba en las fechas en que habían dejado al niño en la gaveta refrigerante.

Otro aspecto que abordó el policía José Alfredo fue el video que con su teléfono celular



le tomó al niño [...] el 7 de diciembre de 2010 [...] recuerda que el Director del Hospital General Dr. Gregorio Salas, les dijo que borrarán ese video porque habían hecho algo incorrecto, a lo que le contestó el señor José Alfredo: discúlpeme pero el video no lo vamos a borrar con eso me voy a amparar, no lo voy a borrar.

#### ENTREVISTA A LA POLICÍA AUXILIAR [...] ADELA SANTIAGO RUIZ

[...] refirió que ellos como policías auxiliares de ese Hospital, orientaban a los familiares de personas fallecidas, de los trámites que deben realizar para que les puedan entregar los cadáveres de quienes fueron sus familiares.

Que en el caso del niño, sus familiares ya tenían el certificado de defunción, e incluso a ellos como policías auxiliares ya les habían avisado que ya iba a llegar personal de la funeraria para llevarse el supuesto cadáver, y que de pronto los llamó el doctor Rodríguez Ledesma, del Servicio de Pediatría, quien les preguntó: ¿Qué pasó? Que le informaron lo sucedido y que posteriormente dicho médico les dijo: Quiero que sepan que está vivo. Después de ello les pidió que llamaran a los papás del niño [...], a lo cual accedieron y subieron al Servicio de Pediatría con los padres del niño [...].

Que el Director del Hospital le pidió que le requirieran al padre del niño [...] el certificado de defunción [...].

Respecto a las represalias que sufrieron ella y su compañero José Alfredo por haber cumplido con su deber al rescatar al niño [...] de una gaveta mortuoria, la policía auxiliar Adela Santiago Ruiz manifestó que cuando fueron a declarar a Xocongo (Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal), el Director del Hospital Dr. Gregorio Salas, nos amedrentaba diciendo que era su gran cuate el Jefe del Área de Asuntos Internos de la Policía Auxiliar. Que cuando llegaron a Xocongo les dijeron que si querían se podían reservar su derecho de declarar, sin embargo decidieron declarar. Una vez que regresaron al Hospital General Dr. Gregorio Salas, le fueron a informar al Director de lo sucedido y que dicho funcionario los trató muy mal, porque les dijo, entre otros: basta de chismes, [...] ¿saben ustedes que esto me va a traer muchos problemas?

Que lo mismo que estamos comentando aquí, lo comentamos en Altadena (oficinas centrales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal). Que de Altadena le estuvieron hablando todos los jefes al señor Director, que regañando me llamó y me volvió a sentar y me dijo: que de qué me había yo quejado, [...]. Frente al papá del bebecito nos amenazó y nos dijo enfrente de ellos [...]: y esto se va acabar, dijo: es más voy a pedir su cambio de ustedes, hasta de testigos están esos señores. [...]

#### ENTREVISTA A LA ENFERMERA ANA LAURA DE LA CRUZ MONDRAGÓN

[...] Yo llegué al Servicio (de Gineco-obstetricia), a las 7 de la noche que es mi hora de entrada, y recibí a las personas que se encontraban ahí. [...] se encontraba la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], estaba con inducción de parto y presentaba salida (prolapso) del cordón umbilical por la vagina.

[...] la paciente refiere que ella arrojó el producto (de la concepción). La doctora Del Río se acerca a verificar, y a mí me pide lo necesario para cortar el cordón (umbilical).





Yo estaba de servicio, estuve sola de servicio esa noche. Me dirijo hacia ella para solicitar lo pedido por la doctora; me regreso, se lo entrego, y empiezo a hacer anotaciones en mi hoja de enfermería, y a preparar y pasarle medicamento a la paciente, porque la doctora me comentó que había comenzado a sangrar mucho, por lo cual yo no me percat[ó] en el momento en que a la paciente corta y pinza el cordón.

Posterior a esto continuó dándole la atención a la paciente. La doctora dice que hay que cambiarla porque está muy sucia, pero antes de esto se lleva a cabo el alumbramiento (expulsión de la placenta procedente del útero o matriz).

Después de esto yo cambio a la paciente de ropa de cama, de bata, la dejo limpia y la doctora se dirige a la paciente y me comenta que fue un producto masculino que pesó 499 gramos. [...]

Le comento (a la doctora Del Río) que voy a preguntar a las compañeras [enfermeras] de quirófano, que qui[é]n hace esta actividad, me dirijo a quirófano, le pregunto a la compañera Patricia Blancarte; ella me dice que es otra compañera la que se encarga de eso, y que aparte hay que llenar la papelería. Se regresa conmigo al Servicio para mostrarme la papelería, ella se vuelve a regresar a su Servicio, a quirófano; y yo me quedé en mi Servicio atendiendo a los pacientes, porque tenía pacientes con signos vitales variables.

Posterior a esto me vuelvo a dirigir a quirófano por el material para amortajar al niño, regreso y me dirijo a [el Área de] Expulsión y el niño estaba en [el interior de] la cubeta amarilla [...].

En el momento en que lo voy a sacar me doy cuenta de **que tiene movimientos esporádicos; entonces yo lo saco, lo cubro con un campo, lo dejo en la mesa y voy inmediatamente a avisarle a la doctora Del Río, le comento que el producto tiene movimientos y ella me dice que: pues sí, pero que solamente había que esperar, que no era un producto viable.**

En ese momento llega la compañera Patricia Blancarte, a apoyarme por la carga de trabajo que tenía yo, y ella se queda con el producto y yo me dedico a la atención del resto de las pacientes.

[...]

Que la cubeta en donde estaba el niño [...] era de metal, tenía rodajas y que se les conoce como cubeta de patada [...] estaba en el área de expulsión y que el niño [...] estaba en posición fetal en el interior de una bolsa de plástico, gruesa, de color amarillo, y que está a su vez estaba en dicha cubeta [...] Que no se percató cuánto tiempo estuvo el niño [...] en la bolsa y en la cubeta de patada.

Que por amortajar a una persona fallecida se entiende cubrir con algodón todos los orificios naturales del cuerpo como oídos, nariz, boca, ano, vagina en el caso de las mujeres, para evitar salidas de líquidos o secreciones corporales, retirar soluciones si las tiene, equipos, sondas, envolverlos en campos [lienzo de tela, que se suele utilizar en los hospitales o quirófanos], ponerle el membrete con todos los datos personales del niño y cubrirlo con un campo.



Que cuando se dio cuenta que el niño [...] tenía movimientos esporádicos, avisó a la doctora Del Río, y que ésta le dijo que no se podía hacer nada, solamente había que esperar; que la Dra. Del Río en ningún momento le pidió que avisara a algún otro médico, que ella le avisó a la Dra. Del Río porque era la titular.

La enfermera Ana Laura me refirió que en la fecha de los hechos narrados tenía trabajando en el Hospital General Gregorio Salas dos meses.

**Que la expulsión del producto por parte de la madre del niño [...] no fue en la Sala de Expulsión, sino que fue en una cama del Área de Labor [...]. [Las negrillas están fuera de texto original]**

#### ENTREVISTA A LA ENFERMERA PATRICIA BLANCARTE GODÍNEZ

[...] A ver, a esa hora del evento, yo tenía trabajo en el quirófano y (la enfermera) Ana Laura entró y me preguntó sobre el trabajo de amortajamiento. Después de unos minutos, vuelve a entrar y pregunta sobre la papelería del aviso de defunción, ya que ella tenía duda del manejo del reporte y los membretes. Mi criterio fue ir a ayudarla, actividad que no me correspondía. Me dio los datos del paciente y del producto.

Debo de aclarar que en el aviso de defunción está firmado por la doctora Del Río y Ana Laura. De forma rápida revisé el sexo del producto; en ningún momento observé que respirara, ya estaba envuelto y reportado como muerto. Yo procedí a hacer la papelería y los membretes correspondientes.

El producto tenía una hora reportado como muerto 3:25 a.m. y realicé el reporte a las 4:00 a.m. [...] En ese momento llegó la señorita supervisora de la guardia Delia y el señor camillero Carlos, le comentamos lo sucedido, le damos la indicación al camillero que baje el producto al mortuario y yo bajé los avisos de defunción.

En cuanto subí al quinto piso de haber dejado el reporte, me percaté de que no le había puesto los membretes al producto y volví a bajar al mortuario. Le dije al vigilante que me abriera el mortuario para colocarle los membretes. Lo saco del refrigerador, lo desenvuelvo y al momento dio un suspiro, le dije [se supone que al policía auxiliar José Alfredo] que iba a dar aviso a la doctora Del Río y que no lo volviera a meter, en lo que yo subí al quinto piso a buscar a la doctora Del Río, lo cual no la encontré.

Entonces, le comenté a Ana Laura que el Producto estaba vivo. El vigilante dio aviso desde su caseta por teléfono al jefe de guardia, al doctor García, el cual avisó a la doctora Del Río y bajaron por el producto. La doctora lo subió y lo dejó en una mesa Pasteur [...]. Le pregunté qué es lo que procedía y dijo: déjenlo ahí hasta que fallezca. El producto se quedó envuelto en la compresa. Ese día yo salí de comisión de salida, aproximadamente a las 06:30 a.m. y me avisa mi supervisora alrededor de las 8:30 a.m. por teléfono que el producto seguía vivo.

[...] Que ella como enfermera considera que una persona está fallecida cuando el doctor da la hora de fallecimiento. Ahora si el doctor me está diciendo que fallece el paciente, nosotros procedemos a hacer el amortajamiento y la papelería correspondiente que nos toca a nosotros. En este caso por ejemplo, a mí me dan los datos de la paciente y me dicen que el producto murió a las 3:25 [horas], yo voy a ayudarles a hacer la papelería a las 4:00 de la mañana, ese producto ya tiene, un producto que falleció a las 03:25, yo a



las 4:00 de la mañana le voy a ayudar a hacer los papeles de amortajamiento y un papel donde la doctora y la compañera firman de que ya falleció. Yo lo doy por fallecido. Entonces, lo único que hice como estaba envuelto en la compresa, ir a verificar el sexo para ir a ayudarles a hacer la papelería.

Que cuando bajó al Área de Patología y ella vio que el niño [...] [nombre del niño agraviado M] tuvo un suspiro, que le dijo al auxiliar de policía: no lo meta, espéreme, le voy a avisar a la doctora del Río, porque era mi jefe superior en ese momento, fue la doctora del Río la que dio la indicación de que había fallecido. [...]

Al preguntarle a la enfermera Patricia Blancarte, la razón por la que ella no subió al niño [...] en cuanto se dio cuenta que estaba vivo señaló: Sí, a la mejor ese fue mi error que no lo subí. Pero le vuelvo a comentar, en ese momento la doctora Del Río era mi superior. Lo que hice fue ir a avisarle, pero el policía me ganó y le avisó por teléfono a la doctora o al doctor García, no sé a quién le avisaría.

Que cuando sacó al niño [...] de la gaveta mortuoria refrigerante, puso al niño sobre unas cajas que tenían papel [...].

Que cuando subió la doctora Del Río con el niño, puso a este en una mesita Pasteur, y que le preguntó a la doctora Del Río qué es lo que procedía y que ella le contestó: **déjenlo ahí hasta que fallezca**. Entonces como teníamos trabajo, nos dedicamos a otro trabajo.

[...]

99. Oficio número JSGO/102/12, de fecha 15 de marzo de 2012, en el cual se anexó una Opinión Técnica suscrita por el Doctor J. Jesús Hernández Hernández, médico especialista en ginecología y obstetricia adscrito al Hospital General de México, en el cual estableció lo siguiente:

[...]

**Pregunta 1.-** En qué medida la falta de atención médica inmediata al nacimiento de [...] [nombre del niño agraviado M] así como el colocarlo en situaciones adversas (no darle los auxilios médicos al recién nacido, meterlo en una bolsa de plástico y dejarlo en la cubeta de patada, introducirlo en una gaveta mortuoria refrigerante que le produjo hipotermia, no brindarle calor, no darle alimentación, no darle oxígeno etcétera), contribuyó a que presentara daño o afección neurológica que actualmente tiene el [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** La paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] fue atendida por ruptura prematura de membranas y trabajo de parto pretérmino en el hospital "Dr. Gregorio Salas" el cual es un hospital de segundo nivel de atención, se calculó la edad gestacional en 23 semanas que es el límite de viabilidad más bajo conocido en el mundo; límite por que podría resultar de menor edad gestacional y nula posibilidad de vida extrauterina.

Entre las 23 y 26 semanas de gestación habitualmente pesan entre 500 y 700 gramos y se ha encontrado 50% de viabilidad de nacer el producto en la infraestructura hospitalaria de Tercer nivel de atención y sólo se logra esto por los recursos con que se cuenta en los países de mejor desarrollo económico con bajos índices de natalidad y



que ofertan tratamientos y rehabilitación por su mejor organización en sus sistemas económicos y de salud.

El seguimiento a largo plazo de niños nacidos en edad gestacional entre 23 a 26 semanas se encuentran muchas complicaciones derivadas de un cuerpo inmaduro que no responde bien al medio ambiente, ni el traumatismo uterino o del canal de parto, ni las infecciones y que jamás desarrollará funciones de órganos importantes que tienen menor número de células porque no alcanzaron a completar su crecimiento y desarrollo como lo son el cerebro y su sistema nervioso central con afección de su capacidad motora, intelectual, auditiva y visual; además de otros aspectos como la inmadurez pulmonar, por esto la muerte de un bebé afectado por estas situaciones puede ocurrir en el periodo neonatal aún con una atención excelente pues el que el bebé nazca vivo no garantiza una larga vida pues la viabilidad del ser humano llega al 100% cuando se alcanzan las 37 semanas en cualquier lugar de atención al nacimiento y 34 semanas en hospitales de tercer nivel de atención si estos son sanos.

[...]

[...] [nombre del niño agraviado M] no fue colocado en situaciones adversas puesto que su nacimiento a una edad gestacional de 26 semanas (primer cálculo por pediatra plasmado en certificado de nacimiento), con peso de 640 gramos que aunados a ruptura de membranas que hicieron se considerara de 23 semanas; además de ocurrir el nacimiento por parto vaginal pues la compresión del útero sin líquido amniótico sobre el bebé hacían de esperar lesiones a nivel cerebral y a todos los niveles con desenlace fatal en cualquier momento durante el parto o en poco tiempo al nacer pues entre las 23 y 26 semanas no hay gran diferencia; Ya estaba en situación adversa al nacer además en un hospital de segundo nivel de atención con sus carencias inherentes tanto de insumos como de personal médico y paramédico.

La reanimación cardiopulmonar no se brindó y en este caso cumple con la justificación debido a los principios básicos que en este caso fueron la baja posibilidad de recuperación del bebé y la necesidad de atender a otros pacientes y en quienes el esfuerzo es por recuperación más probable como fueron la atención de la parturienta por la gineco-obstetra, y la atención del pediatra hacia otros niños del hospital recuperables con mejor pronóstico.

**Colocarlo en lugares donde no va un neonato vivo es un error que se corrigió a los 30 minutos pues aun con signos vitales débiles debe considerarse dar el confort mínimo que es la temperatura del abrigo de una tela seca y el oxígeno del medio ambiente, mantener una comunicación continua y sincera con la madre para que [é]sta tome la decisión de brindar las medidas de reanimación cardiopulmonar si hubo personal entrenado para ello al momento del nacimiento y afrontar las secuelas esperadas o permitir el desenlace fatal. [Negrillas fuera de texto original]**

**Pregunta 2.-** Establecer si el daño o afectación neurológica que presenta el menor se debe única y exclusivamente a la prematuridad de [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** La afección neurológica que presenta [...] [nombre del niño agraviado M] es compatible con las secuelas derivadas de la compresión de la cabeza por el útero y el canal de parto al nacimiento del niño con todos sus tejidos susceptibles de daño asociados a la prematuridad. Saigal y colaboradores en su estudio informaron que

ocurrieron deficiencias neurosensoriales significativas (parálisis cerebral, hidrocefalia, retraso mental, ceguera y sordera) en 18% (9 de 50) de los sobrevivientes con peso al nacer entre 501 y 800g.

**Pregunta 3.-** Establecer si existió algún otro factor o circunstancia de tipo médico que pudiera ser la causa del daño o afectación neurológica que presenta [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** No hay factor médico que pudiera ser la causa de la afección neurológica que presenta el menor puesto que es un riesgo atribuible a las circunstancias de nacimiento de un niño prematuro, la decisión de dejar el nacimiento por parto está justificada en estos casos y en nuestro país en sus unidades hospitalarias porque se evalúa la posibilidad de supervivencia del prematuro para poder establecerse la viabilidad dependiendo del hospital, ser congruentes entre la situación fetal y las posibilidades de sobrevivir o secuelas a corto y a largo plazo con una gran carga económica y emocional en los padres; lo que se debe de comentar con los padres quienes toman la decisión final entre tener un bebé con muerte perinatal por inmadurez extrema o afrontar las secuelas y terapias físicas, cirugías correctivas y la afectación familiar social o económicas.

**Pregunta 4.-** En base a su experiencia cuál sería su pronóstico en cuanto a la función en este caso.

**Respuesta:** El paciente fue tratado con válvula de Prudens, la que impidió se comprimiera más el tejido cerebral, más las secuelas por insuficiente número de células nerviosas en áreas específicas del cerebro o las que se afectaron por hemorragia ya empiezan a manifestarse en limitación motora como es el caminar, hablar y aún falta la evaluación cognitiva y visual, se ha encontrado en productos prematuros nacidos con restricción del crecimiento intrauterino la aparición de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión en el adulto joven y riesgo prematuro de infartos. Groggaard y colaboradores en 1990 en su estudio comunicaron una incidencia de sospecha o minusvalía definitiva (parálisis cerebral, retraso mental, ceguera o sordera de 21% en sobrevivientes con peso al nacer de 500 a 750g.

**Pregunta 5.-** En su opinión cuáles serían los cuidados médicos que el menor debe recibir a corto, mediano y largo plazo.

**Respuesta:** La atención debe ser multidisciplinaria con inclusión de la familia para su participación en las terapias de tipo físico y psicológicas para la prevención de más daños y su rehabilitación encaminada a rescatar las funciones orgánicas que sean recuperables o susceptibles de adaptación, desafortunadamente la dependencia del niño hacia sus padres es completa a la edad actual con pocas posibilidades de que esta situación mejore con los años.

[...]


100. Opinión Técnica sin número de oficio, de fecha 4 de junio de 2012, suscrita por una la Doctora Patricia Herrera Mora, Neuróloga Pediatra adscrita al departamento de neurología del Instituto Nacional de Pediatría, en el cual estableció lo siguiente:

[...]

**Pregunta 1.-** En qué medida la falta de atención médica inmediata al nacimiento del niño [...] [nombre del niño agraviado M], así como el colocarlo en situaciones adversas (no darle los auxilios médicos al recién nacido, meterlo en una bolsa de plástico y dejarlo en una cubeta de patada, introducirlo en una gaveta mortuoria refrigerante (que le produjo hipotermia), no brindarle calor, no darle alimentación, no darle oxígeno etcétera), contribuyó a que presentara el daño o afectación neurológica que actualmente tiene el menor [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** Las condiciones adversas prenatales, perinatales y postnatales son factores condicionantes del daño cerebral que presenta este paciente. La falta de atención médica contribuyó pero es difícil determinar en qué grado. El paciente presentaba sufrimiento fetal in útero, desnutrición severa y prematurez, había desarrollado mecanismos de adaptación a la hipoxia. La falta de maniobras de reanimación inmediatas contribuyeron a exacerbar la encefalopatía hipóxica que ya presentaba, es difícil determinar en qué porcentaje produjeron más daño.

Aunque en el expediente se menciona que cursó con una asfixia severa llama la atención que nunca presentó crisis convulsivas u otros movimientos anormales y/o alteraciones en el estado de alerta como estupor o coma, que acompañan a esta patología. En una nota se refiere que posterior al nacimiento el paciente recibió atención médica hasta 5 horas después, presentando hipotermia (se desconoce el grado de ésta) y que fue introducido a gavetas refrigerantes. Paradójicamente la hipotermia de 33.5°C a 34°C se utiliza como tratamiento para la asfixia neonatal, reduce el metabolismo cerebral y disminuye los mecanismos apoptóticos neuronales.



No se menciona el grado de hipotermia de las gavetas refrigerantes. La falta de alimentación produjo hipoglucemia que indiscutiblemente es un factor deletéreo al sistema nervioso central, en qué medida contribuyó no se puede especificar. Hipoglucemias severas y prolongadas causan crisis neonatales que este paciente nunca tuvo, por lo que probablemente su organismo activó mecanismos compensatorios como la glucólisis anaerobia. El haberlo dejado en una bolsa de plástico, cubeta, gaveta mortuoria refrigerante contribuyó al desarrollo de sepsis neonatal con la que cursó, en qué medida no lo sé, ya que otros factores de riesgo que presentaba para el desarrollo de sepsis era el de ruptura prematura de membranas de más de 12 horas de evolución y el haber nacido en una camilla.

**Pregunta 2.-** Establecer si el daño o afectación neurológica que presenta el menor se debe única y exclusivamente a la prematurez del niño [...].

**Respuesta:** El daño neurológico que presenta no es exclusivo de su prematurez, es multifactorial.

**Pregunta 3.-** Establecer si existió algún otro factor o circunstancia de tipo médico que pudiera ser la causa del daño o afectación neurológica que presenta el menor.

**Respuesta:** Los factores que causaron daño neurológico fueron: a) Desnutrición severa in útero 640 gr., b) Prematurez (30 SEDG), c) Encefalopatía hipóxica prenatal y postnatal (oligohidramnios, prolapso de cordón, falta de reanimación neonatal inmediata), d) Hemorragia intraventricular GIII-IV, e) Hidrocefalia.



**Pregunta 4.-** En caso de que tanto la prematuridad como la falta de atención médica y el colocarlo en situaciones adversas, en su conjunto sean las causas del daño neurológico, explicar cómo intervino cada una de ellas para que se produjera dicho daño.

**Respuesta:** El paciente presentó prematuridad extrema, el principal factor fue el peso, 640 gramos al nacimiento y una edad gestacional de 30.4 por Ballard. Los prematuros extremos presentan una mortalidad elevada relacionada a inmadurez extrema e infección. Una cuarta parte de los pacientes que sobreviven presentan alteraciones del desarrollo neurológico. Los riesgos de los prematuros de menos de 1500 gramos reportados y que este paciente presenta son:

- a) Desnutrición e hipoprecimiento (intrauterino y extrauterino) con afección del crecimiento cerebral y atrofia cerebral.
- b) Discapacidad motora: hemiparesia derecha, retraso psicomotor.
- c) Hemorragia intraventricular grado IV e hidrocefalia.

La hemorragia intraventricular grado IV se presenta en 62% de los niños con peso menor a 700 gramos y produce secuelas del neurodesarrollo hasta en un 76.9% de los casos. Indiscutiblemente la encefalopatía hipóxica prenatal y postnatal, las alteraciones metabólicas (hipoglicemia) con las que cursó en sus primeras horas de vida contribuyeron al daño.

**Pregunta 5.-** Con base en su experiencia cuál sería su pronóstico en cuanto a la función, cuál sería su pronóstico en este caso.

**Respuesta:** El pronóstico es reservado para la vida independiente y la función cognitiva. El paciente fue valorado y actualmente atendido en Teletón, se describe en una nota de valoración que al año un mes, realizaba sedestación, no gateo, no bipedestación ni marcha. Presenta un retraso en habilidades motoras de 6 meses, un retraso de una habilidad mayor de 6 meses se considera significativo.

**Pregunta 6.-** En su opinión cuáles serían los cuidados médicos que el menor debe recibir a corto, mediano y largo plazo.

**Respuesta:** El paciente ha sido valorado y atendido en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), centro que cuenta con neurólogo pediatra, rehabilitadores físicos, terapeutas de lenguaje, psicólogas educativas.

La atención a corto plazo ya la ha recibido (cuidados neonatales, valoración oftalmológica y por neurocirugía, colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal), recibe terapia física. A corto plazo lo que falta es una evaluación y manejo nutricional así como valoración auditiva. Los cuidados a mediano y largo plazo son: recibir en forma contin[u]a terapia física hasta lograr marcha independiente, terapia ocupacional y lenguaje. Vigilar datos de disfunción valvular y afección cognoscitiva. [...]

101. Oficio número 1010/AL/0652/2012 de fecha 5 de junio de 2012 suscrito por el Jefe de Departamento de Asuntos Jurídicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Licenciado Ramón López Hernández, mediante el cual remite la Opinión Técnica suscrita por el Doctor Eduardo Barragán Pérez, neurólogo pediatra, en la cual consta lo siguiente:

[...]

Posterior a revisar los 7 anexos enviados sobre el caso de [...] [nombre del niño agraviado M], consideramos:

Los diagnósticos, lesiones descritas y las secuelas neurológicas que presenta el menor [...] [nombre del niño agraviado M] son reportados y encontrados de manera frecuente en prematuros extremos y con peso bajo para edad gestacional al nacimiento. Sin embargo; **las condiciones reportadas al nacimiento incrementan de manera importante los riesgos y es altamente probable que contribuyeran a favorecer o agravar las condiciones neurológicas actuales del menor** [...] [nombre del niño agraviado M]. [Negrillas fuera de texto original]

Es difícil con la información del expediente disecar en qué magnitud cada una de las situaciones adversas (prematuridad extrema y falta de atención médica adecuada al nacimiento) intervienen en el daño neurológico de [...] [nombre del niño agraviado M]. Sin embargo, **las condiciones reportadas alrededor del nacimiento incrementan de manera considerable lesiones neurológicas propias del prematuro.** [Negrillas fuera del texto original]

Para determinar los pronósticos en cuanto a la función, lo mejor sería tener un estudio de imagen actual junto con algunos otros estudios complementarios; y la revisión del paciente, para tener mayores bases y poder ser más puntual en las condiciones actuales y establecer dicho pronóstico. Sin embargo, estos pacientes en términos generales, presentan secuelas motoras crónicas, así como factores de riesgo para presentar trastornos de atención, aprendizaje y epilepsia. Por lo general, requieren de terapias de rehabilitación física de manera cotidiana (dos o tres veces por semana) durante largos periodos de tiempo, terapias de aprendizaje/lenguaje y dependiendo de otras complicaciones diversas alternativas terapéuticas (aprendizaje, conducta, psicoterapia); así como medicamentos para dichas secuelas, en general todas estas de forma crónica. Dependiendo de la magnitud de la lesión, en ocasiones requieren de otros apoyos (silla de ruedas, aparatos ortopédicos, etc.) para mejorar su calidad de vida.  
[...]

102. Oficio número 1100.691.2012 de fecha 10 de julio de 2012 suscrito por la encargada del Departamento de Asuntos Jurídicos del Instituto Nacional de Perinatología *Isidro Espinoza de los Reyes*, mediante el cual remite opinión médica del Doctor Braulio Alfonso Ríos Flores, especialista en neurología pediátrica, en la cual consta lo siguiente:

[...] una vez que fue revisado el expediente y en base a la práctica profesional, en relación con los planteamientos realizados se llega a las siguientes conclusiones.

**Pregunta 1.-** En qué medida la falta de atención médica inmediata al nacimiento del niño [...] [nombre del niño agraviado M], así como el colocarlo en situaciones adversas (no darle los auxilios médicos al recién nacido, meterlo en una bolsa de plástico y dejarlo en una cubeta de patada, introducirlo en una gaveta mortuoria refrigerante, que le produjo hipotermia, no brindarle calor, no brindarle alimentación, no darle oxígeno, etcétera), contribuyó a que presentara el daño o afectación neurológica que actualmente tiene el menor.

**Respuesta:** Es evidente que la falta de atención temprana y adecuada a un recién nacido y principalmente un recién nacido tan prematuro como [...] influyen en su



resultado neurológico, incluso comprometiendo en las primeras horas la vida misma y posteriormente con las lesiones intracraneanas (hemorragias), se compromete el pronóstico del desarrollo neurológico, reportándose en la literatura universal secuelas para el 100% de los niños con hemorragias grado IV como lo fue el caso [...]

**Pregunta 2.-** Establecer si el daño o afectación neurológica que presenta el menor se debe única y exclusivamente a la prematurez del niño [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** Los niños con prematurez, principalmente por debajo de las 30 semanas y peso menor de 1,500 gramos tienen mayores posibilidades de presentar complicaciones neurológicas durante su estancia en las terapias neonatales, siendo las principales las hemorragias intraventriculares y las crisis convulsivas neonatales. Este tipo de complicaciones o lesiones neurológicas agudas se favorecen cuando las condiciones de los recién nacidos son adversas, como el nacimiento traumático, la hipotermia, la hipoglicemia, la falta de aporte de oxígeno adecuado, así como la manipulación excesiva de la cabeza. Por lo tanto la afectación neurológica [...] puede darse en niños con atención óptima al nacer, siendo la prematurez su único agravante, no obstante el manejo inadecuado del niño seguramente condicionaron [sic] o agravaron dichas lesiones (hemorragias intracraneanas).

**Pregunta 3.-** Establecer si existió algún otro factor o circunstancia de tipo médico que pudiera ser la causa del daño o afectación neurológica que presenta el menor [...] [nombre del niño agraviado M].

**Respuesta:** De los datos obtenidos del expediente clínico no encuentro algún factor, además de la prematurez y el mal manejo en sus primeras horas de vida, que pudiera haber agravado la condición neurológica referida [...].

**Pregunta 4.-** En caso de que tanto la prematurez como la falta de atención médica y el colocarlo en situaciones adversas en su conjunto sean las causas del daño neurológico, explicar cómo intervino cada una de ellas, para que se produjera dicho daño.

**Respuesta:** La prematurez genera condiciones de riesgo para todos los órganos y sistemas en un recién nacido, ya que la falta de maduración en sistema respiratorio principalmente llevan a la falta de oxigenación adecuada, inclusive en el cerebro, condiciona la necesidad de aplicar ventilación asistida, en donde pueden presentarse complicaciones por las altas concentraciones de oxígeno o CO<sub>2</sub> en el lecho capilar vascular del cerebro. También es bien sabido que la prematurez está asociada con falta de maduración de los vasos capilares en la matriz germinal, la cual es muy abundante mientras más pretérmino sea el niño y los vasos son muy frágiles, pudiendo sangrar fácilmente.

Los factores adversos como la hipotermia condicionan incremento de consumo de oxígeno y glucosa (hipoglicemia) en todos los órganos pudiendo incrementar el daño a los capilares por generarse un metabolismo anaerobio con el consiguiente incremento de lactato en todos los órganos, principalmente en el cerebro, el cual es generado por vías metabólicas con poca calidad de sustratos energéticos (ADP), lo que genera disfunción de membranas celulares a todos los niveles.



Además también se conoce que el manejo de los pequeños prematuros extremos debe ser muy cuidadoso por la posibilidad de generar sangrados espontáneos con movimientos bruscos (llámese depósito en una cubeta o manejo en bolsa de plástico).

**Pregunta 5.-** Con base en su experiencia cuál sería su pronóstico en cuanto a la función, en este caso.

**Respuesta:** Basado en la experiencia adquirida en el manejo de recién nacidos de alto riesgo y pacientes con hemorragias intraventriculares como la presentada por [...] [nombre del niño agraviado M] podemos suponer que su desarrollo neurológico, incluido el ámbito motor y cognitivo no serán normales, incluso cabe la posibilidad de que presente crisis convulsivas.

**Pregunta 6.-** En su opinión cuáles serían los cuidados médicos que [...] [nombre del niño agraviado M] debe recibir a corto, mediano y largo plazo.

**Respuesta:** Los cuidados que deben ofrecerse a [...] [nombre del niño agraviado M] son en el ámbito multidisciplinario, incluyendo terapia física en Centro de Rehabilitación, terapia psicopedagógica para manejar lenguaje, aprendizaje y esfera emocional (de ser necesario ésta última), además requiere valoración periódica por ortopedista, odontopediatra y neurólogo pediatra.

[...].

103. Acta circunstanciada de fecha 22 de abril de 2013, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] se comunicó a esta Comisión la peticionaria [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], quien informó que no ha podido inscribir a su hijo en la guardería por falta de recursos económicos, la doctora del Río ya no les depositó las mensualidades que habían acordado por medio de un convenio. En la Agencia del Ministerio Público le dijeron que acudiera al Tribunal Superior de Justicia para que presentara una demanda por el incumplimiento del convenio que celebró con la Doctora Guadalupe del Río.  
[...]

104. Acta circunstanciada de fecha 2 de mayo de 2013, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...], se presentó en este Organismo la peticionaria [...] [nombre de la madre del niño agraviado M]. El doctor [...], médico visitador adjunto auxiliar de investigación y la suscrita atendimos a la peticionaria. El motivo de su presencia en esta Comisión es con el fin de proporcionar mayor información relacionada con la presente queja. La peticionaria respondió los diversos cuestionamientos formulados por el doctor [...] e informó entre otras cosas, lo siguiente:

- A mediados de noviembre acudió a consulta de control prenatal.
- El día 05 de diciembre de 2010, aproximadamente a las 01:00 horas, su esposo y ella acudieron al Hospital "Enrique Cabrera", donde le dijeron que no la podían atender



porque no había ginecólogo. En ese lugar, le salió el líquido, por lo que la revisó una doctora, pero le dijo que no había ginec(ó)logo.

- Acudieron al Hospital de Cuajimalpa aproximadamente a las 03:30 horas, estuvo esperando después le dicen que no tiene líquido y le solicitaron que se hiciera un ultrasonido y también le dijeron que no se podía quedar por falta de ginecólogo.
- Por ese motivo, se dirigieron a un Hospitalito en Tacubaya (Hospital particular), donde la revisaron. Después se fue a su casa y se durmió, a las 08:00 horas fue al baño y le salió un poco de sangre cuajada, por lo que se fueron al Hospital de la Mujer, pero le dijeron que no tenían incubadora.
- Se fueron al Hospital Gregorio Salas donde estuvo esperando a que le pusieran suero, al día siguiente le pusieron suero y medicamentos y la pasaron a la sala de Toco-cirugía pero le comentaron que no podían garantizar que viviera su bebé. Estuvieron checando los latidos de su bebé. La Doctora Guadalupe le hizo el tacto dos veces.
- Ella estaba en una camilla cuando nació su bebé. No había pediatra en la Sala. No se dio cuenta de que le hablaran a Pediatría.

La peticionaria también proporcionó a esta Comisión copias simples de partograma y/o evolución de trabajo de parto, de fecha 05 de diciembre de 2010, con hora de ingreso 01:42 del Hospital General Enrique Cabrera, así como nota médica de fecha 05 de diciembre de 2010. En estos documentos se menciona la falta de ginecólogo.

También presentó nota médica del Hospital Pediátrico Cuajimalpa y hoja de referencia y contra referencia y de estudios de laboratorio del Hospital Pediátrico Peralvillo y del Hospital de la Mujer.

[...]

105. Oficio número HMIC/D/0146/13 de fecha 15 de julio de 2013 suscrito por la Doctora María del Rosario Arrazola Flores, Directora del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...] En atención a su oficio [...], le informo que posterior a una exhaustiva búsqueda en los servicios de urgencias, bitácora de admisión –urgencias y archivo clínico, no se encontró registro alguno de la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], en el cual haya solicitado atención médica el día 5 de diciembre de 2010, en esta unidad hospitalaria.

[...].

106. Oficio número HGEC/D1264/13 de fecha 8 de agosto de 2013 suscrito por la Doctora Arcelia Martínez González, Directora del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...].

1. No se contaba con médicos de jornada nocturna del día 4 al 5 de diciembre de 2010, ya que hicieron uso de sus prestaciones laborales (vacaciones, comisión sindical y otros), como lo marcan las condiciones Generales de Trabajo del Gobierno del Distrito Federal.

2. No contamos con expediente de la paciente, considerando que no se dio la atención obstétrica en este hospital, toda vez que el familiar decidió llevarla a otra unidad hospitalaria, como lo dice el documento.

[...]

107. Valoración de impactos psicosociales de fecha 23 de agosto de 2013, suscrita por personal adscrito a la entonces Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### VI. Conclusiones

Es importante aclarar que la presente Valoración psicosocial es un análisis de los síntomas que presenta la peticionaria-agraviada [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] y su entorno en relación con los eventos traumáticos que sufrió a partir de la inadecuada práctica médica que recibió en el Hospital General "Dr. Gregorio Salas" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por lo tanto se concluye lo siguiente:

Según el dicho de la de la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], la [in]adecuada práctica médica que recibió por parte del personal del Hospital General "Gregorio Salas", de la cual tanto ella como su hijo [...], no recibieron la atención médica oportuna y de calidad, siendo que su hijo era prematuro requiriendo de atención especializada está directamente asociado a que la situación pudo agravar la situación de salud de [...] como los daños a corto y largo plazo derivado de la inadecuada atención y omisiones en las intervenciones por parte del personal de salud de dicho hospital. Toda vez que su hijo [...], se le diagnosticó hidrocefalia y retraso psicomotor.

Respecto a la situación de posparto de [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], requirió ser intervenida quirúrgicamente para que se practicara un legrado debido a que manifestó fuertes dolores en su vientre.

En virtud de lo anterior, se provocaron afectaciones en indistintos niveles en [...] [nombre de la madre del niño agraviado M]. A nivel individual afectó su integridad psicológica, agudizando su estado emocional, al presentar sentimientos de culpa por la situación de su hijo [...] ocasionando inseguridad y miedo en embarazarse nuevamente y en su capacidad de ser madre; presentando en forma significativa episodios de enojo, coraje, llanto, miedo, impotencia, sentimientos de inseguridad y desconfianza hacia personal de salud principalmente de sexo femenino. Por lo que desde hace dos años y ocho meses (desde el nacimiento [...] no ha acudido a una revisión ginecológica a causa de las secuelas del evento traumático vivido) presentando un miedo latente; todo lo anterior se encuentra asociado a la sintomatología que comprende el trastorno de estrés postraumático. A nivel familiar, provocó un desajuste y daño con los miembros de la familia; afectando principalmente su relación de pareja.

2.- El nacimiento de su bebé y su supuesto deceso, se convirtió en una experiencia traumática para [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], representando un impacto negativo, experimentando crisis emocional como familiares; además una alteración en su proyecto de vida, lo cual significó, no sólo tuvo que enfrentar el dolor sobre la pérdida de su hijo sino la posibilidad real de que su relación de pareja termine.

Perdió la confianza en ella y hacia los demás; situación que ha ido modificándose por medio de sus recursos personales que ha desarrollado a partir de esa experiencia.

3.- Esta experiencia también significó para ella el afrontamiento de una situación de discriminación por su género y situación económica; es importante que esto se entienda desde la perspectiva de género en su rol como mujer, situación que le ha generado sentimientos de culpa en su rol de procreación para el futuro; sumando al impacto tan fuerte que le ha representado el nivel de dependencia que tiene su hijo [...] a ella por su situación de salud por la hidrocefalia y el retraso psicomotor.

## VII. Pronóstico

En la actualidad [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] intenta reconstruir a reformulación [sic] de sus proyecto de vida, a pesar de que ha transcurrido más de dos años del nacimiento de su hijo [...] aún presenta ambivalencia de sentimientos negativos y positivos ante dicho evento. No obstante, ha logrado afrontar dicha situación con los recursos emocionales con los que cuenta y con el apoyo de su familia.

[...]

Es importante destacar, que el fortalecimiento de sus capacidades personales, y la disminución de los impactos psicosociales descritos, estarán directamente relacionados con el cumplimiento de las medidas de reparación que espera, pues el cumplimiento está directamente ligado con procesos de acceso a la justicia y no impunidad.

-Desfavorable, mientras la investigación sobre los hechos en que fueron violentados sus derechos humanos fundamentales, permanezca impune; y no se ejecuten las medidas de reconocimiento. Esto hará latente del daño de que fue objeto. Además, el que no cuente con un apoyo terapéutico, que le permita elaborar de forma constructiva la experiencia traumática que vivió, podría socavar su ánimo actual,

-Favorable, en tanto se observan capacidades personales de fortaleza que le permiten afrontar situaciones adversas, sumando el apoyo familiar con el que cuenta.

## VIII. Medidas de reparación integral, desde la perspectiva psicosocial.

[...]

La restitución: restablecer en la medida de lo posible a la víctima en su situación previa. Considerando restablecimiento de derechos. El impacto en su proyecto de vida está afectado por desconocer el estado de su salud reproductiva por los efectos traumáticos experimentados el día de su parto. Por tanto, es importante brindarle una revisión ginecológica integral, que le haga saber a la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] el estado en que se encuentra su salud reproductiva. [...]

La indemnización: compensación monetaria por daños y perjuicios. Incluye daño material, físico y moral (miedo, humillación y estrés).

La rehabilitación: alude a la atención psicológica y médica, así como a los servicios legales y sociales requeridos por la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] y su hijo [...] para su rehabilitación psicosocial. En este caso se ha de considerar la elección que la víctima haga para su atención integral. Por lo que es necesario

considerar las opciones que la propia Sra. [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] requiera junto con su hijo y elija para su atención. [...]

Las medidas de satisfacción: relacionadas al reconocimiento y la verdad de los hechos en los que vulneraron. [...]

La señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M], pide un reconocimiento público, para los vigilantes del hospital que dieron aviso que su hijo [...] mostraba signos de vida e hicieron del conocimiento de dicho suceso, pues de no haber sido por ellos, su hijo habría muerto.

Las garantías de no repetición: ligado al castigo de los perpetradores y al reconocimiento de las violaciones como tales, está la disposición de la instancia responsable para revisar y analizar la posibilidad de hacer protocolos integrales para la atención materno infantil, lo cual permitiría a la víctima tener la certeza de que no le sucederá a ellos mismo(as), ni a otro(a) s lo ya vivido [...].  
[...]

108. Opinión médica de fecha 2 de diciembre de 2013, suscrita por un Médico adscrito a la Tercera Visitaduría de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual consta lo siguiente:

[...] se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionaron copias certificadas de los expedientes médicos de los Hospitales: Enrique Cabrera, Materno Infantil Cuajimalpa de la Mujer, Gregorio Salas Flores, de [Hospital Infantil de México], en donde se valoró la información de la atención y tratamiento médico recibido por la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] en la atención de su trabajo de parto.

Se revisaron los expedientes clínicos de los Hospitales que atendieron al niño [...] [nombre del niño agraviado M] dichos Hospitales fueron: Gregorio Salas Flores, Pediátrico Tacubaya, Pediátrico Peralvillo y Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Así como también se revisó integralmente el expediente de queja y se extraj[ó] información importante para el análisis del caso.  
[...]

IV. Análisis con base a referencias bibliográficas y notas de los expedientes clínicos.

Se trata de paciente femenina que acude a consulta Gineco Obstétrica para valoración médica de su embarazo debido a que refiere probable ruptura de membranas corioamnióticas. Acude a diferentes hospitales para valoración, sin embargo, es derivada a otras unidades debido a la falta de personal médico. Por lo que finalmente acude al Hospital General Gregorio Salas Flores (en adelante HGGSF) en donde es atendida y nace un producto aparentemente prematuro extremo, el cual se declara muerto antes del nacimiento.

El producto es enviado a patología en donde, al colocarle los membretes de identificación en el área de patología por parte de enfermería, se percatan que el producto presenta signos vitales. Se da aviso al área de Pediatría quien valora al producto y le brinda la atención inicial, antes de derivarlo a otra unidad médica con mayor capacidad resolutive.

Posteriormente, el paciente requiere valoración por diversos servicios médicos quienes diagnostican diversos padecimientos, los cuales requieren tratamientos distintos. La madre de [...] [nombre del niño agraviado M] -considera que las secuelas que presenta su hijo son derivadas por la atención médica recibida en el Hospital Gregorio Salas Flores. Por lo anterior, se realiza el siguiente análisis:

1. Antes de acudir al Hospital General Enrique Cabrera, la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado] asiste a valoración al Hospital General Enrique Cabrera y al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, el día 05 de diciembre de 2010 a las 01:42 y 03:00 de la madrugada respectivamente.

En el Hospital General Enrique Cabrera no cuentan con médico Ginecólogo. Es importante mencionar que, de acuerdo a lo estipulado en la Ley General de Salud los Hospitales Generales son considerados de segundo nivel, por lo tanto deben de contar con atención Gineco obstétrica. Atención Gineco obstétrica que no se brindó de forma oportuna en el debido a la falta de médico Ginecólogo.

En la hoja de partograma y evolución médica por parte del Hospital General Enrique Cabrera se menciona que el plan es ingresarla para tratamiento, sin embargo al no existir ginecólogo en el área no se le estaría ofreciendo todos los medios de diagnóstico y terapéuticos que solo el especialista en Gineco Obstetricia podría brindarle a la paciente.

En el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa se le solicita a la paciente un estudio ultrasonográfico urgente y con éste ya realizado, regresara a valoración. Cabe mencionar que de acuerdo a la Ley de Salud del Distrito Federal, la atención Materno Infantil es prioritaria y comprende la atención de la mujer embarazada de forma primordial. En este caso la realización del ultrasonido era un medio diagnóstico para poder contar con una certeza clínica y con esto, normar la conducta terapéutica a seguir; sin embargo, se solicita el estudio de gabinete de forma externa ya que el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, no cuentan con dicho estudio; a pesar de ser un Hospital especializado en la atención materno infantil.

Lo anterior, implica una atención incompleta y no oportuna para la paciente por parte de estos dos Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por lo anterior no se le brindó una atención integral al embarazo de la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] por parte de los Hospitales General Enrique Cabrera y Hospital Materno Infantil Cuajimalpa.

Mención aparte debe tener el hecho de que en el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa no se haya contado con el expediente clínico de la paciente cuando se solicitó y que no se cuenten con registros donde se haga constar la atención que recibió la paciente en dicho Hospital. Lo anterior no concuerda con lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico en sus numerales 4.4 y 5.1.

2. Respecto a la atención médica brindada por el Hospital General Gregorio Salas, se comenta lo siguiente: es internada por presentar ruptura prematura de membranas y trabajo de parto pretérmino. Hasta ese momento el producto presenta frecuencia cardíaca fetal. La paciente ingresa el día 05 de diciembre de 2010, posteriormente el día 07 de diciembre de 2010 a las 03:35 horas nace el producto. En este punto, es de suma importancia mencionar que se aprecian las siguientes circunstancias:

A) No existe nota médica de la atención de parto. De acuerdo a lo señalado en las respuestas brindadas por el Hospital General Gregorio Salas Flores [...], no se documenta hoja de atención del trabajo de parto, lo cual impide conocer cuál era el estado que en ese momento guardaba la paciente y el producto, tampoco es posible conocer cuáles fueron las condiciones clínicas del producto al momento del nacimiento. No es posible conocer en qué consistió la exploración física y los datos clínicos que se tomaron en cuenta para la valoración y diagnóstico en ese momento, de la supuesta muerte fetal.

Lo anterior está en contra de lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico en sus numerales 4.4 y 5.1

B) Debido a la ausencia de la nota médica de la atención de parto, también se desconoce cuál fue la comunicación de la médic[a] tratante, en éste caso la Dra. Janine del Río Poceros con la paciente. Esto, debido a que en la literatura se menciona que en el parto de este tipo de productos con prematuridad extrema, se debe llevar comunicación estricta con la paciente para poder, en conjunto, tomar una decisión respecto a la atención médica y/o complicaciones esperadas en el producto. De acuerdo a lo narrado por la paciente [...] la médic[a] tratante, no tuvo el acercamiento para explicarle las condiciones en la que se atendería y/o en las que venía el producto.

C) Respecto a lo narrado [...], por parte de enfermería, básicamente la enfermera Ana Laura de la Cruz Mondragón, se limitó a seguir órdenes de la médic[a] tratante. Cuando el papel de enfermería, respecto a la atención de pacientes se encuentra también la exploración física de los pacientes.

D) No existe evidencia que Pediatría haya sido requerido para valorar el caso y decidir el seguimiento terapéutico [...] [de la] paciente o en su defecto, determinar la causa de la muerte [...]

**Respecto a estos cuatro puntos, es de importancia señalar lo siguiente: Para determinar la muerte fetal en un paciente se debe hacer constar lo siguiente: a) Ausencia de movimientos fetales, b) Ausencia de frecuencia cardíaca fetal, para confirmar, se utilizan estudios de gabinete como cardiotocografía y ultrasonido en tiempo real. Ninguno de los datos, ya sea clínicos y de gabinete se encuentran asentados en el expediente clínico de la paciente. En las declaraciones posteriores a los hechos se menciona que, la Ginecoobstetra tratante consideró la ausencia de frecuencia cardíaca en el recién nacido para determinar la muerte fetal.**

Respecto al diagnóstico de la muerte fetal en recién nacidos prematuros extremos, la literatura médica menciona la dificultad de realizar un diagnóstico adecuado en este tipo de pacientes. Es por este motivo que se requería mayor meticulosidad para determinar si, el recién nacido presentaba datos de vitalidad o no. Ahora bien, es de importancia mencionar que, en este caso el personal autorizado para realizar un diagnóstico oportuno en el paciente es el servicio de Pediatría, sin embargo no se le dio aviso hasta varias horas después del nacimiento.

De acuerdo a las diversas declaraciones mencionadas en el expediente de queja [...] son los policías que custodiaban el área de patología quienes se dan cuenta que el





recién nacido presenta respiración, incluso graban un video [...] cuando aún el producto se encontraba en patología.

Aparentemente, se dan cuenta de que el producto está vivo a las 4 de la mañana aproximadamente [...], sin embargo es hasta las 7:40 de la mañana donde se registra por primera vez atención médica por parte del servicio de Neonatología del Hospital General Gregorio Salas Flores, [...]. En el horario de las 4 de la mañana hasta las 7:40 del mismo día el producto quedó a cargo del servicio de Gineco Obstetricia quien, aparentemente no brindó las condiciones clínicas adecuadas para poder brindar una atención oportuna al menor. [...]

Finalmente, ya con la atención pediátrica, se determina el diagnóstico por parte del Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Tacubaya como un recién nacido un prematuro de 30.4 semanas de gestación [...] y no un prematuro de 23 semanas de gestación. Es de 30.4 semanas de gestación, solo que con la patología denominada Retraso en el crecimiento intrauterino, la cual consiste en una incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno; y que esto se puede deber a diversas circunstancias. Cabe mencionar que, un diagnóstico similar es brindado por el Hospital Pediátrico Peralvillo [...].

Ahora bien, la diferencia entre un producto de 23 semanas de gestación y 30.4 semanas de gestación es fundamental, ya que por cada semana que transcurra el producto en el interior de la cavidad uterina, implica un incremento en el neurodesarrollo del mismo y por ende un incremento en las posibilidades de sobrevida, por lo que no tendrá el mismo pron[ó]stico un producto de 23 semanas de gestación que un producto de 32 semanas de gestación. Entre más semanas de gestación, mejor pronóstico tiene el paciente. En este caso, al mencionarse un promedio de 30-32 semanas de gestación el tiempo de maduración de los diferentes órganos y sistemas del producto si bien no fueron óptimos, si permitiría incrementar las posibilidades de sobrevida si se llevara una atención médica adecuada.

Para ejemplificar el punto anterior, se puede observar en las notas de atención de los Hospitales: Gregorio Salas Flores, Pediátrico Tacubaya y Pediátrico Peralvillo; que el recién nacido no requirió ventilación mecánica invasiva, solo requirió apoyo con el casco cefálico (fase 1 de ventilación) y con esto, presentaba saturaciones de oxígeno arriba del 90% y sin datos radiográficos del síndrome de enfermedad de membrana hialina [...], desde el momento de recibir la atención inicial en el Hospital General Gregorio Salas Flores (en adelante HGGSF).


La enfermedad de membrana hialina, la cual consiste en dificultad respiratoria por inmadurez pulmonar; es una patología que se presenta en los recién nacidos prematuros de forma frecuente, hasta en un 60% en los recién nacidos por debajo de las 28 semanas de gestación. En este caso, el paciente no present[ó] signo sintomatología sugestiva de este padecimiento, por lo que esto refuerza las semanas de gestación que se diagnosticaron en los Hospitales Pediátricos Tacubaya y Peralvillo.

Lo que se determinó y después se corrobora por ultrasonido es una hemorragia intraventricular grado II derecha y grado IV izquierda. Para esto, es importante conocer que la hemorragia intraventricular es una complicación la cual está asociada a los recién nacidos prematuros y que, de acuerdo a algunos estudios, su frecuencia y gravedad se

incrementa proporcionalmente conforme el peso disminuye, presentándose hasta en un 70% en los recién nacidos que pesan 700 gramos y menos. Por lo anterior, es frecuente observar en recién nacidos prematuros la presencia de la hemorragia intraventricular.

Las secuelas que puede provocar la hemorragia intraventricular cerebral son variadas e incluyen, en la etapa escolar lo siguiente: un menor logro académico con problemas de atención, riesgo de presentar retraso mental o inteligencia límite. En la adolescencia, las secuelas de la hemorragia intraventricular se ha asociado a un índice cognitivo bajo y con dificultades en el rendimiento escolar.

Fisiopatológicamente, la hemorragia intraventricular se presenta en la matriz germinal subependimaria por la inmadurez de los vasos sanguíneos de dicha zona, los cuales son frágiles y susceptibles a los cambios de presión arterial y a la inestabilidad hemodinámica del flujo sanguíneo cerebral. Cabe mencionar que existen factores de riesgo que pueden ocasionar la presencia de la hemorragia intraventricular, dichos factores de riesgo se pueden clasificar en factores maternos: preeclampsia, ruptura prematura de membranas y corioamnionitis; factores intraparto: asfixia perinatal y vía de nacimiento; y condiciones del recién nacido: peso, edad gestacional, restricción en el crecimiento intrauterino, hipoxemia, acidosis, la necesidad de reanimación básica o avanzada.



Considerando lo anterior, surge la interrogante sobre que tanto influyeron los hechos de la atención médica en el diagnóstico y evolución del paciente [...] [nombre del niño agraviado M]. Partiendo del hecho que, efectivamente un producto de menos de 26 semanas de gestación, tiene mal pronóstico, sin embargo en este caso y como está asentado en los expedientes de los Hospitales Pediátricos Peralvillo y Tacubaya, el recién nacido no era un prematuro extremo, ya que tenía 30-32 semanas de gestación. Lo cual coincide con la fecha de [última menstruación de la paciente [...]]. Entonces, ¿cuál fue la razón de que no se detectara la edad gestacional del producto? La falta de una valoración adecuada por parte del médico encargado de realizarla, esto es un médico Pediatra. Falta de valoración que se dio por una omisión por parte de la Ginecóloga Guadalupe Janine.

Esto, debido a que el Hospital aparentemente si contaba con médicos Pediatras disponibles para realizar la valoración al producto y determinar las condiciones clínicas en las que se encontraba. Al no determinar las condiciones clínicas del producto, se valoró de forma errónea la edad gestacional al nacimiento y se dio un diagnóstico de muerte erróneo. En este punto se omitió conocer el bienestar fetal in útero y al momento de la expulsión por parte del personal médico y de enfermería tratante.

Otra de las interrogantes que en este caso es importante aclarar es ¿Qué tanto influyó el tiempo que estuvo el recién nacido sin atención médica oportuna? Como ya hemos visto, la falta de atención oportuna es uno de los factores fundamentales para presentar hemorragia intraventricular. El recién nacido estuvo en promedio 5 horas sin la atención médica. En ese sentido es importante recalcar que, en términos generales, la disminución de la mortalidad en la atención de los recién nacidos prematuros descansa en diversos factores. Uno de los factores necesarios para disminuir la tasa de mortalidad, es la atención oportuna e inmediata a los productos prematuros, cuestión que no se brindó en el HGGSF.

Otro de los factores que influyeron negativamente en el recién nacido es la hipotermia, esto es el decremento en la temperatura. La regulación no se dio en este caso debido a la falta de atención oportuna, a las condiciones propias del área de patología y de la gaveta en donde se encontró el cuerpo hasta que fue descubierta su vitalidad, en dicha área. De acuerdo a lo narrado por el personal que labora en el HGGSF, el área de patología no cuenta con sistemas para regular la temperatura, por lo que el menor prácticamente estuvo expuesto a la intemperie durante el lapso de 5 horas.

Lo anterior, es un factor de riesgo que incide en la morbimortalidad de este tipo de pacientes; debido a que los prematuros presentan menor capacidad para conservar el calor, debido a la falta de tejido celular subcutáneo, y porque presentan una mayor área de superficie por masa corporal. Por eso el manejo de estos recién nacidos es por medio de la incubadora con control de la temperatura.

Otra de las cuestiones a determinar es: ¿Realmente el recién nacido no presentó signos vitales al momento de su nacimiento? En este punto es importante recalcar que el paciente presentaba respiración y pulsos carotídeos los cuáles, aparentemente, eran visibles a simple vista [...]. Tan es así que los policías de la caseta de vigilancia se percataron que el recién nacido presentaba dichos signos vitales.

Por lo tanto, no está claro como una médica especialista en Gineco Obstetricia ni una enfermera pudiesen percatarse de dichos signos vitales. Ahora bien, si tomamos en cuenta que la hipoxia neonatal se da en un corto lapso de tiempo y que la historia natural de dicha hipoxia sea el cese de las funciones vitales y de los órganos y sistemas; situación clínica que se conoce como muerte.

Sin embargo, en el presente caso, de acuerdo a lo narrado por la médica Janine del Río Poceros, el paciente no presentaba frecuencia cardíaca, pero no menciona si exploró algún otro signo vital; si a esto le agregamos que no existe nota en la hoja de atención de parto, encontramos que, la exploración física por parte de la Dra. Janine fue deficiente. Tomando en cuenta dicha versión, estaríamos ante un producto que al momento de su nacimiento no presentó signos vitales durante el tiempo en el que fue amortajado y trasladado al área de patología. Posteriormente en el área de patología o después del amortajamiento, el paciente recuper[ó] signos vitales de forma espontánea y sin ninguna intervención médica, lo cual es improbable.

Respecto a la atención posterior recibida por el paciente en las salas de Pediatría de los Hospitales Gregorio Salas Flores y Tacubaya se puede decir que fue adecuada, sin embargo, ninguna de esas dos instituciones contaban con los insumos necesarios para la atención de un paciente con las características que presentó [...] [nombre del niño agraviado M], por lo que ambos Hospitales tuvieron que referir al paciente.

Otra de las interrogantes a responder, actualmente es ¿Existe algún nexo causal entre la falta de atención oportuna del paciente [...] [nombre del niño agraviado M], con las secuelas que presenta actualmente? En este punto hay que señalar lo siguiente: Las secuelas que presenta el recién nacido son a consecuencia de la hemorragia intraventricular a nivel cerebral, la cual puede ser a consecuencia de las patologías de base que presentó el paciente al momento de su nacimiento, esto es prematuros y desnutrición en útero. Ambas enfermedades se encontraban presentes y no era posible modificar con un tratamiento médico al momento de ser diagnosticadas, sin embargo, la

obligación del médico tratante era ofrecer los medios diagnósticos y terapéuticos para la atención del paciente.

Medios diagnósticos y terapéuticos que no fueron ofrecidos al paciente y con ello se incurrió en mala práctica médica. Al no brindar los medios de diagnóstico y terapéuticos, se dejó a libre evolución y con los factores de riesgo para la presencia de la hemorragia intraventricular durante un lapso de 5 horas sin atención médica. Lo anterior, impidió poder realizar una incidencia terapéutica con un tratamiento médico, a saber: reanimación neonatal, valoración por pediatría y, en su defecto, referencia médica. Lo que contribuyó a complicar el pronóstico médico del paciente.

La incidencia de las secuelas neurológicas que sufrió y con las que actualmente cursa el paciente es debido a la hemorragia intraventricular, a la prematuridad y a la falta de atención oportuna al momento de su nacimiento. Aunque no se puede determinar el porcentaje en los que cada uno de estos factores influyó en la presentación de las secuelas, existe un consenso entre médicos especialistas que, el hecho de no brindar una atención inmediata al momento del parto, fue un factor que contribuyó en las complicaciones que presentó y presenta actualmente el paciente.

Cabe mencionar que existe un dictamen por parte de Ginecología y Obstetricia, firmado por el médico Gineco Obstetra [...], quien menciona que el paciente presentaba características limitrofes en donde estaba indicado la opción de no reanimar, sin embargo cabe hacer mención que para la Asociación de Neonatología de la Sociedad Española de Pediatría los límites para requerir alguna justificación para reanimar son: un peso inferior de 600 gramos al nacimiento y una edad gestacional de 26 semanas. La Sociedad Canadiense de Pediatría menciona que bastan más de 25 semanas de gestación para iniciar reanimación neonatal y, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología mencionan que a las 25 semanas de gestación, es recomendable informar a los padres sobre la pertinencia de reanimar o no.

En este caso, el recién nacido peso 960 gramos y tenía entre 30-32 semanas de gestación, de acuerdo a los servicios de Pediatría y Neonatología que valoraron al paciente.

Si bien es cierto que varios de los hospitales del sector salud no cuentan con la infraestructura técnica para la atención de este tipo de pacientes, también es cierto que en este caso, además de valorar de forma errónea la edad gestacional, no se le informó a la madre las condiciones en las que nació el producto. No se solicitó una valoración [...] [nombre del niño agraviado M], por médicos pediatras en la sala de parto, ni se le brindó una referencia a una Unidad Médica de mayor capacidad resolutive. Lo anterior es parte de la obligación de medios diagnósticos y terapéuticos que se debió brindar al recién nacido.

El paciente, al momento de la valoración por los pediátras del HGGSF, presentaba unas excoriaciones. La madre del menor refiere que el producto fue arrojado a una cubeta de metal ubicada en el suelo [...], versión que coincide con lo señalado por la enfermera Ana Laura de la Cruz Mondragón [...]; respecto al lugar donde encontró al producto, esto es en una cubeta de metal. Es probable que por la fragilidad en la piel, [é]sta sea susceptible de presentar excoriaciones incluso por el mismo mecanismo de parto. La fragilidad en la piel también explicaría las excoriaciones por un probable impacto en una cubeta de metal. Por lo anterior, no se cuenta con los elementos



necesarios para poder realizar una mecánica de lesión respecto a las excoriaciones y a un probable origen traumático de la hemorragia intraventricular cerebral.

El legrado realizado a la paciente fue horas después del parto del producto, no se entiende cu[á] fue la razón médica y/o institucional de esto. Ya que se podría haber realizado después del trabajo de parto, al menos que existiera alguna razón o inconveniente, de ser así, esto no se hizo constar en el expediente clínico ni se le informó a la paciente. Es importante señalar que la revisión de la cavidad uterina se realiza para detectar restos placentarios, tono, temperatura e integridad de las paredes uterinas. Dicha revisión de cavidad uterina se aconseja realizarla en caso de parto pretérmino, dependiendo de las condiciones particulares de cada paciente, condiciones que no se conocen en su totalidad, por la falta de una integración correcta del expediente clínico.

Otra de las cuestiones a mencionar es que, de acuerdo a lo narrado por personal del HGGSF [...] cuando la Gineco Obstetra Guadalupe Janine del Río fue informada de la presencia de vitalidad en el producto, ésta omitió dar aviso al servicio de Pediatría o, en su defecto, brindarle la atención inicial. Lo anterior, dejó sin atención médica oportuna a pesar de ya conocer que el recién nacido se encontraba vivo.

Una de las cuestiones que es importante mencionar es la falta de seguimiento del trabajo de parto, se desconocen las condiciones por las cuales se diagnosticó un óbito fetal, no existió la suficiente investigación y seguimiento de la paciente para conocer el bienestar del binomio materno fetal.

Respecto a [...] [nombre del niño agraviado M] se observa que, desde su nacimiento hasta la actualidad ha requerido un manejo integral de rehabilitación el cual se le ha brindado en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Durante su tratamiento en dicho Centro, ha evolucionado de forma favorable, sin embargo aún se requiere manejo posterior [...] De acuerdo a la literatura médica, las secuelas que puede presentar el paciente son variables y que en muchas ocasiones las secuelas se miden a largo plazo.

Dentro de las secuelas probables a presentar por el menor se encuentran las neuropsicológicas. El coeficiente intelectual (CI) guarda una relación directamente proporcional con las semanas de gestación e inversamente proporcional a las alteraciones anatómicas. Estos problemas se pueden hacer evidentes en la edad escolar, y a dichas dificultades se le suele conocer como: disfunciones de alta prevalencia y baja severidad; lo cual consiste en CI limítrofe, trastornos del aprendizaje, déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta. El impacto que puedan generar estas secuelas en la salud y calidad de vida de cada uno de los pacientes prematuros, dependerá de varios factores. Por lo anterior es de suma importancia realizar el acompañamiento para la inserción de estos niños a la vida escolar.

En el caso de la rehabilitación motora, es importante mencionar que es de suma importancia continuar con la misma, ya que en caso de dejarla a libre evolución existiría el riesgo de deformidades, contracturas, acentuación del retraso psicomotor, etc. Una terapia que se encuentre basada en objetivos funcionales y adaptativos, con reevaluaciones periódicas para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del menor.

Respecto a la Rehabilitación que se debe brindar al menor, los dictámenes realizados por diversos especialistas [...] coinciden con lo descrito en la literatura médica, respecto al seguimiento y acompañamiento que se debe llevar en este tipo de casos. Por todo lo anterior se llegan a las siguientes:

#### V. Conclusiones

1. Respecto a la atención recibida por la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] en el Hospital General Enrique Cabrera, se puede mencionar lo siguiente: El hecho de no contar con médico Ginecólogo en el turno, trajo como consecuencia la falta de atención oportuna e integral de la paciente, así como va en contra de lo mencionado en la Ley General de Salud en su artículo 70, respecto a las especialidades con las que debe de contar un Hospital General; cuestión atribuible a la Institución Hospitalaria.

1.2. Respecto a la atención recibida por la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] en el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, se puede mencionar lo siguiente: Al solicitarle un ultrasonido externo, debido a que el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa no contaba con el mismo, provocó el no brindar una atención adecuada, oportuna e integral a la paciente; lo que de acuerdo a la Ley de Salud del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, en su artículo 49.- La atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, se debería haber brindado en la red Hospitalaria de la Secretar[í]a de Salud. Lo anterior es una cuestión atribuible a la Institución Hospitalaria.

En dicha Institución Hospitalaria, no se salvaguardo la nota de atención médica al paciente. Lo anterior no es consistente con lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana NOM1-68-SSA1-1998, del expediente clínico en sus numerales 4.4 y 5.1.

1.3. Respecto a la atención recibida por la paciente [...] [nombre de la madre del niño agraviado M] en el Hospital General Gregorio Salas Flores, se puede mencionar lo siguiente: No existe nota de atención del trabajo de parto, lo que impide conocer cu[á]l era el estado de salud de la paciente en ese momento y la evolución de su parto. El hecho de que no exista nota médica de la atención de trabajo de parto va en contra de lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico en sus numerales 4.4 y 5.1, lo cual es atribuible al personal de salud que elaboró dichas notas.

a) En la revisión del expediente, no se documentó que se haya llevado a cabo la comunicación entre la paciente y el personal médico del servicio de Gineco Obstetricia con la paciente, en particular con la médica Guadalupe Janine del Río Poceros, lo cual está en contra de las Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Lo anterior implic[ó] que la paciente no conociera el estado de salud del producto antes, durante y momentos después del parto, a pesar de que existe constancia que la médica Guadalupe Janine tenía conocimiento de la vitalidad del producto.

b) En el expediente clínico no se encontró la justificación médica para retrasar la revisión de la cavidad uterina, la cual se realizó en un turno posterior [y de forma urgente] al que



atendió el trabajo de parto, por lo tanto se encontraba indicada desde un principio. Lo anterior puso en riesgo la vida de la paciente.

c) En la atención de un parto prematuro, la médica Guadalupe Janine omitió dar aviso al servicio de Pediatría para valoración inmediata del producto, lo cual no es acorde a lo descrito en la literatura médica.

2. Respecto a la atención recibida por el paciente [...] [nombre del niño agraviado M] en el Hospital General Gregorio Salas Flores, se puede mencionar lo siguiente: No se realizó un diagnóstico oportuno, adecuado e integral de la vitalidad del producto durante y posterior al parto, lo que puso en riesgo la vida del producto, al no brindar una reanimación neonatal oportuna.

a) El no integrar de manera adecuada un diagnóstico oportuno sobre la vitalidad o no del producto condicionó que éste fuera trasladado al área de Patología y estuviera expuesto a condiciones adversas e insalubres, lo que puso en riesgo la vida del producto.

b) No se realizó una adecuada valoración de la edad gestacional del producto antes del parto, ni posterior al mismo, a pesar de que la paciente sí refirió fecha de última menstruación.

c) A pesar de conocer que el paciente se encontraba vivo, se omitió darle la valoración y tratamiento oportuno, como el dar aviso al servicio de Pediatría, por parte de la Dra. Guadalupe Janine.

d) El servicio de Enfermería no realizó las acciones que le corresponden, en éste caso: revisar al paciente. S[ó]lo se limitó a seguir [ó]rdenes, a pesar de que los signos vitales eran visibles a simple vista, tan es así que personal sin instrucción médica (policía), detectó dichos signos.

Lo anterior, en su conjunto es mala práctica médica, ya que no se brindaron todos los medios de diagnóstico y terapéuticos con los que contaba el Hospital y con ello, contribuyó como un factor de riesgo extra a las complicaciones inherentes a la prematuridad, y con esto; contribuyó a la presencia de las complicaciones en el neurodesarrollo que presentó y presenta el paciente.

2.1. La atención brindada en los Hospitales Pediátrico Tacubaya y Pediátrico Peralvillo, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fue en términos generales adecuada y oportuna.  
[...].

#### V. Caso N. Expediente CDHDF/III/121/VC/10/D2772

109. Copia de constancia de "Junta Informativa", de fecha 03 de mayo de 2010, suscrita por la Doctora Claudia Gomora Vite, Jefa de la Unidad Departamental Médica, el Médico Arturo Godoy Esquivel, adscrito a cirugía y la Licenciada Alejandra Amezcua Camarillo, trabajadora social, personal del Hospital Pediátrico Moctezuma, en la que se hizo constar lo siguiente:

[...] Siendo las 12:00 [horas] del día 03 de mayo de 2010, se lleva a cabo reunión con los padres del menor [...] [nombre del niño agraviado N], estando presentes la Dra.



Claudia Gomora Vite, Jefa de la Unidad Departamental Médica, el Dr. Arturo Godoy Esquivel, médico adscrito a cirugía y la Lic. Alejandra Amezcua Camarillo, Trabajadora social, en la que se trató el tema sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Inicia la reunión la Dra. Claudia Gomora Vite, presentando a los presentes a los padres del menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N], preguntándoles acerca de las dudas en relación al diagnóstico y tratamiento de su paciente, refiriendo el padre [...] [nombre del padre del niño agraviado N] que estaban informados acerca del estado de salud, de los procedimientos realizados a su paciente, y del tratamiento recibido, sin embargo durante el transcurso de la hospitalización del menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N] se habían presentado algunas situaciones que a su juicio eran irregulares. A lo que la Dra. Gomora pregunta cuáles habían sido esas situaciones, refiriendo el padre que la principal inconformidad se debía a que el día del ingreso del paciente, la cirugía se demora casi 24 horas en realizarse

[...]. La Dra. Gomora informa a los padres que dicho proceso es habitual, cuando el cuadro no es concluyente de algún problema quirúrgico, sobre todo si a los pacientes, como en el caso del menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N], se le administraron medicamentos, y no se hospitalizan en el momento para evitar estrés en el niño y ocultamiento de los síntomas, por lo que se les da cita abierta en urgencias.

Los padres refieren que las otras irregularidades de las que se han percatado, ha sido [la] discordancia entre los informes y lo que se ha hecho a su paciente, en particular mencionan el caso después de la segunda intervención en la que ellos entendieron que a su hijo se le había iniciado nutrición parenteral, la cual nunca se le administró. Comentando el Dr. Arturo Godoy Esquivel, médico adscrito de Cirugía, que el problema, acepta, en algunas ocasiones es que la información puede ser errónea debido a la gran cantidad de pacientes [...].

Se les reitera a los padres que los informes del servicio se les brindan durante los horarios de visita (turno matutino) y en caso de ser necesario fuera de este horario [...].

110. Oficio SSGDF/HPM/D/165/10, de fecha 4 de mayo de 2010, signado por el Doctor Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, recibido en la Oficialía de Partes de esta Comisión, el día 10 de mayo de 2010, mediante el cual informó:

[...] la atención médica especializada proporcionada a [...] [nombre del niño agraviado N] desde su ingreso hasta el momento ha sido la adecuada y se han realizado los estudios necesarios para el diagnóstico y manejo.

[...] el día 3 de mayo de 2010 se llevó a cabo una reunión con los padres de [...] [nombre del niño agraviado N] para conocer dudas o inquietudes con respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su hijo, refiriendo los padres que estaban informados acerca del estado de salud, de los procedimientos realizados a su paciente, y del tratamiento recibido.

[...] la Unidad cuenta con médicos especializados, altamente capacitados en el manejo de las patologías que presenta [...] [nombre del niño agraviado N], por lo que no ha sido necesario el traslado de [...] [nombre del niño agraviado N] a otra institución.





[...] Cabe añadir una vez más, que la atención médica [que] se le ha brindado al paciente en forma adecuada, con calidad y calidez, y se continuará brindando así y que se les ha explicado a ambos padres la situación médica de su hijo [...].

111. Acta circunstanciada de fecha 07 de mayo de 2010, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] el doctor [...] médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión informó a la suscrita que esta mañana acudió al Hospital Pediátrico Moctezuma, a efecto de revisar el estado de salud de [...] [nombre del niño agraviado N] y consultar el expediente clínico del mismo. Sin embargo [,] en el hospital una doctora del área de administración del citado Hospital le informó entre otras cosas, que [...] [nombre del niño agraviado N] tuvo un problema en la piel (rash), por lo que fue llevado a interconsulta a un Hospital en Iztacalco, que ya no le están administrando antibióticos y que no tiene los intestinos fuera de su cuerpo, sino una derivación intestinal. El doctor [...] agregó que no fue posible revisar el expediente clínico de [...] [nombre del niño agraviado N] porque también se lo llevaron a dicho Hospital [...].

112. Oficio SSGDF/HPM/D/195/10, de fecha 19 de mayo de 2010, suscrito por el Dr. Fernando González Romero, entonces Director de Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual se anexaron las copias de los siguientes informes:

A) Copia de informe de fecha 18 de mayo de 2010, signado por el Doctor Luis Velasco Soria, médico cirujano pediatra adscrito al Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual se asentó la siguiente información:

[...]

b) Las normas oficiales en cuanto a procedimientos médicos son reflejadas claramente en el expediente clínico del paciente.

*c) El motivo por el cual se omitió tomar las medidas y precauciones para evitar que el menor [...] [nombre del niño agraviado N] se deshidratara y se pusiera en riesgo su vida.*

Como se refiere en la nota del día 28 de mayo de 2010, dentro del protocolo de manejo de los pacientes con ileostomía y gasto elevado se debe de monitorizar los electrolitos séricos ya que la pérdida de esto por la ileostomía es mayor que en un niño normal. El paciente presentó hipokalemia e hipocloremia. La cual fue tratada con soluciones y control de electrolitos, los cuales fueron normales (reportados el día 6 de mayo de 2010).

No está referido en ninguna nota del expediente clínico del paciente presentara deshidratación y se pusiera en riesgo su vida. Al padre se le informó que el paciente presentaba un cuadro de desequilibrio hidroelectrolítico, secundario al gasto alto de la ileostomía, que es como se le conoce en forma global al trastorno en los electrolitos, sin que necesariamente haya deshidratación.

d) El paciente presentó una vasculitis medicamentosa probable secundaria a metamizol.

Se envió a otra Unidad, ya que en esta no contamos con la especialidad, ya que considero que los pacientes deben ser tratados en forma integral y debemos de



auxiliarnos de otras especialidades de acuerdo a la patología que presente nuestro paciente [...].

B) Copia de informe sin fecha, suscrito por el Doctor César Ceballos Zamora, médico adscrito al Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual consta lo siguiente:

[...]

Pregunta 1. Si al ingresar el paciente a este Hospital los familiares del mismo mostraron un resumen clínico de algún hospital al que hubiese acudido previamente.

Respuesta: No.

Pregunta 2. De acuerdo a la nota médica anteriormente mencionada, si el paciente llevaba datos sugestivos de alguna patología abdominal. En caso afirmativo, ¿qué patologías sospecharon?

Respuesta: La sintomatología referida y los datos clínicos encontrados al momento de la evaluación médica sugirieron un cuadro de adenitis mesentérica.

Pregunta 3: En la misma nota anteriormente mencionada se encuentran como impresiones diagnósticas síndrome doloroso abdominal, así como faringitis aguda a descartar adenitis mesentérica. Al encontrar un diagn[ó]stico sindromático como lo es el síndrome doloroso abdominal, ¿Sí se consideró pertinente la realización de algún estudio para determinar el origen etiológico de la sintomatología referida por el paciente?, ¿Por qué?

Respuesta: Al momento de la evaluación clínica del paciente el cuadro clínico sugiere un cuadro de adenitis mesentérica, diagnóstico puramente clínico, sin encontrar datos que sugirieran alguna otra patología abdominal que pudiera en ese momento mediante algún estudio de laboratorio o gabinete descartarse o confirmarse.

Pregunta 4. Al conocerse que probablemente el paciente se encontraba bajo efectos de medicamentos ¿por qué no se consideró pertinente tenerlo bajo observación médica?

Respuesta: Al momento de la evaluación médica, el paciente se encuentra ya sin dolor abdominal referido por el paciente y corroborado por el padre o algún otro dato de alarma abdominal, sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales para su edad, incluso sin fiebre ni datos de respuesta inflamatoria sistémica como consta en la nota por lo que se acuerda con el familiar suspender cualquier medicamento, se instruye sobre datos de alarma y se quedó de acuerdo con el padre de acudir nuevamente por la mañana para revaloración del paciente ya sin medicamentos tal y como sucedió.

Pregunta 5. ¿Por qué se puso como impresión diagnóstica el síndrome doloroso abdominal? ¿Cuáles fueron los elementos clínicos para tal diagnóstico?

Respuesta: Ante la sintomatología referida previamente de dolor abdominal (que en el momento del interrogatorio refiere ya no tenerlo), referencia de vómito y dolor abdominal encontrado durante la palpación profunda en epigastrio y dolor leve en marco cólico. Sin datos de irritación peritoneal ni abdomen agudo.



C) Copia de informe sin fecha, suscrito por el Doctor Oscar Guido Ramírez, médico de cirugía pediátrica, turno vespertino, del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual se hace constar lo siguiente:

[...]

Pregunta. En relación a la segunda observación que a la letra dice "si la nota de urgencias del día 15 de abril de 2010, realizada a las 12:00 horas se menciona que se pedirá interconsulta a cirugía pediátrica, cuál fue el motivo de que dicha interconsulta se realizara a las 18:30 horas.

Respuesta: Comento lo siguiente: Soy médico adscrito de cirugía pediátrica en el turno vespertino con jornada de lunes a viernes, de 15:00 a 22:00 horas, por lo cual desconozco lo sucedido de las 12:00 a las 15:00 horas. Inicio mis actividades laborales pasando visita conjunta con los médicos residentes de cirugía pediátrica a todos los pacientes quirúrgicos que se encuentran internados en el área de cirugía general, neonatología, medicina, terapia intensiva y urgencias, el paciente en cuestión fue valorado durante el paso de visita en el servicio de urgencias aproximadamente entre las 16:00 y 16:30 hrs. Sin embargo, en la cuna cuatro del servicio de cirugía se encuentra internado lactante menor de cuatro meses de edad, con evisceración, esto es que la pared abdominal se encuentra abierta con exposición de vísceras abdominales, situación que derivó de una cirugía de urgencia absoluta, una vez concluida esta cirugía se realiza la nota de valoración en el expediente clínico del paciente [...].

[...].

D) Copia de informe sin fecha, signado por el Doctor Luis Velasco Soria, cirujano pediatra del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual se informó lo siguiente:

[...]

Pregunta. ¿Cómo se encontró el apéndice del [...] [nombre del niño agraviado N] en el momento de la cirugía?

Respuesta: Apéndice abscedada retrocecal subserosa con 80 centímetros cúbicos de pus.

Pregunta. ¿La falta de estudios radiológicos influyó en el diagnóstico oportuno del paciente?

Respuesta: No. Ya que como se puede corroborar en el expediente clínico la atención fue oportuna.

Pregunta. ¿Con los diagnósticos y procedimientos realizados en el paciente qué complicaciones se podrían presentar posteriormente?

Respuesta: Infección de la herida, formación de abscesos intra-abdominales, obstrucción intestinal (5-15% en apendicitis complicada), íleo prolongado, fístula intercutánea, pyleflebitis, sepsis, falla orgánica múltiple.

[...]



113. Oficio SSGDF/HPM/D/195/10, de fecha 19 de mayo de 2010, suscrito por el Doctor Fernando González Romero, entonces Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual consta lo siguiente:

[...]

**Pregunta:** El motivo y fundamento legal por el cual [...] [nombre del niño agraviado N] fue ingresado en ese Hospital doce horas después de haber solicitado atención médica por primera vez, según dicho de la señora [...], abuela del menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N].

**Respuesta:** Informo a Usted, que el paciente fue valorado por primera vez en el Hospital Pediátrico Tacubaya, de donde es referido por sus propios medios a esta Unidad, a donde llega a las 03:39 [horas] para solicitar su valoración, siendo revisado en el servicio de urgencias por el Dr. César Ceballos Zamora, quien no encontró datos de problema agudo quirúrgico, ya que no había dolor, enviándolo a su domicilio con indicaciones de datos de alarma, explicándole el médico al padre, que debido a la ingestión previa de medicamentos se debía esperar pasara el efecto de los mismos, ya que éstos podrían encubrir los síntomas, indicándoles regresaran por la mañana para una nueva valoración. Informo a usted que dicho proceso es habitual, cuando el cuadro no es concluyente de algún problema quirúrgico, sobre todo si a los pacientes, como en el caso del menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N], se le administró medicamentos, y no se hospitalizan en el momento para evitar estrés en el niño y ocultamiento de los síntomas, por lo que se le da cita abierta a urgencias y se les cita para revaloración.

**Pregunta:** Las razones por las cuales no se permitió al personal médico de este Organismo la consulta del expediente clínico del menor el día 07 de mayo del año en curso [2010].

**Respuesta:** Informo a Usted, que el día 07 de Mayo del año en curso [2010], el paciente fue enviado a al Hospital Pediátrico Azcapotzalco para una valoración por el servicio de Dermatología, ya que en esta Unidad no contamos con dicha especialidad. Hago de su conocimiento que cuando una paciente acude a otra Unidad a valoración es necesario que acuda con el expediente clínico para que sea consultado por el médico que va a valorar el paciente. Por lo anterior, no nos fue posible facilitarle el expediente al Dr. [...] [nombre del médico visitador adjunto de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal].

[...].

114. Acta circunstanciada de fecha 20 de mayo de 2010, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...] la peticionaria informó que su nieto está hospitalizado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI [...] agregó que su nieto fue dado de alta en el Hospital Pediátrico Moctezuma y se fueron hacia Cuajimalpa en transporte público (pesero) y su nieto se deshidrató. Por este motivo, acudieron al Hospital Militar donde le pedían una fianza [...] por lo que decidieron llevarlo al Hospital Siglo XXI [...].

115. Oficio sin número de fecha 30 de junio de 2010, suscrito por el Licenciado Gabriel E. Alatríste Molina, Jefe de la Unidad Administrativa del Hospital Pediátrico Moctezuma, mediante el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...] En respuesta a su solicitud de cuestionamiento [...] de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal con relación al paciente [...], donde se menciona en las notas hospitalarias que hacía falta material radiográfico, le informo lo siguiente:

Entre el día 16 y el 24 de abril, contábamos con placas radiográficas, así como líquidos, fijadores y revelador.

El día 20 de abril de 2010, me informaron que no funcionaba el revelador de rayos x mismo que reporté mediante oficio al área correspondiente de nivel central el día 21 de abril de 2010

[...].

116. Copia del informe de fecha 2 de julio de 2010, suscrito por la Doctora Delia Martínez Sánchez, médica pediatra del Servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual consta lo siguiente:

[...]

Pregunta 1. Si al ingresar el paciente a este Hospital los familiares del mismo mostraron un resumen clínico de algún hospital al que hubiese acudido previamente.

Respuesta: Solamente acudió a consulta de urgencias, sin ninguna referencia.

Pregunta 2: ¿Por qué se puso como impresión diagnóstica el síndrome doloroso abdominal?, ¿Cuáles son los elementos clínicos para la atención de diagnóstico?

Respuesta: el paciente refería dolor abdominal generalizado acompañado con mal estado general, fiebre y vómitos de contenido gastroalimentario, motivo de la consulta.

[...]

117. Copia del oficio número 37B532500/070/10 de fecha 8 de septiembre de 2010, suscrito por el Doctor Mario Franco Gutiérrez, jefe del servicio de cirugía de alta especialidad del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el cual consta lo siguiente:

[...] envió resumen clínico del expediente del [...] [nombre del niño agraviado N], le informo lo siguiente:

Paciente de 13 años de edad, fue intervenido quirúrgicamente por apendicitis aguda en el Hospital Moctezuma del D.F. el 15 de abril de 2010 encontrándose apéndice perforado, efectuando apendicetomía y lavado de cavidad.

Evoluciona tórpida por lo que 4 días después, es sometido a nueva laparotomía con resección intestinal e ileostomía, la evolución aparentemente es satisfactoria, y es dado de alta el 13 de mayo de 2010 con gasto alto por ileostomía. Un día después de su egreso, se internó en este hospital para manejo hidroelectrolítico y nutricional. La evolución es tórpida por gasto abundante por derivación intestinal. El 02 de junio de 2010 se manifiesta cuadro oclusivo, por lo que se somete a cirugía en este hospital, con

hallazgos de múltiples bridas que condicionaban la obstrucción intestinal. Se maneja con NPT, antibióticos y cuidados de paciente grave. El 23 de junio se logra estabilidad, por lo que se decide cerrar la derivación, efectuándose sin eventualidades, tolerando la vía oral a los 5 días después de la última cirugía, y es dado de alta el 1 de julio de 2010.

Se vio en la consulta el 5 de julio encontrándolo sin problemas.

[...]

118. Acta circunstanciada de fecha 22 de septiembre de 2010, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[L]a suscrita me comunique telefónicamente con el padre de [...] [nombre del niño agraviado N]. El propósito de la llamada es con el fin de formularle las siguientes preguntas que elaboró el doctor [...] para esta persona y son las siguientes:

1. El día 15 de abril de 2010, cuando acudió al Hospital Pediátrico de Moctezuma con su hijo, ¿recuerda la sintomatología que llevaba su hijo?
2. ¿Enseñó usted a los médicos del Hospital Pediátrico Moctezuma la hoja que le dieron en el Hospital de Tacubaya?, ¿por qué?
3. ¿Por qué llevó usted al [...] [nombre del niño agraviado N] al Hospital Tacubaya?, ¿qué le comentaron ahí?
4. Después de acudir por primera vez al Hospital Tacubaya, ¿cómo vio usted a su hijo, en cuanto a su salud se refiere?
5. Antes de acudir al Hospital Pediátrico Moctezuma, ¿cuándo fue la última vez que se le dio medicamentos a su hijo?
6. Después de haber acudido por primera vez al Hospital Pediátrico de Moctezuma, ¿cuál fue el desarrollo de la sintomatología que presentó su hijo?

En respuesta a lo anterior, el C. [...] [nombre del padre del niño agraviado N] manifestó lo siguiente:

Llegaron al Hospital Tacubaya aproximadamente a las 10:00 horas p.m., porque su hijo tenía dolor abdominal vómito. En ese lugar, le hicieron pruebas, le sacaron una placa pero le dijeron que no podían darle un diagnóstico que debía acudir al Hospital Moctezuma (porque era especializado). Le preguntaron si contaba con los medios para llegar ahí. También le dijeron que debía mostrar la hoja que le dieron y la placa.

Aproximadamente a las 12:00 p.m. llegó al Hospital Moctezuma donde mostró la hoja y la placa, lo registraron y le dijeron que esperara en la sala de urgencias. A las 01:30 horas, una médico residente le hizo estudios a su hijo, le sacó sangre, a ella le mostró la hoja de Tacubaya y ella le pidió la placa y le dijo a su hijo que se moviera, que brincara y comentó que para ella no era el apéndice pero que esperara afuera a que lo viera el médico cirujano.

A las 04:00 horas el médico cirujano lo atendió y le dijo a su hijo "brinca, dobla la rodilla, abre las piernas" y después le dijo que esperara unas horas fuera del Hospital. Aunque los médicos decían que se trataba de un dolor leve, en la calle su hijo se retorció del dolor.



A las 08:00 horas, la médica residente y el cirujano le dijeron que como seguía el mismo dolor y no aumentaba, se lo llevara a su casa.

Después de esa revisión se fueron a su domicilio en Cuajimalpa y allá el dolor se hizo más intenso por lo que regresó al Hospital Pediátrico Moctezuma a las 14:00 horas. En ese momento, le dijeron que su hijo estaba muy mal, que cómo era posible que lo hubieran dejado ir teniendo el estudio de sangre, que con dicho estudio aunque su hijo no tuviera dolor podían saber que se trataba del apéndice.

Aproximadamente, a las 11:00 horas p.m. intervinieron quirúrgicamente a su hijo y duró varias horas la operación. Después el médico le dijo que su hijo estaba muy mal porque se le había reventado el apéndice. Que por qué se habían tardado tanto en llevarlo, y él le explicó al médico que lo habían llevado 24 horas antes, entonces el médico le dijo que tenían muchas operaciones y había poco personal médico [...].

119. Oficio número SSGDF/HPM/D/339/10 de fecha 01 de octubre de 2010, suscrito por el Doctor Enrique Granja Posada, encargado de la Dirección del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual informó lo siguiente:

[...]

[C]on la finalidad de dar respuesta en relación al expediente [...] sobre la queja interpuesta por los familiares del [...] [nombre del niño agraviado N] [...]

Informo lo siguiente:

1. En el archivo radiológico del paciente no se cuenta con dicha placa de Rx y en el expediente clínico no se cuenta con registro, ni interpretación de la misma.

[...]

120. Opinión médica de fecha 12 octubre de 2010, suscrita por un Médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión en la que se analizó y concluyó lo siguiente:

[...]

III. Metodología.

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se acudió al Hospital Pediátrico Moctezuma el día 7 de mayo de 2010, sin embargo, fui informado por la doctora Adriana Castillo Aguirre, que el menor [...] [nombre del padre del niño agraviado N] fue trasladado a inter consulta a dermatología del Hospital Pediátrico de Iztacalco. [...]

Posteriormente se me proporcionó copias certificadas del expediente médico del agraviado generadas en el Hospital Pediátrico Moctezuma; se analizó la información de la atención médica recibida en los diversos servicios hospitalarios los cuales atendieron al menor [...] [nombre del niño agraviado N] durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su alta; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

I. Análisis con base a referencias bibliográficas y notas del expediente clínico.

Se trata del [...] [nombre del niño agraviado N], quien junto con su padre acude al Hospital Pediátrico de Tacubaya, en donde es enviado al Hospital Pediátrico Moctezuma, por presentar dolor abdominal acompañado de vómitos y estudios de laboratorio y gabinete sugestivos de enfermedad quirúrgica abdominal. En el Hospital Pediátrico Moctezuma, lo revisa en la madrugada del día 15 de abril de 2010 sin encontrar signos característicos de patología abdominal. Es enviado a su domicilio con cita al día siguiente para revaloración por la mañana en ese mismo hospital y servicio para determinar origen del cuadro clínico referido.

Acuden al día siguiente y es internado para valoración del cuadro clínico presentado y por sospecha de apendicitis. Posterior a la valoración por el servicio de Cirugía Pediátrica quien lo ingresa a quirófano, encontrando un apéndice abscedada (hay un absceso adyacente a la perforación). Posteriormente se inician una serie de complicaciones posquirúrgicas que derivan en otros ingresos a quirófano.

V.1. Con la información del expediente clínico, lo preguntado a los médicos del Hospital Pediátrico Moctezuma y con la bibliografía se realiza el siguiente análisis para contestar los planteamientos del problema:

V.1.1 Es importante saber que el apéndice abscedada, normalmente ocurre en un promedio de 24 a 48 horas, y el tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta que se le realizó la cirugía a [...] [nombre del niño agraviado N] ocurrió en promedio 12 horas. Ingresó a las doce [horas] del día 15 de abril de 2010, es revisado por Cirugía a las 18:30 [horas] y operado en la madrugada del siguiente día de acuerdo a las notas del expediente.

Se menciona que en el turno vespertino solo había un Cirujano y, que éste, tuvo que atender una urgencia. Sin embargo, al ser un Hospital con el servicio de Cirugía Pediátrica, no se entiende el [por qué] hubo retraso en la valoración en el turno matutino y [por qué] en el turno vespertino no hubiese cirujano disponible para valorar y operar al [...] [nombre del niño agraviado N]. Ya que el mismo Hospital Pediátrico Moctezuma, en su página de Internet menciona que cuenta con 7 cirujanos en el turno matutino, dos en el vespertino y uno para los días restantes.

V.1.2. Respecto a la primera atención recibida en el Hospital Pediátrico Moctezuma, [é]sta fue realizada el día 15 de abril de 2010, a las 03:39 horas. Aquí, la cuestión es ¿Por qué no se ingresó desde ese momento al paciente? A este respecto el Hospital refiere que: Al momento de la evaluación médica, el paciente se encuentra ya sin dolor abdominal referido por el paciente, y corroborado por el padre o algún otro dato de alarma abdominal, sus signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales para su edad, incluso sin fiebre ni datos de respuesta inflamatoria, [...]. Además mencionan que: el paciente fue valorado por primera vez en el Hospital Pediátrico Tacubaya, de donde es referido por sus propios medios a esta Unidad [...] siendo revisado en el Servicio de Urgencias [...] quien no encontró datos de problema agudo quirúrgico, ya que no había dolor, enviándolo a su domicilio [...] Informo a Usted que dicho proceso es habitual, cuando el cuadro no es concluyente de algún problema quirúrgico [...] y no se hospitalizan al momento para evitar estrés en el niño y ocultamiento de los síntomas, por lo que se les da cita abierta a Urgencias y se les cita para revaloración.

A este respecto la bibliografía menciona que, dentro de los aspectos clínicos a tomar en cuenta en el diagnóstico [sic] de apendicitis es la presentación del dolor antes de la



náusea o vómito, pérdida del apetito, dolor que se traslada de la zona periumbilical al cuadrante inferior derecho, así como agravación del dolor en el trayecto al Hospital. El paciente refirió presentar parte de esta sintomatología, sin embargo, respecto a la semiología del dolor, esto es: estacionalidad, frecuencia, horario, ubicación, irradiación, tipo, intensidad, duración, factores que lo desencadenan y que lo alivian, relación con los alimentos, etc., no se asienta en el expediente que se le haya preguntado de forma completa, sobre dicho síntoma.

Lo anterior tiene importancia médica ya que, conociendo la semiología del dolor, es posible determinar o descartar varias enfermedades. Sin embargo, no hay constancia en el expediente de que se haya realizado así. Ahora, el interrogatorio era sugestivo de una probable apendicitis (por los signos reportados en la nota médica) o un síndrome doloroso abdominal (como está asentado en la nota inicial de Urgencias), pero cuando se pasa a la exploración física no se encuentran signos de apendicitis, tomando en cuenta que el paciente también había ingerido medicamentos y que éstos podrían haber estado modificando la presentación clínica, ¿Esto es indicación de que el paciente no tenía apendicitis? De acuerdo a la bibliografía, en el paciente pediátrico existe la posibilidad de que, si hubo rotura reciente del apéndice, ésta no genera dolor abdominal a la palpación, además que también importaría su ubicación, por ejemplo, si fuese retrocecal (como finalmente fue dicho apéndice) la sintomatología podría ser distinta. Lo anterior nos daría la pauta para la investigación más exhaustiva del paciente.

V.1.3. En su primera valoración en Urgencias a las 03:39 horas del día 15 de abril de 2010, no existe constancia en el expediente clínico que se le hayan mandado estudios adicionales de laboratorio para confirmar o descartar apendicitis y/u otra patología. Bajo esta perspectiva se le da de alta y se le cita al día siguiente para determinar origen del cuadro clínico referido. Y por lo que se ha analizado hasta aquí, se entiende que, era necesario realizar estudios de laboratorio y/o gabinete para confirmar o descartar diagnósticos diferenciales.

V.1.4. En la nota de Urgencias del día 15 de abril de 2010, realizada a las 03:39 horas, se menciona que las impresiones diagnósticas son: Síndrome doloroso abdominal. Faringitis aguda a descartar adenitis mesentérica (enfermedad abdominal en donde los ganglios mesentéricos se encuentran aumentados de volumen). En la respuesta a las preguntas, se comenta que: Al momento de la evaluación clínica del paciente, el cuadro clínico, sugiere un cuadro de adenitis mesentérica, diagnóstico puramente clínico, sin encontrar datos que sugirieran alguna otra patología abdominal que pudiera en ese momento mediante algún estudio de laboratorio o gabinete descartarse o confirmarse. Sin embargo, si presentaba datos de dolor abdominal: Ante la sintomatología referida previamente de dolor abdominal [...], referencia de vómito y el dolor abdominal encontrado durante la palpación profunda en epigastrio y dolor leve en marco cólico. Sin datos de irritación peritoneal ni abdomen agudo.

Como ya se ha analizado, la literatura refiere que, ante un síndrome doloroso abdominal o sospecha de apendicitis, es de suma importancia realizar un diagnóstico diferencial. Y, que aunque se tuviera la sospecha de que fuese una Adenitis Mesentérica, estaba completamente indicado, la observación del paciente y confirmar que la patología ya no estuviera presente.

Ahora, si es un síndrome doloroso abdominal, hay que descartar una de las tres causas principales de dolor abdominal: apendicitis, enfermedad de las vías biliares

(principalmente por colecistitis) y dolor abdominal inespecífico. Y, en caso de sospechar apendicitis (ya que los signos buscados fueron enfocados a ello), y no se cuenten con todos los elementos clínicos y/o de laboratorio para confirmarla o descartarla, lo recomendado es vigilancia hospitalaria. Lo cual no se llevó a cabo, sino que se envió a su domicilio con cita al día siguiente para investigar la etiología de su padecimiento.

V.2. Respecto a las repercusiones clínicas se pueden mencionar la siguiente: hubo un retraso en el diagnóstico de apendicitis, lo cual contribuyó a que continuara la evolución natural de esta patología, lo que finalmente dio como resultado a que se abscedara. Ahora, esto ¿originó las complicaciones posteriores? No se puede afirmar con certeza, sin embargo, si conocemos el origen fisiopatológico de las bridas, veremos que son el resultado de una respuesta inflamatoria abdominal. Si tomamos en cuenta que, en el proceso de apendicitis interviene la respuesta inflamatoria y que, dicha respuesta inflamatoria es un factor de riesgo para la presencia de bridas. Y que, finalmente fueron estas bridas las que ocasionaron las complicaciones post quirúrgicas presentadas en el paciente y repercutieron en el tiempo de estancia intrahospitalaria.

V.3. Después de la apendicectomía (cirugía realizada para extirpar el apéndice), el paciente presentó datos clínicos sugestivos de obstrucción intestinal, ya que se inició el manejo conservador y como no se vio mejoría se decidió por el manejo quirúrgico. Ya que se sospechó bridas (tejido anormal que conecta los intestinos y los paraliza), por lo cual se decidió reintervenir quirúrgicamente. Lo anterior es lo indicado, según lo reporta la bibliografía, así como también se reporta que las bridas son reincidentes.

Entonces, estas bridas ocasionan obstrucción intestinal y una de las complicaciones de dicha obstrucción intestinal es la necrosis (muerte) de un segmento del intestino, que fue lo que ocurrió en este caso y hubo necesidad de realizar una ileostomía, lo cual en este caso era lo indicado.

V.4. Se reportó con gasto por ileostomía elevado, sin embargo siempre se trató de mantener un balance adecuado de líquidos y electrolitos y se le dio tratamiento para corregir el problema.

V.5. De acuerdo a las notas del expediente clínico el día 11 de mayo de 2010 a las 08:00 horas se reporta: Paciente con mala evolución, presenta fiebre el día de ayer, por lo que hoy se cultivara, se tomaron EGO (examen general de orina) y ultrasonido abdominal, y posteriormente el día 12 de mayo de 2010 a las 08:00 horas. De acuerdo a la nota de alta se menciona que el paciente se encuentra clínicamente estable y que esa es la razón para otorgar el alta, sin embargo, cabe mencionar que no se encontraron los resultados de los estudios del examen general de orina ni de los cultivos mencionados en la nota del día 11 de mayo, antes mencionada. No se encuentra en el expediente constancia de que se hayan hecho dichos estudios.

Generalmente se espera tener cierto tiempo de estabilidad clínica para dar el alta, en este caso fue de 24 horas. Pero lo que no fue adecuado es dar de alta a un paciente, cuando el día previo tenía una mala evolución, y no se da explicación del porque ya no se siguió el plan comentado en la nota de ese día. Por lo que, al no contar con los datos mencionados anteriormente no se cuentan con los elementos médicos suficientes para saber si el estado de salud [...] [nombre del niño agraviado N] era el adecuado para otorgar el alta médica.

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

#### VI. CONCLUSIONES.

1. Las omisiones médicas detectadas fueron: Falta de oportunidad en la atención médica por parte del Servicio de Cirugía General, [...]. Falta de elementos clínicos en la nota inicial de urgencias del día 15 de abril de 2010 a las 03:39, lo cual influyó de manera importante en el diagnóstico establecido en ese momento, [...]. Falta de estudio a profundidad de la patología del paciente, [...].
2. La implicación que tuvo el retraso en el diagnóstico oportuno, fue que, se aumentaron los factores de riesgo para la presencia de bridas. Y finalmente fueron las bridas las que originaron el resto de complicaciones a [...] [nombre del niño agraviado N] y con ello aumentaron el tiempo de hospitalización, [...].
3. Las complicaciones posquirúrgicas que presentó [...] [nombre del niño agraviado N] son las esperadas del procedimiento quirúrgico. El Hospital Pediátrico Moctezuma realizó el tratamiento adecuado de dichas complicaciones.
4. Se encontró en el expediente datos de ileostomía con gasto elevado, la cual fue manejada de manera adecuada.
5. No se encontraron datos en el expediente que justificaran el alta, ya que un día previo a su alta se solicitaron estudios porque el paciente tenía *una mala evolución*, de esos estudios, no hay constancia de que se hubiesen realizado.  
[...]

121. Valoración de impactos psicosociales de fecha 28 de julio de 2014, suscrita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### VI. CONCLUSIONES

- 1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado N] y su hijo [...] [nombre del niño agraviado N], están **directamente relacionadas con la hospitalización de [...] [nombre del niño agraviado N], la atención recibida y las complicaciones desencadenadas a partir del tratamiento proporcionado por el personal del Hospital Pediátrico Moctezuma**, hechos que están expuestos por la propia peticionaria y su hijo en el apartado IV inciso b) de este Informe, Situación que generó un proceso de desgaste, sentimientos de impotencia y síntomas asociados a la revictimización experimentada, afectando su salud, su integridad física y psicológica, bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, así como sensación de cambio en su proyecto de vida.
- 2.- La sintomatología descrita por [...] [nombre del niño agraviado N], está directamente relacionada con los hechos descritos anteriormente, en primer lugar con la experiencia que inicia con un diagnóstico erróneo y que se continúa con el internamiento en el Hospital Pediátrico Moctezuma en donde a las intervenciones quirúrgicas que fue sometido se sumaron los tratos proporcionados por el personal médico y de enfermería

durante los 48 días que permaneció en este nosocomio, tiempo en el que su estado de salud no presentó mejora y que lejos de recibir los cuidados requeridos, cuando solicitaba la atención de alguna enfermera tardaban más de una hora en acudir o no llegaban, por otra parte restringían la visita de sus padres sólo dos horas al día. Por otra parte manifiesta las dificultades que enfrenta para realizar su vida de manera "normal", pues la pérdida de un estado de salud pleno le impide el desarrollo de ciertas actividades físicas que de llevarlas a cabo pondrían en riesgo su integridad aunado al daño estético ocasionado por las cirugías que le fueron practicadas durante el mencionado proceso de hospitalización ya que estas le provocaron una deformidad en el abdomen. Es importante destacar el tema de la autoaceptación ya que haciendo un balance de las características que [...] [nombre del niño agraviado N] percibe de sí en este momento, llama la atención la insatisfacción y el rechazo que el joven tiene con relación a su aspecto físico que resultó afectado por las cicatrices que tiene en el abdomen, este es un elemento que le afecta demasiado generando vergüenza e inseguridad aunado a la sobreprotección de la que es sujeto por parte de las personas adultas que lo rodean.

3.- Los impactos expuestos en los apartados anteriores no se limitan al agraviado [...] [nombre del niño agraviado N] y a su madre la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado N] ya que los sucesos experimentados afectaron la dinámica en su núcleo familiar primario en los ámbitos psicológico, social y económico; de los que se puede mencionar la sobrecarga de trabajo para la hermana de [...] [nombre de la madre del niño agraviado N], toda vez que también atendía a sus hijos y por su parte se vio reflejado en la pérdida del ingreso económico al perder su empleo. No obstante la experiencia ha representado un aspecto positivo en el sentido de generar cohesión familiar ya que se vieron orillados a realizar acciones solidarias para el cuidado de [...] [nombre del niño agraviado N] así como de sus hermanos [...] quienes continuaron con sus actividades cotidianas apoyándose en la hermana de la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado N] mientras éste se encontraba en el hospital.

4.- De acuerdo a la señora [...] [nombre de la madre del niño agraviado N] y su hijo [...] [nombre del niño agraviado N], las acciones que consideraría reparadoras en relaciones con las violaciones de las que fue objeto son las siguientes:

1. Se le brinde información completa sobre las opciones para una posible cirugía estética a fin de minimizar las cicatrices.
2. Atención psicológica y quirúrgica, para [...] [nombre del niño agraviado N] a fin de poder atender las secuelas físicas (cicatrices) que presenta.
3. Atención psicológica para la familia en un lugar donde ellos decidan acudir. En el caso del menor de edad [...] [nombre de un hermano del niño agraviado N] atención integral a fin de poder brindar un tratamiento para su problema de sobrepeso.
4. Se compense monetariamente por los gastos generados calculando un monto aproximado \$ 70, 000.00<sup>20</sup> (Setenta mil pesos 00/100 M. N.).
5. Desean la aceptación de la negligencia médica y una disculpa pública.

---

<sup>20</sup> Se refiere a gastos de gasolina, alimentación, tarjetas de teléfono celular, cuenta del hospital, bolsas para colostomía Convatec, medicamentos entre otros.

6. Sanciones para el personal del Hospital Pediátrico Moctezuma responsable.

## VII. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

- **Favorable**, se observa una estructura familiar que posibilita brindar atenciones y cuidados a [...] [nombre del niño agraviado N] y esto va más allá de la familia nuclear ya que al afrontar un momento crítico como el de la hospitalización surgieron acciones solidarias por parte de la familia extendida que se hizo cargo de los cuidados de los otros dos menores, en esta red de apoyo puede descansar [...] [nombre del niño agraviado N], sus padres y hermanos.

- **Desfavorable**, debido a que no han contado con un proceso terapéutico familiar e individual no logran constituir una relación en la que se brinden atenciones y cuidados más equitativos que propicien relaciones más saludables entre los integrantes de la familia [...] [apellidos de la familia del niño agraviado N], uno de los puntos en que esto se hace visible es en el que [...] [nombre del niño agraviado N] considera sobreprotectora la actitud de su madre, actitud que contrasta con el problema de sobre peso que presenta [...] [nombre de un hermano del niño agraviado N] y que no ha sido atendido; en lo individual destaca el tema de la auto-aceptación en [...] [nombre de la madre del niño agraviado N] ya que las cicatrices que le quedaron en el abdomen le generan insatisfacción con su cuerpo, pudiendo derivar en una baja autoestima.  
[...]

## V. Caso N. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/10/D3114

122. Acta circunstanciada de fecha 18 de mayo de 2010, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión y por la peticionaria, tía del niño agraviado, en la cual consta lo siguiente:

[...] que su sobrino había fallecido el domingo [16 de mayo de 2010], [a] las 21:45 horas y que, en su opinión, se trató de una negligencia médica, porque durante el tiempo que su sobrino estuvo ingresado en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco, no les informaron adecuadamente el estado de salud de su sobrino, no les informaron con claridad el padecimiento ni el tratamiento a seguir. El mismo día domingo, su hermano, padre del menor hospitalizado, "llevó un tubo con sangre para que se realizara un estudio en otro hospital, pero no sabía con qué finalidad; incluso, en ese Hospital, regañaron a su hermano por llevar esa muestra bajo tales condiciones" [...].

123. Oficio D/156/10 de fecha 21 de mayo de 2010, signado por el Doctor Raymundo Paredes Sierra, Director del Hospital Materno Infantil Xochimilco, a través del cual remitió resumen clínico de niño agraviado N, en el que consta lo siguiente:

[...] la atención médica que se ha estado brindando al niño [...] [nombre del niño agraviado Ñ] de tres años y un mes de edad ha sido la adecuada para la patología que presenta, como está documentado en el expediente clínico en el que constan notas de evolución, indicadores terapéuticos, así como, estudios radiológicos, de laboratorio y bacteriológicos [...] desde el ingreso se detectó una neumonía grave del pulmón derecho [...].

Se solicitaron interconsultas para estudios complementarios de inmunoglobulinas séricas al INER enviando la muestra directamente con el padre. Cuando se detecta la complicación del Hidroneumotórax se solicitó la interconsulta al servicio de cirugía del Hospital Pediátrico de Moctezuma, realizándose la instalación de la sonda de pleurostomía [...].

124. Oficio D/156/10, de fecha 21 de mayo de 2010, suscrito por el Doctor Raymundo Paredes Sierra, entonces Director del Hospital Pediátrico Xochimilco, al cual se le anexó un Resumen Clínico, mismo que fue integrado sin fecha, ni nombre de médico alguno que lo suscribiera, en el cual consta lo siguiente:

[...]

Se trata de paciente preescolar masculino [...].

El padecimiento actual referido de 72 horas de evolución, con dolor abdominal, de inicio súbito, sin vómito ni evacuaciones disminuidas de consistencia, se refiere pico febril cuantificado en 38 grados, fue tratado en forma ambulatoria [médico particular] con trimebutina, metoclopramida y claritromicina, sin presentar mejoría, acudió al hospital General de Milpa Alta en donde se da manejo con ranitidina y continuo tratamiento con trimebutina. Del mismo tiempo de evolución se refiere tos, no productiva, en accesos cortos de inicio aparentemente súbito.

A la exploración física de ingreso lo encontramos con frecuencia cardiaca 98, frecuencia respiratoria 48, temperatura 36.8, paciente de edad Parente similar a la cronológica, adecuado estado de hidratación, sin cianosis ni palidez, consiente, pupilas isocóricas, tórax con hipoventilación, apical derecha, con taquipnea, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda con resistencia muscular voluntaria, sin datos de irritación peritoneal, se decide ingreso de paciente a hospitalización para vigilancia y toma de paraclínicos con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal.

Se deja a paciente en ayuno con soluciones de base a 1500 mlm2Sc, y por sintomatología respiratoria se indica inhaloterapia con convivent. Oxígeno suplementario con puntas nasales y penicilina IV.

#### Evolución:

08/05/2010 Clínicamente con temperatura 37, FC, 110x, FR 43x, continua con dolor abdominal encontrándolo globoso, timpánico, peristaltismo prácticamente abolido, sin visceromegalias. Tórax con disminución de murmullo vesicular apical derecha. Paraclínicos reportan anemia leve Hb 9.55 Hto 31.4 %, plaquetas 235,000 leucocitos 6,800 neutrofilia 74.5%, linfopenia de 12% TP 77% ligeramente prolongado, química sanguínea dentro de parámetros esperados para la edad. Continúa en ayuno con



soluciones de base a 1500 mñm2SC, inhaloterapia y oxígeno. Se coloca sonda nasogástrica a derivación.

**09/05/2010.** Clínicamente con temperatura 36.8 FC 100 x', FR 46x, TA 100/43, saturación de O2 96% con oxígeno suplementario. Se coloca sonda de Foley para cuantificar gasto urinario, continúa con taquipnea con disminución de murmullo vesicular en todo el pulmón derecho, el abdomen sin distensión abdominal, pared blanda, depresible y peristaltismo normal. Se toma RX de tórax en la que se observa imagen de opacidad homogénea en la totalidad de pulmón derecho, se modifica esquema antibiótico con cefotaxima a 100 mgkg al día vancocimina 40 mgkgdía, se indica ácido valproico a 30 mgkgdía. Se considera paciente grave por NEUMONÍA DERECHA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE COMPLICADA.

**11/05/2010.** Clínicamente con FC entre 104 a 129 x', TA 90/60 a 123/56, FR 30 a 52x, saturación de O2 entre 90 y 95% con suplementario puntas nasales a 3Lmin, temperatura 38.3 a 37, se reportan 4 picos febriles. Se coloca catéter venoso subclavio derecho sin complicaciones, previo consentimiento verbal del padre. Se integra clínicamente síndrome de condensación pulmonar derecha con aumento de la transmisión de la voz y matidez a la percusión, disminución de vibraciones vocales y estertores crepitantes. Condición grave.

Se retira sonda orogástrica y se inicia tolerancia a vía enteral, se toma ECG con datos de *Cor Pulmonale* agudo. Se toma nueva biometría hemática, la cual reporta mejoría de respuesta inmunológica con 15,000 leucocitos, 60% segmentados, 37% linfocitos, plaquetas 124,000 con disminución con respecto a previas, Hb 9.85 Hto 33.5%, Fibrinógeno y TPT normales. Ligero alargamiento de Tp en 74%. Gasometría venosa con pCO2 en 40mmHg, acidosis respiratoria pH compensada por hiperbasemia leve (HCO3 26mmol) lactato 1.0 mmol/L. Saturación venosa central 76%. J

**12/05/2010.** Clínicamente F115 a 160x', FR 24 a 64x', se presentan 3 picos febriles hasta 38.5 grados, saturación de O2 de 83% a 94%, TA promedio 100/50, en su tercer día de tratamiento con Cefotaxima y Vancomicina a dosis ya mencionadas, Uresis conservada en 2.2mlkghr, persistencia de síndrome de condensación derecha, presencia de tos. Se inició dieta blanda con mínima tolerancia por lo que se decide dieta polimérica por sonda, se recoloca SNG ya que no se contaba por el momento con los nutrimentos para nutrición parental total.

Se aportaron 1000kcal día, 28% por arriba de su gasto energético basal. Por laboratorio se encontró hipoalbuminemia. Se reporta examen general de orina con densidad de 1,005 baja, resto normal.

**13/05/2010.** Evolución estacionaria, continúa síndrome de condensación clínico y radiológico, sin mejoría respecto a días previos. SV con oscilaciones de FC 118-175x', FR 22-41x', 6 picos febriles de 38.7 el máximo reportado, PVC de 9 a 10 cmH2o. TA 90/53 a 108/69. Se decide realizar punción aspiración pleoropulmonar diagnóstica para envío de cultivo, ya que el paciente persiste febril a pesar de cursar su 4to. día de tratamiento antibiótico. Se realiza procedimiento sin complicaciones, obteniéndose 80 ml. de líquido citrino, la citoquímica reveló eritrocitos no crenados, con células inflamatorias, 57% linfocitos, 43% segmentados, glucosa 89, proteínas 3.2 g/dl. Se solicita y se envía estudio de inmunoglobulinas séricas al INER. No tolera dieta

polimérica, presentando distensión abdominal por lo que queda en ayuno, se disminuyen soluciones de base y se inicia nutrición parenteral lateral a 68 kcal/día y 90 ml/día.

**14/05/2010.** Clínicamente persiste con picos febriles hasta 38.8 grados, taquicárdico, frecuencias cardiacas entre 130 y 160x', frecuencia respiratoria entre 40 y 56x', saturación de O<sub>2</sub> entre 85% y 93%. Continúa con alimentación parenteral y 5to. día de Cefatoxima y Vancomicina. Clínicamente con mal estado general, taquicárdico, accesos cortos de tos, tiraje intercostal y disociación toraco abdominal, aleteo nasal y polipnea señalada previamente, persistencia de síndrome de condensación derecho, hemitórax izquierdo con adecuada entrada y salida de aire y estertores crepitantes izquierdos escasos. Se reporta paciente muy grave, se considera cambio de tratamiento antibiótico por mala respuesta a este, se suspende Cefatoxima y se inicia Inepem a 80 mg/kg/día. Toma de biometría hemática reporta leucocitos de 13,800, neutrófilos 55%, linfocitos 25%, bandas 3%. Monocitos 16%, plaquetas 168,000. Hb 9.65 Hto 29.8, química sanguínea Glu 107 Creat 0.14 BUN 5.3 DHL 280 Ca 8.2 P 3.3 Mg 1.3 Albumina 1.9 proteínas totales 4.5.

**15/05/2010.** Clínicamente con 1 pico febril reportado de 38 grados, FC 111 a 153x, FR36 a 58x', PVC 13 a 8 cmH<sub>2</sub>O. TA 106/76. Rx de tórax con imagen de hidroneumotórax derecho, se decide envío al Hospital Pediátrico de Moctezuma a servicio de cirugía pediátrica para colocación de sonda de Pleurostomía, se realiza procedimiento sin complicaciones aparentes, se obtiene durante la aplicación líquido seroso 110 ml, es enviado de regreso a esta unidad con sello pleural funcional, con gasto de sonda pleural de características serohemáticas de 160 ml. Continúa paciente grave.

**16/05/2010.** Clínicamente sin picos febriles reportados, frecuencia cardíaca 122 a 140x', TA 121/63, FR 44 a 49x', saturación 90%, refiere paciente dolor abdominal constante, persiste en ayuno con NPT sin cambios, a la exploración abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, con peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, tórax con hipoventilación derecha, radiografía de tórax sin re expansión. El gasto por sonda pleural de 160 ml serohemático, se envía revisión de drenaje pleural a H. P. Moctezuma por sospecha de disfunción, se refiere nota de contra referencia sonda pleural funcional.

A las 21:50 horas presenta deterioro cardiorrespiratorio súbito, con bradicardia, se decide intubación orotraqueal, se dan maniobras avanzadas de reanimación durante 25 minutos sin recuperación de los signos vitales. Se da por fallecido.

Se reporta resultado de cultivo de líquido pleural, el cual es negativo, hemocultivos periféricos (dos) negativos, hemocultivos centrales (dos) negativos.

- DX finales:**
1. Preescolar masculino eutrófico.
  2. Crisis convulsivas febriles.
  3. Neumonía derecha adquirida en la comunidad, complicada sin germen aislado.
  4. Hidroneumotórax derecho drenado.
  5. Sepsis grave.
  6. Insuficiencia respiratoria aguda.
  7. Paro cardiorrespiratorio.
- [...]





125. Oficio número D/217/10 de fecha 13 de junio de 2010, signado por el Doctor Juan Ezequiel Zavala Martínez, entonces encargado del despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil Xochimilco, en el cual se informó lo siguiente:

[...] a) En el hospital no se le practicó necropsia al menor [...] [nombre del niño agraviado Ñ], no se encontró datos al respecto del médico para solicitarla.

b) En el hospital no se tiene médico patólogo para efectuar necropsia y consecuentemente el estudio ANATOMO PATOLÓGICO [...].

126. Acta circunstanciada de fecha 28 de junio de 2010, suscrita por la peticionaria y el padre del niño agraviado Ñ, así como por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta lo siguiente:

[...] el señor [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] manifestó que considera que su hijo recibió mala atención médica, porque el personal del Hospital de Xochimilco no sabía utilizar un instrumento o aparato que le colocaron y tuvieron que ir al Hospital de Moctezuma para que funcionara adecuadamente. De igual forma, considera que no le dieron buena atención porque le comentaron que la neumonía que presentaba su hijo estaba controlada, "sólo que tenía un hongo", pero no sabía de qué se trataba y tampoco le indicaron que se encontraba grave, como dice el resumen clínico del Hospital [...].

127. Oficio número HMPX/JUDM/064/13 de fecha 05 de marzo de 2013 suscrito por el Doctor Antonio Albarrán García, Director del Hospital Materno Infantil Xochimilco, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

1. Cuando algún hospital no puede procesar muestras porque no las realiza o porque técnicamente el equipo está descompuesto. El jefe de servicio de laboratorio o Subdirector Médico por vía telefónica pide apoyo a otra unidad médica de la red para dar solución oportuna al caso que se trate. Las muestras son enviadas por transporte de la unidad ya sea ambulancia o ahora en unidad administrativa y con personal del hospital.

2. No se encontró los motivos para que se solicitara al señor [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ], trasladara la muestra de sangre a otro hospital. Lo anterior debido a que no se localizó registro, notas o expediente del paciente [...].

[...]

Me permito informarle también que el Hospital no tiene antecedentes del expediente clínico de [...] [nombre del niño agraviado Ñ], [...].

128. Oficio número HMPX/JUDM/068/13 de fecha 07 de marzo de 2013 suscrito por el Doctor Antonio Albarrán García, Director del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, en el cual se informa lo siguiente:

[...]

En alcance a mi oficio HMPX/JUDM/064/13 [...], me permito informar y agregar que fue encontrado el expediente de [...] [nombre del niño agraviado Ñ] después de exhaustiva

búsqueda en años anteriores en el archivo clínico, se logró localizar con fecha de ingreso del 07 de mayo de 2010 a las 10:00 horas, y fecha de egreso el 16 de mayo de 2010 a las 21:50 [horas] por defunción.

El día 13 de mayo de 2010, se practica punción para aspiración de líquido pleural, el que se envía a estudios de inmunoglobulinas séricas al Instituto de Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), **por no disponer de equipo que realiza dicho estudio en este hospital y para dar celeridad a su envío se solicita al familiar que lleve la muestra al Instituto antes mencionado.** [Negritas y subrayado fuera de texto original]

129. Opinión médica de fecha 7 de agosto de 2013, suscrita por un médico adscrito a la Tercera Visitaduría de esta Comisión, en la que se analizó y concluyó lo siguiente:

[...]

#### **I. INTRODUCCIÓN**

[...]

#### **II. PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA**

[...]

#### **III. METODOLOGÍA**

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas del expediente médico del menor agraviado generadas en el Hospital Materno Infantil Xochimilco; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron al [...] [nombre del niño agraviado N], durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su fallecimiento; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

#### **IV. RESULTADOS OBTENIDOS**

[...]

#### **V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

[...]

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

#### **VI. CONCLUSIONES**

1. De acuerdo a lo analizado en el inciso A del apartado de análisis del presente informe se encuentra que algunos de los estudios de laboratorio y gabinete solicitados no fueron realizados de forma oportuna ya que el Hospital Materno Infantil Xochimilco no contaba con dichos estudios.

2. Al ser un Hospital que cuenta con camas censables, el Hospital Materno Infantil Xochimilco estaba obligado a contar con los recursos materiales para la atención de pacientes. El no contar con estudios microbiológicos, de laboratorio y gabinete es responsabilidad de la Institución Hospitalaria.

3. El tratamiento de la neumonía fue adecuada hasta el segundo esquema antibiótico, sin embargo fue de forma empírica y se cambió en tres ocasiones, cuando la literatura médica consultada menciona que es recomendable la referencia a Hospitales de tercer

nivel de atención para valoración por Infectología Pediátrica cuando exista falla al segundo esquema de antibiótico.

Por lo tanto fue adecuado el tratamiento hasta el segundo cambio de antibiótico (Primer antibiótico: penicilina sódica cristalina; segundo esquema de antibióticos: Vancomicina y Cefotaxime; tercer esquema de antibiótico: Imipenem y Vancomicina). El tercer cambio de antibiótico se realizó el día 14 de mayo de 2010 y en este momento se tendría que haber valorado envío y/o valoración a Hospital de tercer nivel.

El tratamiento empírico, secundario a la falta de oportunidad del laboratorio y/o gabinete además de la no referencia oportuna, contribuyó a la evolución tórpida del paciente.

4. Por la evolución del cuadro que se asienta en el expediente clínico del [niño] agraviado, se documenta que en un inicio requería valoración por Cirugía Pediátrica, la cual se solicitó pero no existe constancia de que se haya realizado. Días después requirió de nueva cuenta valoración por Cirugía Pediátrica para colocación de sello de agua y se tuvo que solicitar valoración al Pediátrico de Moctezuma, cuando de acuerdo al portal web del Hospital Materno Infantil Xochimilco, éste cuenta con el servicio de Cirugía Pediátrica.

A lo anterior se le agrega que no se envió para valoración a Tercer nivel o a un hospital que contara con los servicios de Infectología Pediátrica o Neumología Pediátrica, a pesar de que el paciente presentó criterios para envío.

5. No es posible acreditar que la falta del medicamento Ranitidina haya influido de manera directa o indirecta en la muerte del menor; sin embargo no se entiende por qué el Hospital materno Infantil no contaba con dicho medicamento, siendo que este se encuentra dentro del Cuadro Básico de medicamentos con el que todo Hospital debería contar en primera instancia. El hecho de no contar con el mismo, provocó un sufrimiento adicional al paciente y un tratamiento médico incompleto por parte del Hospital Materno Infantil Xochimilco.

Mención aparte merece la falta de insumos para realizar la nutrición parenteral [...], la cual se encontraba indicada por los médicos tratantes, sin embargo no se contaba con los elementos para aplicarla, por lo que se instauró dieta polimérica por sonda naso gástrica, esto es por vía enteral esto a pesar de presentar distensión abdominal y pobre alimentación por la vía oral, por lo que si estaba indicada la alimentación por nutrición parenteral.

6. El *cor pulmonale* se diagnóstica, sin embargo se desconoce si la falta de seguimiento y/o control en las notas médicas posteriores al diagnóstico fue porque ya no presentó sintomatología de dicha patología o por que se omitió darle seguimiento. Aparentemente dicha patología no influyó de manera importante en la muerte del menor. Lo que se encuentra es que el *cor pulmonale* puede ser una complicación secundaria a alguna patología respiratoria, por lo tanto era una complicación que se debió de haber profundizado en su valoración por Neumología Pediátrica y dado el caso por Cardiología Pediátrica.

7. La toma de cultivos en sangre fue incompleta por la falta de cultivos para hongos y microorganismos anaerobios. Esto, a pesar de que se solicitaron por los médicos tratantes. Ciertamente la positividad en los hemocultivos es baja, sin embargo están



indicados en caso de no haber una respuesta positiva al tratamiento, como en este caso. El hecho de no brindar toda la gama de cultivos necesarios ocasionó un decremento en la posibilidad de diagnosticar la etiología, microbiológica y con esto otorgar el tratamiento de certeza.

A pesar de no contar con el diagnóstico etiológico se manejó antibiótico de elección para el padecimiento del paciente. Sin embargo, esto no exime al Hospital Materno Infantil Xochimilco ya que éste debería contar con los medios para el análisis e interpretación de las muestras obtenidas. Por lo anterior no se brindó una atención integral de los padecimientos que padecía [...] [nombre del niño agraviado Ñ].

8. La forma de transporte y embalaje de la muestra de sangre para el estudio de inmunoglobulinas del paciente no fue adecuado, por lo que se tuvo que desechar la muestra y tomar otra. El envío por personal no capacitado puso en riesgo la salud del familiar de [...] [nombre del niño agraviado Ñ] que transportó la muestra [...]. Lo anterior generó un retraso en los medios diagnósticos que repercutió en el tratamiento adecuado brindado al paciente.

9. El desconocimiento de cómo operaba el sistema de sello de agua generó una referencia innecesaria para el paciente, así como generó una disfunción en dicho sistema que se solucionó agregando agua a uno de los compartimentos del aparato. Por lo tanto, al presentar dicha complicación, los médicos tratantes debieron valorar la posibilidad de traslado del paciente a una unidad donde se brindara valoración quirúrgica inmediata y se tuviera el conocimiento del funcionamiento del sistema de sello de agua.

10. [...] se requería haber enviado a valoración por tercer nivel y/o por otras especialidades médicas en ocasiones diversas, incluso cuando el Hospital Materno Infantil Xochimilco no contaba con los recursos de infraestructura, de personal y materiales para la atención de pacientes con las características que presentó [...] [nombre del niño agraviado Ñ]. Todas las omisiones mencionadas produjeron que el padecimiento evolucionara y terminara finalmente con el fallecimiento de [...] [nombre del niño agraviado Ñ].

11. Del análisis del expediente se pueden documentar las siguientes omisiones:

Responsabilidad Institucional:

- ❖ La falta de estudios de laboratorio y/o gabinete de forma oportuna.
- ❖ La falta de por lo menos un especialista en Cirugía Pediátrica.
- ❖ Estudios microbiológicos incompletos.
- ❖ Falta de medicamentos de cuadro básico, en este caso: ranitidina.
- ❖ El transporte y el embalaje de la muestra sanguínea para inmunoglobulinas de forma inadecuada.
- ❖ Falta de insumos para brindar nutrición parenteral, a pesar de ser indicación médica.

Responsabilidad Médica:

- ❖ Se documenta *cor pulmonale* y no es valorado por médico especialista.
- ❖ A pesar de ser indicación médica, no se solicitó valoración por Cirugía Pediátrica, al ingreso del paciente a hospitalización.
- ❖ No se envió al paciente a valoración a tercer nivel y/o con otros especialistas médicos, a pesar de contar con criterios de referencia, así como mala respuesta a tratamiento instaurado.
- ❖ Desconocimiento del funcionamiento de un sello de agua, lo que ocasiona disfunción en dicho sello y obliga a una referencia innecesaria.

De lo anterior y en términos generales se puede concluir que: no se puede establecer con certeza si las omisiones documentadas en el presente informe ocasionaron la muerte del paciente ya que no hay necropsia; lo que sí se puede decir es que dichas omisiones contribuyeron a la mala evolución del padecimiento del paciente y a su muerte.

La falta de una atención oportuna, integral y adecuada influyó en la evolución tórpida del paciente y con esto contribuyó al deceso del mismo, además de provocar, en algunos casos sufrimiento innecesario al paciente.

[...]

130. Valoración de impactos psicosociales de fecha 29 de julio de 2014, suscrita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

#### VIII. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] y su hijo [nombre del niño agraviado Ñ], están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja [...]**, relacionados a la inadecuada atención médica proporcionada por los Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que derivó en la muerte de su hijo [nombre del niño agraviado Ñ].

2.- La sintomatología descrita por [nombre del padre del niño agraviado Ñ] está directamente relacionada por los hechos descritos anteriormente, generando un **proceso de duelo no elaborado**, ocasionado por diferentes factores como es la vínculo afectivo que tenían entre padre e hijo, la edad temprana en que fallece el niño [...] [nombre del niño agraviado Ñ], sin embargo, el factor que generó y agudizó el proceso de duelo, son las circunstancias y omisiones en que se dio el deceso de su familiar vivenciándolo como un evento traumático. En virtud de lo anterior al no resolver de manera satisfactoria su proceso de duelo, ha desarrollado sintomatología asociada a una depresión experimentado principalmente sentimientos de soledad, sensación de vacío que ya no se siente capaz de cubrir, embotamiento emocional, desapego con los miembros de su familia, sentimientos de desesperanza y culpa, así como desinterés en realizar a las actividades de la vida diaria.

Referente a los objetos y las pertenencias principalmente los juguetes de su hijo [...] [nombre del niño agraviado Ñ], han cobrado un gran significado hasta la fecha, al tener [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] la necesidad de agarrarse de aquellas cosas para mantener el recuerdo y así lograr prolongar el vínculo que tenía con su hijo, lo que le impide poner distancia psicológica<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Desde una perspectiva psicosocial un evento traumático representa una ruptura en la continuidad de la vida, y marca un antes y un después en la vida de las personas, son experiencias que hacen que la persona pierda el control de su vida, las cuales sin un adecuado acompañamiento pueden generar a la persona la sensación de que su vida queda atada a dicha experiencia, sin poder poner distancia emocional o sin poder llevar a cabo un cierto cierre psicológico que le permita mirar hacia adelante. (Beristain, 2011)

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social, económico, así como sensación de alteración en su proyecto de vida; sin que hasta la fecha pueda adaptarse ante su actual situación; aunado que no ha logrado darle una motivación a su vida al no encontrar un sentido de justicia acerca de lo vivido.

En el ámbito familiar, hasta la fecha [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] evitar asistir a reuniones familiares o fiestas. Existen también afectaciones a nivel laboral, la cual también evidencia que al presentar impactos en su integridad psicofísica, esto no le ha permitido a [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] contar hasta la fecha un empleo. Lo anterior ha implicado un cese de recursos económicos y con ello un decremento en el nivel de vida de la familia.

Respecto a su proyección de vida, desde la muerte de su hijo, [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] no ha tenido ninguna pareja sentimental, no manifiesta interés por continuar un proyecto de vida con alguna persona. Entablar alguna relación o formar una nueva familia.

Han transcurrido aproximadamente tres años de la muerte de su hijo; sin embargo no ha logrado desarrollar estrategias de afrontamiento para enfrentar dicho evento y lograr restablecerse de la experiencia vivida.

Por lo tanto, se le canalizó para recibir atención psicológica especializada en duelo, para poder recibir el tratamiento correspondiente, con la finalidad de elaborar sus procesos de pérdida.

4.- La reparación, según Beristain (2009: 173) se refiere a un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, así como promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones. Estas medidas habrán de contemplar dos objetivos: 1) Ayudar a las víctimas a mejorar su situación, a enfrentar las consecuencias de los eventos traumáticos vividos, reconociendo su dignidad como personas y sus derechos. 2) Mostrar solidaridad con las víctimas y reestablecer su confianza hacia la sociedad y hacia las instituciones.

Por tanto para [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] la reparación del daño ocasionado ante la muerte de su hijo encontraría un sentido en torno las siguientes medidas de reparatorias:

- Sancionar al médico responsable de la atención de su hijo [...] [nombre del niño agraviado Ñ].
- Recibir atención psicológica para él y su hija [...].
- Se realice un reconocimiento sobre la verdad de los hechos en que se vulneraron los derechos de su hijo.

#### IX. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y



familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

Por tanto, sería fundamental que [...] [nombre del padre del niño agraviado Ñ] cuente con apoyo terapéutico con la finalidad de enfrentar y comprender la situación que vulneró sus diferentes esferas. Fortaleciendo sus capacidades personales para apoyar en su proceso de duelo no elaborado.

Es importante destacar, que el fortalecimiento de sus capacidades personales, y la disminución de los impactos psicosociales descritos, estarán directamente relacionados con el cumplimiento de las medidas de reparación que espera, pues el cumplimiento está directamente ligado con procesos de acceso a la justicia y no impunidad.

- **Desfavorable**, mientras la investigación sobre los hechos en que fueron violentados sus derechos humanos fundamentales permanezca impune; y no se ejecuten las medidas de reconocimiento de la verdad y justicia. Esto hará latente del daño del que fue objeto. Además, el que no cuente con un apoyo terapéutico, que le permita elaborar de forma constructiva la experiencia traumática que vivió, podría agravar su estado emocional actual. Hasta la fecha le ha originado un sentimiento de desesperanza y culpa, bajo estado de ánimo, insomnio, pérdida de interés en las actividades cotidianas, desapego con los miembros de su familia, sentimientos de rabia acompañados de fantasías de venganza como respuesta ante la pérdida de su hijo.

[...]

#### V. Caso O. Expediente: CDHUS/III/122/XOCH/10/D1554

131. Copia del acta médica, de fecha 17 de febrero de 2010, suscrita por los Doctores Gilberto Yerena López, Héctor Arturo Guzmán Aguirre y la Doctora Julieta Verónica Velasco Vázquez, en la que consta lo siguiente:

[...]

El médico adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac, hace constar que siendo las 08:35 hrs. del día 17 de febrero de 2010, es traído al servicio de Urgencias el cadáver de un lactante del sexo MASCULINO que en vida llevo el nombre de [...] [apellidos del niño agraviado O], y tenía una edad de 1 mes 25 días. A la exploración se encontró sin pulsos, sin frecuencia cardíaca, sin movimientos ni ruidos respiratorios, pupilas midriáticas y sin respuesta a la luz, así como rigidez, palidez de tegumentos y livideces en región dorsal, cianosis y acrocianosis.

Por encontrarnos imposibilitados para determinar la causa de muerte se notifica al C. Ministerio Público, para los fines que considere necesario.

#### SOMATOMETRÍ(A):

Peso: 4225 grs.

Talla: 58 cms.

[...]

Pasa a Ministerio Público, para definir causas de defunción.

[...]

132. Copia del protocolo de necropsia de fecha 17 de febrero de 2010 que se realizó al cuerpo del niño agraviado O, suscrito por la Doctora Blanca Carrillo Fernández y Gabriela Llanos Sanabria, peritas médicas forenses adscritas al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el consta lo siguiente:

[...], siendo las diecinueve horas nos presentamos en el anfiteatro del Servicio Médico Forense, para practicar la necropsia de ley en el cadáver de [apellidos del niño agraviado O], relacionado con la averiguación previa número FTH/TLH-2/T1/00295/10-02. DEL PRIMER TURNO.

EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: El cadáver corresponde a un menor de sexo masculino, de un mes veinticinco días de edad el cual mide cincuenta y cinco centímetros de estatura, treinta y seis centímetros de perímetro cefálico, treinta y siete centímetros de perímetro torácico, treinta y dos centímetros de perímetro abdominal y peso de cuatro kilos ciento sesenta gramos.

[...] OTROS HALLAZGOS: Conjuntivas congestionadas y lechos ungueales cianosados.

EXTERIORMENTE PRESENTA: Excoriaciones situadas en glúteos, testículos e ingles bilateral (compatibles con dermatitis del pañal).

[...]

EN EL CUELLO: El esófago y la tráquea con sus mucosas congestionadas y con escaso líquido blanquecino en su luz.

EN LA TORÁCICA: Los pulmones con [...] con equimosis subpleurales [...], al corte con zonas de color rojo claro y rojo oscuro alternadas y salida de material purulento por sus bronquios principales. El corazón con peso de veinte gramos y con equimosis subpericárdias.

EN LA ABDOMINAL: El hígado, el bazo, el páncreas y los riñones congestionados a los cortes. El estómago con líquido blanquecino en su interior. La vejiga con orina. Se envían muestra de sangre para estudio químico toxicológico y fragmentos de encéfalo, pulmones, corazón, riñones, hígado y páncreas para estudio histopatológico, cuyo resultado se comunicará en su oportunidad.

CONCLUSIÓN: ESTE MENOR SIN NOMBRE [...] [apellidos del niño agraviado O] FALLECIÓ DE LAS ALTERACIONES VICERALES Y TISULARES, MENCIONADAS, CAUSADAS EN LOS ÓRGANOS INTERESADOS POR LA CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA. [...]

133. Copia del Examen Químico-Toxicológico realizado al cuerpo del niño agraviado O, de fecha 20 de febrero de 2010, suscrito por el Ingeniero Mario Ruiseco Bautista, Perito Químico Forense del entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, del cual se transcribe la siguiente conclusión:

[...]

NEGATIVO: NO SE IDENTIFICÓ LA PRESENCIA DE LOS GRUPOS DE TÓXICOS ARRIUBA MENCIONADOS [cocaína, cannabinoides, benzodiazepinas, anfetaminas,





opiaceos y barbitúricos] EN LA(S) MUESTRA(S) BIOLÓGICA(S) RECIBIDA(S) Y ANALIZADA(S).  
[...]

134. Copia certificada del estudio histopatológico de fecha 03 de marzo de 2010, suscrito por el Médico patólogo, Jaime Olicon Hernández, adscrito al entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, en el que consta lo siguiente:

[...]  
EXAMEN HISTOPATOLÓGICO PRACTICADO EN LAS VÍ CERAS [sic] DEL CADÁVER DE:

PERSONA DEL SEXO MASCULINO DE UN MES CON VEINTICINCO DÍAS DE EDAD DE APELLIDOS [...] [APELLIDOS DEL NIÑO AGRAVIADO O]

PRODUCTOS RECIBIDOS: FRAGMENTOS DE CEREBRO, PULMONES, CORAZÓN, RIÑONES, HÍGADO Y PÁNCREAS.

LAS OBSERVACIONES CORRESPONDEN AL SIGUIENTE:

RESULTADO

CEREBRO: CONGESTIÓN INTENSA.  
PULMONES: EDEMA AGUDO DE MODERADO A SEVERO Y NEUMONIA LOBAR.  
CORAZÓN: INFARTO HEMORRÁGICO DEL MIOCARDIO.  
HÍGADO: ESTEATOSIS DE GOTA GRUESA UNIVERSAL.  
PÁNCREAS: HISTOLÓGICAMENTE NORMAL.  
RIÑONES: CONGESTIÓN INTENSA.  
[...]

135. Copia certificada de la ampliación del protocolo de necropsia de fecha 10 de marzo de 2010 suscrito por las Médicas Blanca Carrillo Fernández y Gabriela Llanos Sanabria, Peritas médicas Forenses, adscritas al entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el que se consta lo siguiente:

[...]  
Los suscritos Peritos Médicos Forenses, basados en los resultados de los estudios QUÍMICO-TOXICOLÓGICO (X), CROMATOGRAFÍA DE GASES, HISTOPATOLÓGICO (X), PRUEBA DE ELISA, "INVESTIGACIÓN DEL síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" (), EXUDADO VAGINAL () RECTAL () OTROS ().

Practicados en las muestras de SANGRES FRAGMENTOS DE VÍ CERAS. Retirada(s) del Cadáver de [apellidos del niño agraviado O]

[...]

Que se adjunta(n), ampliamos nuestro dictamen de necropsia de fecha; 17 DE FEBRERO 2010

En el sentido de que: LA CONGESTIÓN VICERAL GENERALIZADA QUE PRESENTÓ [apellidos del niño agraviado O], SE DEBIÓ A EDEMA AGUDO MODERADO A SEVERO Y NEUMONÍA LOBAR EN UN SUJETO CON INFARTO HEMORRÁGICO DEL MIOCARDIO, DE ACUERDO AL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y EL RESULTADO DEL ESTUDIO QUÍMICO TOXICOLÓGICO FUE NEGATIVO.  
[...]

136. Oficio número HGMA/D/287/10 de fecha 5 de abril de 2010, suscrito por el Doctor Benjamín Ortega Romero, entonces Director del Hospital General Milpa Alta, por el cual envió a esta Comisión, el Resumen Clínico del caso, mismo que a continuación se transcribe:

[...]

[...] [Nombre de la madre del niño agraviado O] ingresa a esa Unidad el 23 de diciembre de 2009 a las 01:13 am., con diagnóstico de embarazo de término de 40.5 semanas de gestación en periodo expulsivo, con dilatación y borramiento completo (al 100%), ingresándose a la sala de Unidad Toco quirúrgica a las 02:10 am., se obtiene vía eutocia el día 23 de diciembre de 2009 a las 2:05 am., producto único vivo de sexo masculino el cual llora y respira al nacimiento sin complicaciones, respondiendo a maniobras básicas de reanimación calificándose con APGAR: 8/9, con peso: 3,250 grs., Talla: 50 cms., sin complicaciones, con LA: normal, SA: 0, con capurro de 39.1 semanas de gestación.

El recién nacido recibe alimentación al seno materno, presentando urosis y excretas en las 6 horas de vida extrauterina. A la explotación física se le encontró activo reactivo hidratado, tegumentos buena coloración, pupilas reactivas, narinas permeables, paladar íntegro, tórax normo lineo sin distrés respiratorio, campos pulmonares bien ventilados no agregados, área cardíaca ruidos rítmicos de buena intensidad sin agregados, abdomen blando depresible no megalias, peristalsis presente, muñón umbilical sin sangrado, miembros superiores e inferiores [i]ntegros, simétricos, arcos de movilidad completos, genitales masculinos testículos dentro de bolsas escrotales, cadera estable, ano y esófago permeable son dismorfias aparentes.

Durante su estancia en la Unidad Hospitalaria evoluciona satisfactoriamente por lo que el día 23 de diciembre de 2009 a las 18:20 horas se egresa sin complicaciones, últimos signos vitales tomados previos a su egreso: temperatura de 36.7 °C, FC 140X' y FR 50X'.

[...].

137. Nota Informativa de fecha 7 de abril de 2010, suscrita por la Doctora Julieta Verónica Velasco Vázquez, médica adscrita al del Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el cual consta lo siguiente:

[...] Por medio de la presente se hace constar que el día 17 de febrero del 2010 a las 08:35 horas fue traído a este servicio el cadáver de un lactante masculino que en vida llevó el [...] [nombre del niño agraviado O], y tenía una edad de 1 mes 24 días, y al cual a la exploración se encontró sin pulsos, sin frecuencia cardíaca, sin movimiento, ni ruidos respiratorios, pupilas midiriáticas y sin respuesta a la luz, además de rigidez, palidez de tegumentos y livideces en región dorsal, cianosis y acrocianosis.  
[...].

138. Oficio JUDA/105/2010, de fecha 12 de abril de 2010, suscrito por el Doctor Raymundo Paredes Sierra, entonces Director del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, mediante el cual remitió, entre otra documentación, resumen clínico, en el que consta lo siguiente:

[...]

Producto del 2º embarazo de termino, parto eutócico, peso 3.250 gr., talla 50 cm alimentado con seno materno y leche Novamil AE.

El día 27 de enero de 2010, la madre lo presenta a consulta de urgencias, lo atiende a las 20:58 hrs., la Dra. Verónica Morales, refiere distensión abdominal, 4 evacuaciones semilíquidas blanquecinas y fiebre de 40º C, por lo que previamente fue valorado por médico particular quien prescribió Espaven Pediátrico, amoxicilina con ácido clavulánico y nimesulide. Peso de 4,150 gr., como datos positivos al EF se anotó, hidratado, abdomen distendido, con discreta resistencia muscular, sin visceromegalias y peristalsis presente disminuida, se toma Rx de abdomen que reportó distensión de asas con edema interasas y ausencia de aire en abdomen inferior y ámpula rectal.

Se interna a hospitalización transitoria de urgencias con Dx de Síndrome Doloroso abdominal, Íleo metabólico vs obstrucción intestinal, se indican soluciones parenterales a razón de 22º ml/kg/día, ayuno, ampicilina, amikacina y sonda orogástrica.

Se solicitaron estudios de laboratorio que únicamente reportaron leucocitos altos. Evolucionó satisfactoriamente, se inició y toleró vía oral pero por presentar fiebre y enrojecimiento faríngeo con exudado hialino se hospitaliz[ó] el día 29 de febrero de 2010 en el servicio de lactantes. En este servicio se mantuvo el tratamiento anterior, evolucionando a la mejoría y el 01 de febrero de 2010 se retiraron las soluciones y el 02 de febrero de 2010 se egresó por mejoría con diagnóstico de Íleo secundario a infección, se indicó cita a urgencias de ese hospital, acudir a control en centro de salud y completar el esquema antimicrobiano.

El día 06 de febrero, cuatro días después de su egreso es presentado nuevamente a urgencias, la madre refiere irritabilidad, dos evacuaciones patológicas, tos esporádica y fiebre de 38º C, al EF se apreció buen estado general, bien hidratado, faringe hiperhemica, campos pulmonares limpios, abdomen distendido.

Se solicitó RX de tórax en la que se observó sin infiltrado ni atrapamiento aéreo. Se elaboraron los diagnósticos de faringitis y GEPI por sobrecrecimiento bacteriano se indica formula láctea y enterobacilos y se citó al día siguiente para valoración. En la revisión el 07 de febrero de 2010 se encontró con mejoría del cuadro enteral, sin embargo había presentado fiebre hasta 38.5 ºc y tos hemetizante, al EF se apreció dificultad respiratoria leve con disminución de ruidos respiratorios en ambos campos pulmonares, por lo que se decide hospitalización para vigilancia y tratamiento, con diagnóstico de probable bronconeumonía, síndrome de dificultad respiratoria secundario y GEPI no complicada.

Se inician soluciones parenterales y cefotaxima. Se solicitaron química sanguínea y biometría hemática que solo muestran Hb de 10.2 gr., baja para su edad, la RX de tórax mostró infiltrado y atrapamiento de aire.

Evolución favorablemente, sin fiebre con evacuaciones poco frecuentes y sin productos patológicos, toleró la vía oral y en campos pulmonares solo rudeza respiratoria sin estertores alveolares ni bronquiales.

El día 11 de febrero de 2010, se egresó por mejoría con diagnósticos de Bronconeumonía y GEPI remitidas, con indicación de terminar el tratamiento con cefotaxima 250 mg IM c/24 hrs por dos días más y control en su centro de salud.


El día 13 de febrero de 2010 a las 10:00 hrs. lo presentó nuevamente a consulta de urgencias por irritabilidad, al EF se encontró con peso de 4.500 gr., temperatura de 36.5°C y sin ningún dato anormal al examen general, se diagnóstica "Lactante normal", se indica paracetamol 10 gotas c/8 hrs por 3 días, cita abierta a urgencias y control en centro de salud.

[...].

139. Oficio DGDH/DEA/503/1588/05-2010 de fecha 4 de mayo de 2010, signado por el Licenciado Ismael Silva Martínez, Subdirector de Área en la Dirección General de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en el cual se adjuntó una copia certificada de una diligencia testimonial realizada el 17 de febrero de 2010, al interior de la Averiguación Previa FTH/TLH-2/T1/00295/10-02, de la cual se transcriben los siguientes datos:

[...]

Declaración del: TESTIGO [...] [nombre de la madre del niño agraviado O].



Declaro: ser madre soltera y en fecha 23 de diciembre del año 2009 nació su bebé en el interior del Hospital General Milpa Alta y para lo cual no había registrado todavía, no tenía nombre pero iba a llevar los apellidos de la declarante, es decir [...], pero su hijo referido en fecha 30 de diciembre del año 2009 se sintió mal ya que lloraba mucho y lo llevó al centro de salud Tulyehualco en Xochimilco donde fue atendido, no recordando por el momento por cual doctor, mismo que le refirió que su hijo tenía faringitis, enviándole medicina misma que por el momento no puede decir los nombres de las mismas, pero a pesar de la medicina enviada seguía malo su hijo de [apellidos del niño agraviado O], por lo cual en fecha 31 de diciembre del año 2009 lo llevó nuevamente al Hospital General de Milpa Alta para que le hicieran la prueba del Tamiz y le aplicaran la vacuna, pero su hijo seguía sintiéndose mal por lo cual la de la voz llevó a su menor hijo a diversos médicos particulares, indicándole los médicos que lo que tenía su hijo era infección en su garganta, en fecha 27 de enero del año 2010, llevó a su hijo referido a un médico de una farmacia de similares ubicada en Tulyehualco, tenía muy inflamada su pancita y tenía temperatura, le dijeron que tenía que darle un baño de agua tibia y aplicar un cuarto de supositorio de Nimesulina, lo cual hizo, una hora después aproximadamente llevaron a su hijo a el Hospital Infantil en Xochimilco donde fue atendido por médicos quienes le indicaron que su hijo tenía muy inflamado su estómago y tenía temperatura, y que debían tomarle una placa porque si era necesario debían operarlo, una vez que le hicieron los estudios le refirieron que su hijo tenía una fuerte infección en el estómago, pero luego le dijeron que era una bacteria y que la tenía alojada en sus heces fecales, aclarando la de la voz que su hijo estuvo internado en dicho Hospital en Xochimilco hasta el día 2 de febrero del año 2010, cuando fue dado de alta, pero su hijo tenía tos con flemas pero se lo llevó a su domicilio.

En fecha 4 de febrero del año 2010 como su hijo seguía malito lo llevó al DIF de Tulyehualco donde una doctora le envió penicilina ya que tenía muy irritada la garganta y se la amplió tres días más, pero su hijo seguía malo, por lo que lo llevaron el día 6 de febrero del año 2010 a el Hospital de Xochimilco referido, ya que tenía mucha temperatura y diarrea, lugar donde lo estabilizaron y el doctor Domínguez le dijo que tenía que comprarle leche.

El día 7 de febrero se volvió a poner malo por lo cual lo internaron nuevamente en el referido Hospital hasta el día 11 de febrero cuando le dijeron que su hijo tenía bronconeumonía y le pusieron oxígeno. El día 13 de febrero llevó a su hijo al Hospital de Xochimilco donde le refirieron los médicos que su hijo sólo tenía un cólico y le enviaron paracetamol y le dieron el carnet para que acudiera el 19 de febrero al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco.

El día 17 de febrero del año 2010 siendo aproximadamente las 8:10 la de la voz iba a darle de comer a su hijo el cual no lloraba ni se movía, y lo toca, percatándose que su bebé estaba frío y no se movía por lo cual la de la voz y su mamá trasladaron a su menor hijo al Hospital Materno Infantil en Tláhuac ya que les quedaba más cerca y al llegar fueron atendidas de manera inmediata por personal del mismo, pero los cuales le dijeron que su hijo ya había llegado muerto, por lo cual realizaron la notificación correspondiente al Ministerio Público para que se realizara la investigación correspondiente.

[...]

140. Opinión médica de fecha 27 de junio de 2014, suscrita por un Médico adscrito a la Tercera Visitaduría General de esta Comisión, en la cual analizó y concluyó lo siguiente:

[...]

I. Introducción.

[...]

II. Planteamiento del problema.

1. Determinar si la atención médica recibida por el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fue adecuada y oportuna.

III. Metodología.

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó copias certificadas del expediente médico del menor [...] [nombre del niño agraviado O], generadas en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios que atendieron al menor durante su estancia intrahospitalaria. Se consultó la diversa información de interés médico para realizar la opinión médica. Se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

IV. Resultados obtenidos.

[...]

#### V. Análisis con base a referencias bibliográficas y notas del expediente clínico.

Se trata de paciente masculino de 1 mes de edad que acude a valoración inicial por presentar constipación intestinal, motivo por lo cual acuden a valoración al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco (en adelante HMPX) en diferentes fechas. Durante cada una de las ocasiones que es hospitalizado aparentemente la evolución es favorable y se egresa en condiciones adecuadas. Posterior a la última valoración médica por parte del HMPX que ocurrió el día 13 de febrero de 2013, el paciente fallece el día 17 de febrero de 2010. Derivado de lo anterior, se procede a realizar el siguiente análisis:

El primer ingreso del paciente al HMPX fue el día 27 de enero de 2010. El paciente es llevado a valoración por presentar distensión abdominal, por lo que previamente había sido medicado. Se le toma una radiografía de abdomen la cual reporta: distensión de asas con edema interasas y ausencia de aire en abdomen inferior y ámpula rectal. Por lo anterior se le brinda tratamiento pensando en los siguientes diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal, íleo metabólico vs obstrucción intestinal.

Durante su estancia el paciente presentó polipnea así como leucocitosis. Se refiere que se solicitará otra radiografía del abdomen, sin embargo, por la evolución favorable ya no se realiza. Se deja en ayuno con soluciones calculadas y se le administra doble esquema de antibióticos: Ampicilina y Amikacina, estudios de laboratorio y sonda oro gástrica, lo cual se encuentra indicado en casos de sospecha de síndrome de obstrucción intestinal.

De acuerdo a las notas médicas, la evolución del paciente fue adecuada, ya que toleró la vía oral y present[ó] evacuaciones sin la necesidad de alguna maniobra que condicionara dicha evacuación. Por lo que se decide el egreso el día 29 de enero de 2010.

Sin embargo ese día [29 de enero de 2010], el paciente presentó fiebre, la cual era aparentemente causada por un cuadro de infección de vías respiratorias altas. Se le otorga tratamiento y aparentemente es egresado sin complicación alguna. En este punto es de importancia resaltar que en el expediente clínico certificado del internamiento en el HMPX, no se encuentran las notas médicas realizadas los días 30, 31 de enero y 01 y 02 de febrero de 2010. **Lo cual no es acorde a lo señalado en el numeral 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.**

Lo anterior no permite conocer cuál fue la evolución clínica del paciente, el tratamiento instaurado, ni la respuesta a dicho tratamiento, esto es, no es posible conocer la cronología del proceso salud-enfermedad del paciente. Por lo anterior, es que no se encuentra la actualización del cuadro clínico, en los días anteriormente mencionados, del paciente en el expediente. Solo se puede conocer las condiciones del egreso por la nota de alta, en la cual se menciona que se egresa al paciente por mejoría para completar tratamiento de manera ambulatoria. Se egresa con ampicilina y con diagnóstico de alta: íleo secundario probablemente infeccioso.

En los registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería se observa que el paciente presentó evacuaciones por sí solo, los días 30, 31 y 01 de febrero de 2010. Se observó tolerancia a la vía oral y signos vitales aparentemente normales, por lo que se puede considerar que existió una evolución favorable del paciente. Sin embargo, como

ya se mencionó anteriormente, no existe constancia en el expediente clínico que nos permita conocer la evolución médica del paciente en los días anteriormente mencionados.

En el expediente clínico certificado, con folio 00017 se observa que se traspapeló la nota de enfermería de otro paciente, cabe mencionar que dicha nota de enfermería abarca 3 días de evolución. Lo anterior pudo influir en la calidad de la atención brindada a otro paciente ya que se extravió 3 días de evolución de enfermería. Lo que da como resultado que se documente un mal manejo del expediente clínico.

El paciente acude de nueva cuenta a valoración el día 06 de febrero de 2010 al HMPX, a la 01:30 horas. En la nota Médica Inicial de Urgencias se reporta que el paciente a su ingreso presenta fiebre de 38.5°C, abdomen distendido, y tos esporádica. En campos pulmonares no se detecta alteración en la ventilación a la auscultación y en la radiografía de tórax, aparentemente no se observan cambios patológicos que fueran sugestivos de algún proceso infeccioso a nivel de vías respiratorias bajas.

Se realizan los diagnósticos de faringitis y gastroenteritis probablemente infecciosa por sobrecrecimiento bacteriano, y dentro del plan de tratamiento, se maneja control de fiebre con baño, Enterogermina y leche Novamil AD y se envía a valoración por la mañana. Se encuentra una nota a las 06:00 horas en donde sólo se reporta que es paciente afebril, con peristalsis aumentada y que se ingresa para revaloración a las 11 de la mañana.

A las 11:30 de la mañana del día 07 de febrero de 2010, se valora de nueva cuenta [al] paciente y se documenta dificultad respiratoria leve, con ruidos respiratorios disminuidos en ambos hemitórax, además de presentar tos emetizante, se ingresa a hospitalización, con tratamiento antibiótico consistente en penicilina sódica y oxígeno a 3 litros por minuto en casco cefálico, así como otras acciones médicas las cuales son correctas.

A las 18:00 horas del día 07 de febrero de 2010, se agrega el antibiótico trimetoprim—sulfametoxazol (TMP SMX), sin hacer mención en dicha nota por qué se tomaba dicha decisión, ni se actualiza el cuadro clínico del paciente. Con lo cual no se realiza la discusión médica para racionalizar el uso del TMP SMX, en el presente caso.

En el estudio de laboratorio denominado moco fecal, se documenta que el paciente presenta 91% de células polimorfonucleares. Lo anterior, de acuerdo a la literatura médica consultada, implica una infección a nivel intestinal de origen bacteriano y una reacción inflamatoria de dicho intestino, ante lo cual el uso de antibióticos fue el correcto. El día 06 de febrero de 2010 se menciona que el paciente cursa clínicamente con bronconeumonía y síndrome diarreico. El día 08 de febrero de 2010 inicia con doble esquema antibiótico: Cefotaxima y amikacina, aparentemente no presenta complicaciones y la evolución es favorable. El día 09 de febrero de 2010 se refiere que la evolución es clínicamente adecuada. El tratamiento brindado está de acorde a las patologías diagnosticadas.

El 10 de febrero de 2010 se reporta clínicamente estable, no se observa nota del día 11 de febrero de 2010, día en que el paciente fue egresado. El día 13 de febrero acude de nueva cuenta y en la nota de valoración de Urgencias, sólo se menciona que acude por irritabilidad, no refiere signos vitales, ni se describe la exploración física, sólo se coloca



que es negativa. **Lo anterior no cumple con lo estipulado en los numerales 7.1.2 y 7.1.4, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.**

Ahora bien, el día 17 de febrero de 2010, a las 08:35 horas acude al Hospital Materno Infantil Tláhuac en donde llega con palidez de tegumentos, livideces y sin signos vitales. Se procede a realizar somatometría para elaborar acta médica y dar aviso al Ministerio Público.

De la entrevista de la [...] [nombre de la abuela materna del niño agraviado O] y de [...] [nombre de la mamá del niño agraviado O] se menciona que posterior al alta médica del día 11 de febrero, el paciente no presentaba sintomatología aparente, sin embargo al segundo día el paciente comenzaba a presentar de nueva cuenta problemas para evacuar. Fue por esa razón que acuden el día 13 de febrero, sin embargo, ellas mencionan que no revisan al niño [apellidos del niño agraviado O]. Posterior a eso, los familiares refieren que la evolución fue similar hasta el día 16 de febrero de 2010.

Ese día, el paciente se encontraba, de acuerdo a versión de sus familiares, con una evolución favorable, bebió sus onzas de leche y se encontraba contento, en la madrugada del 17 de febrero de 2010, a las 03:00 horas aproximadamente la madre del bebé: le dio de comer y no notó nada extraño en su bebé. A las 06:00 horas, [...] [nombre de la abuela del niño agraviado O], acude a revisar al niño [apellidos del niño agraviado O] y refiere que se encontraba aún caliente.

Que acude a las 08:00 horas, cuando se da cuenta que el menor [apellidos del niño agraviado O] se encontraba frío y pálido, por lo cual le informa de dicha situación a su hija, quien lo corrobora y sale apresuradamente al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, en donde se certifica que el menor [apellidos del niño agraviado O] llegó sin signos vitales.

## VI. CONCLUSIONES

1. El Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco no se apegó a lo estipulado en los numerales 7.1.2, 7.1.4 y 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, lo que impide conocer la evolución clínica del paciente en algunos de los días en los que el paciente recibió atención médica. Lo anterior, sumado a que en el expediente clínico certificado del niño [...] [apellidos del niño agraviado O], se encontró una hoja de enfermería [de] otro paciente, lo cual sustenta un mal manejo del expediente clínico del Hospital tratante.  
[...]

## V. Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/10/D0116

141. Oficio número SSGDF/HPM/D/010/10 de fecha 13 de enero de 2010, suscrito por el Doctor Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...]  
[E]n respuesta al oficio No. MPQ-Q-59-10 con fecha 11 de enero de 2010, donde solicita medidas precautorias referentes a la atención médica otorgada a la [...] [nombre de la





niña agraviada P], quien se encuentra hospitalizada en el servicio de terapia intensiva pediátrica [...], comunico lo siguiente:

1.- Se reforzó con el encargado del servicio Dr. Javier López Castellanos y Asistente de la Dirección, Dr. Enrique Granja Posada, para que se continúe brindando la atención médica de forma adecuada a la paciente, misma que nunca se ha interrumpido, independientemente del diagnóstico. Haciendo extensiva dicha información al resto del personal del servicio de terapia intensiva.

2.- Se llevó a cabo reunión el día 12 de enero del año en curso con los padres de [...] [nombre de la niña agraviada P], [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P y [...] [nombre del padre de la niña agraviada P], estando presentes el Dr. Fernando González Romero, Director del Hospital, Dr. Javier López Castellanos, Médico tratante, Dr. Claudia Gomora Vite, J.U.D Médica y la trabajadora social, Lic. Norma Márquez Villaseñor, para aclarar dudas en cuanto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento establecido y a seguir con la paciente. Informándoles a los padres nuevamente que a la paciente se le realizó ya [sic] las pruebas clínicas en las cuales ni se encuentran reflejos de tallo cerebral, además de haberse realizado Gamagrama de perfusión cerebral en el Instituto Nacional de Pediatría con reporte: Sin perfusión cerebral, solo haciendo falta electroencefalograma el cual se encuentra programado para el día 13 de enero del año en curso, sin embargo refiere el padre no autoriza la realización de dicho estudio, pese a que el Dr. Javier López Castellanos explica la necesidad de dicho estudio para completar el protocolo de muerte cerebral.

3.- En la plática sostenida con los familiares se les explica la implicación del diagnóstico de muerte cerebral y el pronóstico, informándoles que solo se le otorgan medidas de sostén a este tipo de pacientes.

4.- [...] sobre la donación de órganos se les informa a los padres que dicho procedimiento sólo puede llevarse a cabo si se cuenta con la autorización de los familiares responsables del paciente. En este caso los familiares refieren no autorizar dicho procedimiento. [...]

142. Acta circunstanciada de fecha 14 de enero de 2010, suscrita por una Médica de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...]

El día de la fecha a las 10:25 horas me constituí en la Dirección del Hospital Pediátrico *Moctezuma*; a fin de que se me permitiera revisar [a la niña agraviada P] y ver el expediente clínico de la atención médica que se le ha brindado durante su estancia en ese Hospital [...].

Fui atendida por la subdirectora médica, la doctora Claudia Gamora Vite, la cual me condujo a la Unidad de Cuidados Intensivos y me presentó con el Jefe de dicha área; el cual procedió a promocionarme el expediente clínico de la [...] [nombre de la niña agraviada P], en donde como datos de relevancia se encuentran documentados:

La [...] [nombre de la niña agraviada P] de 11 años ingresó al Hospital el día 29 de diciembre de 2009 a las 17:00 horas, con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y probable apendicitis. En la nota posquirúrgica de las 23:55 horas del día 29 de diciembre ponen el diagnóstico postoperatorio de apendicitis abscesada más

peritonitis localizada; en complicaciones anotan: *Depresión respiratoria transitoria que amerita intubación endotraqueal por servicio de anestesia y RCP secundario; revierte con maniobras al minuto* [sic].

La nota transanestésica y postanestésica, con fecha 30 de diciembre de 2009 a las 3:40 horas, realizada a mano, en lo referente propiamente al evento transanest[é]sico menciona: *presenta depresión respiratoria que no responde a ventilación con mascarilla, por lo que se orointuba sin incidentes, se mantiene con TAM 63-93, FC 120-140 (...) medicación complementaria metilprednisolona 500 mg IV.*

*Se da por terminado procedimiento sin incidentes, se aspira secreciones gentilmente, no se extuba paciente por no responder a órdenes verbales, sin embargo se encuentra con pupilas reactivas, con reflejos de tallo presentes, se mantiene con ventilación mecánica por lapso de 3 horas sin poder recuperar ventilación mecánica eficiente, por lo que se decide interconsulta a servicio de Terapia Intensiva* [sic].

En la Hoja de Registro de Anestesia y Recuperación, no está indicado ni especificado que la paciente presentó paro cardiorrespiratorio o depresión respiratoria; así como tampoco la administración de ningún medicamento para la reanimación. En la hoja de Notas de Enfermería del Servicio de Toco cirugía y Quirófano del día 29 de diciembre, en donde está la anotación textual: *presenta depresión respiratoria por lo que se procedió a intubar; paro cardiorrespiratorio, maniobras por 1 minuto (antes de cierre de pared).*

En la nota de Ingreso al servicio de Terapia Intensiva, el día 30 de diciembre a las 5:00 horas, está señalado *presentando durante la intervención paro cardiorrespiratorio*; y siendo sus diagnósticos de ingreso a ese servicio: *femenino 11 años con obesidad exógena; LAPE; PO apendicectomía; peritonitis localizada; pb choque medular; posparocardiorrespiratorio; crisis convulsivas secundarias pb a hipoxia; pb edema cerebral.*

El resto de notas desde el día 30 de diciembre de 2009 hasta el día de la fecha, son del servicio de Terapia Intensiva y de interconsulta [sic] al servicio de Neurocirugía del Hospital Pediátrico *Legaria*; en el cual se fue anotando su evolución, los estudios realizados, hasta el diagnóstico que presenta de muerte cerebral.

De lo anterior se encuentra documentado en las notas médicas realizadas propiamente por el evento quirúrgico y posterior a [é]ste, en las notas por parte del servicio de Cirugía y de Enfermería se encuentra anotado que [...] [nombre de la niña agraviada P] presentó depresión respiratoria y paro cardiorrespiratorio; pero por parte del servicio de Anestesia, sólo se hace la anotación en la nota transanestésica y postanestésica de que presentó depresión respiratoria, sin hacer ninguna mención del paro cardiorrespiratorio y si se utilizó medicamento para revertir el mismo; pero propiamente en la Hoja de Registro de Anestesia, no hay constancia de que presentó el paro cardiorrespiratorio.

Posteriormente a revisar el expediente, pase al área de Terapia Intensiva en donde se encuentra [...] [nombre de la niña agraviada P], observando que se encontraba sedada, con ventilador mecánico, colocación de soluciones intravenosas; informando médico residente que la menor [...] [nombre de la niña agraviada P] se encontraba con un funcionamiento adecuado de sus órganos, se le estaba administrando nutrición por sonda, pero sus funciones neurológicas eran las que se encontraban deterioradas [...]

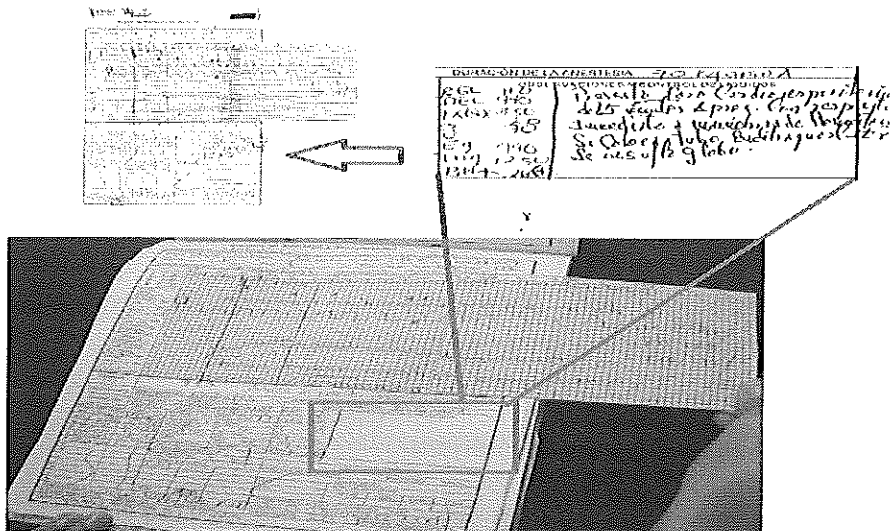
143. Acta circunstanciada de fecha 15 de enero de 2010, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hace constar lo siguiente:

[...]

Con fecha 15 de enero de 2010, aproximadamente a las 13:00 horas, [personal adscrito a este Organismo], nos constituimos en las oficinas del doctor Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, a efecto de consultar y tomar fotografías del expediente clínico de [...] [nombre de la niña agraviada P]. En la misma fecha esta Comisión solicitó al Director del citado Hospital remitiera copia certificada del expediente clínico de la [...] [nombre de la niña agraviada P].

Cabe señalar que el día anterior, [personal médico de la CDHDF] se constituyó en el citado nosocomio a efecto de revisar a la paciente y consultar el expediente clínico de la misma.

Posteriormente, [el personal de esta Comisión] al revisar la copia certificada del expediente clínico de [...] [nombre de la niña agraviada P], se percató que la foja 000107 correspondiente al Registro de Anestesia y Recuperación se encontraba alterada ya que en el cuadro de la Duración de la Anestesia, en observaciones y Control de líquidos no se había señalado lo siguiente "Presentó Paro Cardiorespiratorio de 1.5 minutos Aprox. [...]". La situación anterior se corrobora con la imagen fotográfica IMG\_1252.JPG (Fotografías captadas el 15 de enero de 2010) [...].



144. Oficio número SSGDF/HPM/D/035/10 de fecha 22 de enero de 2010, suscrito por el Doctor Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el cual informó a esta Comisión lo siguiente:

[...] [C]on la finalidad de dar respuesta [...]

[...] informo lo siguiente:

1.- [...], anexo al presente los informes detallados de los médicos que atendieron a [...] [nombre de la niña agraviada P] desde su ingreso hasta el fallecimiento, que se describen:

- Dr. Carlos Rivera García.- Médico Adscrito al Servicio de Urgencias.
- Dr. Salomón T. Domínguez Pérez.- Médico Adscrito al Servicio de Cirugía.
- Dr. Adrián Genaro Cruz García.- Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología.
- Dr. Javier López Castellanos.- Médico Adscrito al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica.

En dichos informes se detalla lo requerido en el oficio en cuestión [...] [...]

En relación a los siguientes incisos:

e) El motivo y fundamento legal por el cual se le informó a la [madre de la niña agraviada P] y a su esposo que personal médico de este hospital estaba facultado para desconectar a su hija de los aparatos médicos.

En este punto es importante hacer mención que aparte de lo detallado del Informe del Dr. Javier López Castellanos, encargado del servicio de terapia intensiva pediátrica, se llevó a cabo junta informativa el pasado 12 de enero del año en curso con los padres de [...] [nombre de la niña agraviada P]. En dicha reunión se les informó a los padres que en ningún momento durante esta estancia en este Hospital, se consideró el no realizar todas las acciones médicas para preservar la vida y la salud de [...] [nombre de la niña agraviada P], mucho menos se consideró retirar el apoyo médico vital mecánico respiratorio para la paciente [...] [nombre de la niña agraviada P].

2.- Con relación a su solicitud de copia certificada del expediente de [...] [nombre de la niña agraviada P], me permito enviar a Usted, copia simple del expediente clínico 21 86 40, el cual consta de 136 fojas, donde constan las acciones médicas realizadas [...].

145. Acta circunstanciada de fecha 03 de febrero de 2010, suscrita por la peticionaria y una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

En relación a los hechos de queja manifestaron lo siguiente:

Su hija [...] [nombre de la niña agraviada P] era una niña sana que ingresó al Hospital Pediátrico Moctezuma por su propio pie. Antes de la operación, aproximadamente a las 21:00 horas, una doctora le pidió a la madre de [...] [nombre de la niña agraviada P] que aportara una bolsa de hielo porque lo necesitaban para bajarle la temperatura a su hija, quien entró a cirugía aproximadamente a las 10:10 horas. Después de la operación, el médico cirujano le dijo a la peticionaria que la cirugía había estado muy complicada porque su hija estaba muy "obesa" y que su apéndice estaba muy mal. La segunda vez, el cirujano le informó a la peticionaria que su hija no despertaba. Posteriormente, el encargado de Terapia intensiva les [dijo al papá y a la mamá de la niña agraviada P] comunicó que la situación era grave, que había tenido un paro, que había sido bloqueada, que la habían entubado y que le habían tirado un diente, entregándoles el mismo. Aproximadamente media hora después, una doctora y el encargado de terapia

intensiva llamaron al [peticionario] y le solicitaron que firmara un informe médico, no permitiendo que lo leyera, supuestamente porque no le iba a entender y el médico no podía esperar a que lo leyera. Al día siguiente (30 diciembre) les informaron que no había neurólogo para que valorara a su hija porque eran días festivos y que tenían que esperar hasta el día lunes o martes (4 o 5 de enero de 2010) para que ese especialista valorara a su hija.

El día martes o miércoles se presentó el doctor Javier López, quien les explicó la gravedad de la situación y les dijo que desde ese día, él se iba a hacer cargo de la atención médica de su hija. A partir de ese momento, les pidieron que le realizaran estudios a su hija, acompañándola en la ambulancia a diferentes hospitales, en una ocasión solo la valoraron y en otras dos ocasiones le realizaron estudios. Después de que se realizaron esos estudios, el doctor Javier López los llamó y les dio un informe por escrito solicitándoles que lo firmaran. En ese momento les explicó cómo estaba la situación de su hija y que al contar con todos los estudios autorizados por la Secretaría de Salud, él estaba facultado por la misma Secretaría para desconectar a su hija cuando él lo quisiera, y los invitó a que donaran los órganos de su hija.

Después de la presentación de la queja ante esta Comisión, los médicos del Hospital Pediátrico cambiaron su actitud hacia ellos, en algunos aspectos mejoró. Añadió [...] [nombre del padre de la niña agraviada P] que en tres ocasiones, personal del Hospital le solicitó que autorizara que le realizaran nuevos estudios a su hija, a lo cual se negó por considerar que los médicos pretendían justificarse [...].

146. Opinión médica de fecha 14 de mayo de 2010, suscrita por el Médico anesthesiólogo Ernesto Rosales Valenzuela, con cédula profesional de Médico Cirujano 716633, cédula SSA 90458. Cédula de especialidad AESSA 20457, Certificado ante el Consejo Mexicano de Anestesiología AC No 5175 realizada a solicitud de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual se proporcionaron la siguientes conclusiones:

[...]

#### I. INTRODUCCIÓN.

[...]

#### II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Establecer a través del análisis del expediente clínico e informes complementarios a nombre de [...] [nombre de la niña agraviada P]:

[...] [Estos cuestionamientos, son los mismos a los señalados en el apartado "Respuestas a las preguntas señaladas" de la opinión médica que nos ocupa].

#### III. METODOLOGÍA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

Para esclarecer dicho planteamiento y dar respuesta a las preguntas anteriormente señaladas, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología.

- a. Se me proporcionó copia del expediente clínico del Hospital Pediátrico Moctezuma a nombre de [...] [nombre de la niña agraviada P].
- b. Se procedió a realizar un resumen de dicho expediente.

- c. Se procedió al análisis y valoración médica del caso.
- d. Se emitieron las conclusiones del caso.

#### IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

[...]

#### V. ANÁLISIS DEL CASO.

Se trata de paciente de 11 años, valorada por el Servicio de Cirugía Pediátrica, por Síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis, la cual se confirma por estudios de laboratorio y gabinete. Siendo programada para apendicectomía de urgencia, el día 29 de diciembre de 2009, sin embargo, prácticamente al concluir cirugía, presenta paro cardio respiratorio, con respuesta al minuto y medio de las maniobras avanzadas de reanimación cardio circulatoria, de acuerdo a registro anestésico. Se mantiene por espacio de tres horas en sala de cirugía, con metilprednisolona, dexametasona y bajo ventilación mecánica. Por interconsulta pasa a Unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de postoperada apendicitis simple, edema cerebral secundario a probable hipoxia. Cursando con mala evolución, finalmente fallece con los diagnósticos de apendicectomía, peritonitis generalizada, edema cerebral severo, hemorragia subaracnoidea Fisher II, crisis convulsivas secundarias y muerte cerebral [la defunción de la niña fue el 15 de enero de 2010].

En el presente caso, nos enfocaremos en las complicaciones transanestésicas, durante la cirugía del 29 de diciembre de 2009, tomando en cuenta la escasez de datos en hoja de registro anestésico principalmente y las contradicciones de los reportes de los médicos de Urgencias, Cirugía Pediátrica, Unidad de cuidados intensivos y enfermeras que intervinieron en quirófano y cuidados intensivos.

#### Respuestas a las preguntas señaladas.

**Pregunta 1.-** Si el procedimiento anestésico que se seleccionó fue el idóneo tomando en consideración las condiciones físicas en las que se encontraba la paciente o si había otro que implicara menor riesgo para la vida de la paciente.

**Respuesta:** El bloqueo peridural fue una opción válida para esta paciente, considerando como cirugía de urgencias con estómago ocupado. Tomando en cuenta la experiencia propia en la técnica seleccionada y riesgo de fallas técnicas y efectos adversos. A pesar de que la anestesia y analgesia epidural tienen muchas ventajas no se puede olvidar de los riesgos cuando se indica tal procedimiento.

**Pregunta 2.-** Las causas por las cuáles se produjo la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio, durante el procedimiento anestésico y si ello es atribuible a algún médico que participó en el procedimiento quirúrgico- anestésico.

**Respuesta:** Fueron principalmente producto de reacciones secundarias y adversas de la técnica anestésica y anestésico local. De acuerdo al registro de anestesia y recuperación, la técnica anestésica transcurre sin complicaciones, muestra un monitoreo de signos vitales dentro de parámetros normales (TA, SPO2, FC) prácticamente la cirugía a término en un tiempo muy aceptable de menos de 30 minutos. Y de forma súbita colapso cardio circulatorio y respiratorio, sin causa aparente, y una respuesta favorable en un minuto y medio, a maniobras de lo que



llamaron de reanimación avanzada. Sin embargo por notas de enfermería en quirófano, nos muestra un deterioro gradual de parámetros vitales:

23/00 al inicio de cirugía TA 107/52 FC122 SPO<sub>2</sub> 98% 12 por minuto de frecuencia respiratoria.

23/25 al empezar a cerrar por planos TA 70/30, FC 70 por minuto SPO<sub>2</sub> 60% frecuencia respiratoria de 3 por minuto. Después la ya comentada depresión respiratoria súbita y colapso cardiovascular que no responde a ventilación con O<sub>2</sub> % con mascarilla, la intubación orotraqueal corroborando lo de otras notas de Cirugía Pediátrica y cuidados intensivos, de la pérdida de pieza dental por intubación orotraqueal traumática, y la respuesta a maniobras de reanimación a minuto de inicio.

Pero lo que más llama la atención es la decisión de permanecer con la paciente en la sala de quirófano por espacio de tres horas con ventilación mecánica y con un tratamiento farmacológico a discusión así como lo que menciona el personal médico y enfermería de la Unidad de cuidados intensivos de las manos empuñadas [sic] en sus notas de ingreso.

Con estos datos podríamos dar respuesta a lo que probablemente causó el incidente mencionado:

A.- De acuerdo a la exploración física de la niña, donde solamente se mencionaba peso (78kg) en ninguna nota se encuentra la talla la podemos considerar como obesidad mórbida (índice de masa corporal superior a 35) considerándola potencialmente con estómago lleno, y vía respiratoria difícil. La sedación con narcóticos se debieron titular de manera prudente en esta paciente, dadas las malas condiciones generales al momento de ingreso al quirófano (fiebre cuantificada, deshidratación, dolor abdominal de irritación peritoneal, taquicardia). Se usa oxígeno complementario y observación estrecha para garantizar que la paciente se encuentre despierta y con respuestas apropiadas.

B.- El bloqueo peridural caudal es el más frecuente en niños, para cirugía de abdomen bajo. Bloqueo peridural lumbar y torácico, solo aplicar por un experto.

C.- Dadas las inconsistencias de las notas del anestesiólogo en cuanto al anestésico local utilizado, la concentración, el volumen y el cálculo del mismo, así como el nivel de anestesia alcanzado; se puede deducir que se trató de un bloqueo segmentado alto (por arriba de cuarta vértebra torácica) acompañado de parálisis simpática extensa, con un tono vagal liberado, que provocó un descenso hasta niveles peligrosos de la frecuencia y el gasto cardíaco con la consecuente problemática de la dificultad respiratoria. Aunado a la administración nuevamente de Fentanyl 100 microgramos, minutos antes de la problemática presentada, un narcótico con conocida respuesta depresora respiratoria y que no es mencionado en notas, pero está en la hoja de registro anestésico.

D.- La responsabilidad es del médico adscrito en cuanto a la aplicación de bloqueo y la monitorización del paciente. Los becarios (residentes) en entrenamiento son solamente de asistencia. Por lo tanto cualquier complicación secundaria no resuelta en su momento es atribuible al médico adscrito.

**Pregunta 3.-** Se llevaron a cabo las medidas anestesiológicas indicadas para prever y prevenir la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio en este tipo de casos.

**Respuesta:** No se llevaron a cabo al 100%. Por ejemplo no existe en el expediente una valoración preanestésica como lo marca la Norma Oficial Mexicana Nom-170-SSA1-1998, no podemos conocer la planeación del procedimiento anestésico dadas las condiciones físicas y las repercusiones hemodinámicas de la paciente para solucionar los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico-anestésico. Se monitoreó en forma no invasiva las constantes vitales por pulso oximetría (FC, SPO<sub>2</sub>) sin electrocardioscopio.

No refieren si cuentan con medicamentos adecuados para este tipo de casos dentro de quirófano y si los tenían a la mano, así como laringoscopio con la hoja adecuada, tubos endotraqueales de diferentes tamaños, mascarillas laríngeas. Se menciona debido a la intubación traumática.

**Pregunta 4.-** Si médicamente es factible que un paro cardiorespiratorio de un minuto y medio produzca las secuelas neurológicas que tuvo la paciente.

**Respuesta:** La inconsciencia ocurre en 10-15 segundos si el flujo sanguíneo del encéfalo se interrumpe totalmente. Después de la detención completa del flujo sanguíneo cerebral se produce rápidamente un daño encefálico con muerte del tejido nervioso. Se ha estimado que la función neuronal cesa después de alrededor de un minuto y que los cambios irreversibles comienzan a ocurrir después de unos cuatro minutos, aunque este periodo puede ser más prolongado si el cuerpo del paciente ha sido enfriado, lo cual no paso en este caso dado el tipo de cirugía. Por lo tanto no es factible un daño neurológico tan severo como el que presentó la paciente en el tiempo mencionado.

**Pregunta 5.-** Qué importancia tiene el que se escriba en la nota médica transanestésica la duración de un paro cardiorespiratorio.

**Respuesta:** Puede producirse lesión cerebral irreversible en situaciones de transporte muy bajo (por ejemplo shock o hipoxemia grave) o inexistente (cese de la circulación, es decir parada cardíaca) que se prolonga durante algunos minutos. El límite exacto de tiempo está sometido en el momento actual a nuevas investigaciones. La aplicación inmediata de las técnicas de reanimación a menudo es capaz de revertir la muerte clínica y de evitar por lo tanto la muerte cerebral, la supervivencia en estado vegetativo, así como reducir las secuelas cerebrales y generales en los supervivientes. Por lo tanto en el caso de supervivencia en estos casos, el tiempo es importantísimo ya que la reanimación prolongada tras la reanimación de urgencia, debe estar orientada al cerebro. Esto último entraña la estimación de la gravedad.

**Pregunta 6.-** Si el tratamiento que proporcionó el anesthesiologo, para la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio fueron acordes a lo que establece el saber médico especializado en anestesiología.

**Respuesta:** No se siguieron los pasos en el protocolo de reanimación cardiopulmonar y cerebral. De acuerdo a la nota de registro anestésico, lo único que ocurrió fue una bradicardia severa, la tensión arterial y la saturación de oxígeno arterial no se modificaron, la intubación orotraqueal por la dificultad respiratoria quizás por otros



motivos (de 12 respiraciones por minuto a tres por minuto lo anotado por enfermería quirófano). Como ya se comentó no contaba con registro electrocardiográfico que detectara alguna arritmia o asistolia. Compresiones esternales por parte de cirujano pediátrico por 30 segundos. Aplicación de sulfato de atropina para simpaticólitico clásico, reduce la probabilidad fibrilación ventricular por la hipo perfusión miocárdica que acompaña a la bradicardia extrema. Puede incrementar la frecuencia cardiaca en la bradicardia sinusal (menos de 50 por minuto) o en la hipotensión. Por lo tanto la atropina no tiene lugar durante la parada cardiaca. La dexametasona y la metilprednisolona no tienen ninguna relación. Por lo tanto en el paro cardiaco circulatorio y respiratorio no se siguió con el protocolo de reanimación avanzada, la cual va dirigida principalmente a la restauración de una circulación espontánea adecuada, y que suele requerir la administración intravenosa de fármacos (adrenalina, bicarbonato de sodio, lidocaína, dobutamina, dopamina, efedrina, calcio, digital) líquidos, diagnóstico electrocardiográfico, para la estabilización del sistema cardiopulmonar.

**Pregunta 7.-** Si la paciente debió estar intubada orotraquealmente, o en su defecto, si fue correcto que no lo estuviera y debido a las complicaciones transanestésicas, fue necesario una intubación traumática.

**Respuesta:** Es correcto que no estuviera intubada, la técnica anestésica regional del tipo de bloqueo peridural lumbar para esta paciente y cirugía programada (apendicectom[í]a) no ameritaba intubación orotraqueal. Existen cirugías y pacientes de alto riesgo en las que se puede combinar la anestesia general con la anestesia regional, para minimizar riesgos y controlar el manejo analgésico.

En cuanto a la intubación traumática, denota precipitación, mal manejo de una vía aérea difícil y una probable, aunque remota, resistencia por parte de la paciente.

**Pregunta 8.-** ¿La muerte cerebral que presentó la paciente, fue consecuencia del procedimiento anestésico?

**Respuesta:** Definitivamente sí, dado que se descuidaron o ignoraron las precauciones generales de las complicaciones tóxicas de la técnica anestésica. [Negrillas fuera de texto original]

De la descripción del manejo en general por parte del anesestesiólogo de la complicación transanestésica llama la atención en sala de quirófano intubada y con ventilación mecánica, por tres horas y sin manejo de reanimación prolongada orientada al cerebro, tratando de que se recuperara de lo que al parecer (no hay referencia registrada) fue una absorción masiva o bloqueo alto. La segunda es el dato que a la exploración física notaron al ingreso a la Unidad de cuidados intensivos, las manos empuñadas y presentar crisis convulsivas posteriormente.

**Pregunta 9.-** ¿Cuál es el objetivo de realizar una valoración preanestésica y si en estos casos era relevante realizarla y hacer la nota médica respectiva?

**Respuesta:** El objetivo de la valoración preanestésica del paciente pediátrico es generar confianza y mostrar un ambiente confortable, sin embargo, lo más importante es evaluar el estado emocional y físico del paciente, además de dar tranquilidad a los padres. La valoración de este tipo de pacientes es compleja y debe de llevarse a cabo sin prisas,


revisando detenidamente el expediente y conocer la historia clínica, antecedentes familiares y patológicos y realizar un examen físico dirigido principalmente a los problemas inherentes a la patología quirúrgica y posibles complicaciones anestésicas. El objetivo final de la valoración preanestésica es disminuir la morbilidad y la mortalidad peri operatoria mediante la planeación previa de un manejo anestésico de acuerdo a las necesidades de cada paciente. La nota es relevante, debe ser breve pero incluyendo los datos más importantes (diagnóstico, cirugía programada, antecedentes patológicos o hereditarios, evolución patológica, tratamiento, resultados de laboratorio y gabinete, exploración física, riesgo anestésico, plan e indicadores preoperatorios, entre otros).

**Pregunta 10.-** Sí las notas médicas de la especialidad de anestesiología está[n] acorde a lo que establece[n] las Normas Oficiales Mexicanas aplicables al caso.

**Respuesta:** Definitivamente no, sin tener como excusa la cirugía de urgencia, se tuvo el tiempo para realizar las notas respectivas; preanestésica, transanestésica y postanestésica, así como obtener la autorización en la hoja de consentimiento informado para el acto quirúrgico por parte de los padres.

La información desde un punto de vista ético y profesional de las causas y la evaluación de los eventos, que pueda ser de relevancia para el tratamiento y pronóstico de la paciente, depende únicamente del médico tratante.

#### IV. Conclusiones.



En vista de que existe escasez de datos por parte del Médico Anestesiólogo adscrito tratante en la cirugía de apendicectom[í]a de la paciente [...] [nombre de la niña agraviada P] sobre las causas que produjeron el paro cardíaco respiratorio e hipoxia con repercusión neurológica grave. Se puede concluir sobre la probable sobredosificación por descuido de las relaciones normales entre las necesidades de la dosificación y la edad que condujo a una difusión segmentaria excesiva, que simula una punción subaracnoidea involuntaria (bloqueo segmentario alto). El incremento innecesario de las dosis únicamente aumenta la posibilidad de que se produzca una toxicidad sistemática, ocasionada por el nivel alto de la forma libre del anestésico local en el plasma del paciente. La cardiotoxicidad y neurotoxicidad de la Lidocaína está directamente relacionada con los niveles plasmáticos. La toxicidad de la lidocaína se manifiesta principalmente por signos neurológicos, los trastornos de ritmo son posteriores. En pediatría la cronología de la toxicidad del sistema nervioso central (somnolencia, cefalea, sabor metálico, vértigo sensación de ebriedad, parestesias periorales o linguales, dificultad en la acomodación, nistagmus, diplopía, acufenos, convulsiones) puede estar enmascarada por la frecuente asociación de bloqueo alto y sedación, alarmando cuando ya se ha producido la convulsión generalizada.

Signos indirectos de convulsión pueden ser rigidez muscular, hipoxemia inexplicable, trastornos del ritmo y fasciculaciones periorales pequeñas hasta llegar al colapso cardiovascular. Esto contestaría la hipoxia gradual con disminución de perfusión sistemática y cerebral, paro respiratorio con intubación traumática y colapso cardiovascular. Disminuyendo aún más el flujo sanguíneo cerebral, que agravó las posibilidades de mantener la viabilidad cerebral, aunada a las tres horas en sala quirúrgica sin tratamiento adecuad[o] avanzado para protección cerebral. La presencia de manos “empuñadas” al ingreso a la Unidad de cuidados intensivos, quizá se debió a este signo indirecto de convulsión, de la rigidez muscular.

No hay que olvidar que se administr[ó] Fentanyl 100 microgramos (narcótico conocido con efecto depresor respiratorio) minutos antes de presentar todos los eventos mencionados, lo cual también probablemente contribuyó al deterioro ventilatorio de la paciente.

1.- La institución incurre en omisiones importantes al no contar con la sala perioperatoria dentro del área quirúrgica, donde se pueda valorar con anterioridad a los pacientes, sobre todo a los llamados de "urgencia".

La ausencia de notas de resumen por parte de anestesiología esclareciendo las posibles causas del problema (falta a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, NOM 168) atribuible al servicio de anestesiología.

2.- El cirujano pediatra incurre en omisión, puesto que dentro de sus indicaciones, tendría que solicitar la valoración de anestesiología previa a la cirugía.

3.- El médico anestesiólogo incurre en omisión, por no seguir los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana para práctica de la anestesiología en cuanto a la elaboración de notas preanestésica, transanestésica y postanestésica así como el cuidado de la paciente durante todo el procedimiento anestésico/quirúrgico y de recuperación, con todo el material y medicamentos disponible de acuerdo a la planeación de la técnica anestésica y sus posibles complicaciones, y la falta de información a los padres a través de la carta de consentimiento informado del procedimiento anestésico.

4.- De la responsabilidad del anestesiólogo, por los actos practicados sin supervisión estricta por los becarios de la especialidad en cuanto al manejo, tratamiento y cuidado de los pacientes.

[...]

147. Acta circunstanciada de fecha 02 de junio de 2010, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual se hace constar las respuestas que proporciona una médico adscrita a la Comisión de Derechos humanos del Distrito Federal, en la cual consta lo siguiente:

[...] Paciente de 11 años de edad, valorada por el Servicio de Cirugía Pediátrica por presentar síndrome doloroso abdominal por probable apendicitis la cual se confirma por estudios de laboratorio y gabinete.

Respuestas a las preguntas señaladas:

Pregunta 1.- Sí el procedimiento anestésico que se seleccionó fue el idóneo tomando en consideración las condiciones físicas en las que se encontraba la paciente o si había otro que implicara menor riesgo para la vida de la paciente.

La técnica anestésica fue la adecuada, sin embargo, todo procedimiento anestésico aun siendo bien seleccionado implica un riesgo para el paciente.

Pregunta 2.- Las causas por las cu[á]les se produjo la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio, durante el procedimiento anestésico y sí ello es atribuible a algún médico que participó en el procedimiento quirúrgico y anestésico.


Las causas que produjeron la depresión fueron tanto las reacciones secundarias y adversas de la técnica anestésica y del anestésico utilizado.

Lo anterior est[á] basado en lo siguiente:

Se trataba de una paciente con obesidad, es importante mencionar que sólo en una ocasión se hace mención del peso de la paciente, las dosis de sedantes deben ser bien calculadas en especial en pacientes con obesidad y considerando además que la paciente presentaba fiebre, deshidratación, dolor abdominal y taquicardia.

La [t]écnica elegida: Bloqueo peridural, adecuada para el caso.

Existen inconsistencias en las notas del anesthesiólogo en cuanto al anestésico que utilizó y la dosis administrada. Existe además la duda del nivel al cual se alcanzó la anestesia, es decir, el espacio peridural recorre toda la columna, la intención de realizar un bloqueo bajo (a nivel de las vértebras L2-L3) es solo anestesiar músculos y órganos que se encuentran inervados por los nervios de ese nivel y niveles inferiores, sin embargo cuando no se es cuidadoso con la dosis o bien con factores externos como la obesidad, se corre el riesgo que el anestésico llegue a niveles más altos (bloqueo segmentario alto). Para nuestro caso, se cree que el nivel que se alcanzó fue por arriba de T4, lo cual produjo un nivel de parálisis parasimpático extenso con un tono vagal liberado que produjo descenso de la frecuencia cardiaca y dificultad respiratoria. Si a esto se añade la previa administración de Fentanyl (medicamento sedante), se potenció el efecto depresor y por lo tanto el paro cardiorespiratorio. En las notas de anestesiología no se menciona la administración de éste medicamento, sin embargo, si se encuentra en el registro de anestesiología.



La responsabilidad es del médico adscrito en cuanto a la aplicación del bloqueo y la monitorización del paciente. Los becarios (residentes) en entrenamiento son solamente de asistencia. Por lo tanto cualquier complicación secundaria no resuelta en su momento, es atribuible al médico adscrito.

Pregunta 3.- Se llevaron a cabo las medidas anestesiológicas indicadas para prever y prevenir la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio en este tipo de casos.

No al 100%. En primer lugar no existe una valoración preanestésica como lo marca la Norma Oficial Mexicana Nom-170-SSA1-1998; quedan muchas dudas respecto al manejo que se dio a la paciente debido a que no especificaron en el expediente si los medicamentos adecuados para este tipo de casos se encontraban en quirófano y a la mano, no precisan qué tipo de hoja utilizaron en la laringoscopia, los tubos endotraqueales ni el tipo de mascarillas, sólo se hace mención a intubación traumática.

Pregunta 4.- Si médicamente es factible que un paro cardiorespiratorio de un minuto y medio produzca las secuelas neurológicas que tuvo la paciente.

No es factible un daño neurológico tan severo como el que presentó la paciente en el tiempo mencionado.

Pregunta 5.- Qué importancia tiene el que se escriba en la nota médica transanestésica la duración de un paro cardiorespiratorio.



Hasta el momento no se ha podido establecer cuál es el límite exacto de tiempo para poder determinar cuándo se producirá una lesión cerebral reversible y cuando una irreversible. Sin embargo se ha observado que la reanimación inmediata puede revertir la muerte clínica y evitar la muerte cerebral. Indicar la duración del paro cardiorespiratorio nos permite estimar la gravedad del daño.

Pregunta 6.- Sí el tratamiento que proporcionó el anesestesiólogo, para la depresión respiratoria y paro cardiocirculatorio fueron acordes a lo que establece el saber médico especializado en anesestesiología.

No en primer lugar no se siguió el Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar cuya finalidad es restaurar la circulación espontánea con el uso de uno o varios de los siguientes medicamentos: adrenalina, bicarbonato de sodio, lidocaina, dobutamina, dopamina, efedrin, calcio, digital, líquidos y un adecuado registro electrocardiográfico. En nuestro caso se observó lo siguiente:

Se detectó un descenso de la frecuencia cardiaca, sin embargo se desconoce si aunado a esto se presentó alguna arritmia (p. ej. Asisolia) ya que la paciente no tenía registro electrocardiográfico.

Debido a los efectos de la atropina (medicamento que aumenta la frecuencia cardiaca en la bradicardia sinusal e hipotensión), se considera que este medicamento no está indicado en la parada cardiaca.

No había indicación para la administración de prednisolona y la dexametasona por no guardar relación con la urgencia presentada.

Se le dieron compresiones torácicas a la paciente durante 30 segundos.

Pregunta 7.- Si la paciente debió estar intubada orotraquealmente, o en su defecto, si fue correcto que no lo estuviera y debido a las complicaciones transanestésicas, fue necesaria una intubación traumática.

Para el tipo de procedimiento anestésico y quirúrgico realizado, no está justificada la intubación orotraqueal.

Pregunta 8.- ¿La muerte cerebral que presentó la paciente, fue consecuencia del procedimiento anestésico?

Sí. Llama además la atención que el anesestesiólogo permanece en el quirófano con la paciente tres horas, asistida sólo con ventilación mecánica sin dar reanimación orientada al cerebro. Otro dato que apoya lo anterior es el signo de manos empuñadas referido en la nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

[...]

148. Valoración de impactos psicosociales de fecha 30 de julio de 2014, suscrita por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial, de la Secretaría de Vinculación Estratégica de esta Comisión, en la cual concluyeron lo siguiente:

[...]

**b) Descripción de los hechos**

En Diciembre del año 2009, mi hija [...] [nombre de la niña agraviada P] presentó un dolor en su abdomen por lo cual la llevé a realizarle unos estudios, un Doctor me explicó que era el apéndice y el costo de la operación: por motivos económicos acudí al Centro de Salud, donde le dieron un pase para el Hospital Pediátrico Moctezuma con fecha 29 de diciembre del 2009, cuando ingresó sólo la pesaron y me dijeron que se quedaría internada, siendo aproximadamente las 4:30 de la tarde, posteriormente me tomaron datos y salí con su ropa, me pidieron no retirarme hasta recibir informes.

Más tarde me solicitaron llevar una bolsa de hielo porque mi hija presentaba Diagnóstico de alta temperatura, a las veinte horas pude ver a mi hija, quien estaba completamente mojada, pude observar que la tenían sin ropa y con hielo, una hora después me confirman que mi hija iba a ser operada y me presentan al cirujano, me dan un papel para firmar la autorización de la operación, en ese momento ya no pude platicar con ella, me dijeron que a las 10:30 terminaría la operación, esperé hasta que me llamaran y el cirujano me dijo de una forma muy grosera "su hija está muy obesa e hizo que la operación fuera complicada", me quedé callada y no me explicaron qué había pasado.

Una hora después me llaman y me dicen que a mi hija le había dado un paro respiratorio, y que debíamos esperar a que despertara, en ese momento yo estaba sola con mis papás, porque mi esposo había salido, me comuniqué con él para decirle que a mi hija la reportaban grave, después me dijeron que no despertaba por lo que había que esperar unos minutos más a que reaccionara. Posteriormente habla el encargado de terapia intensiva, ya que el cirujano le había dicho que mi hija sufrió un paro respiratorio, en un minuto que quedó sin respiración, pero me dijo que si hubiera sido un minuto no le hubiera pasado eso a la niña, consideraba que había sido más tiempo entonces yo no sabía por qué; después me dijeron que la niña seguía dormida, al día siguiente entro y le hablaba a mi hija, ella empezaba a mover las piernas, las enfermeras me decían "no se ponga así señora porque si se va a poner a llorar sálgase, me está inquietando a la niña y se empieza a alterar", la verdad si me puse a llorar al ver la situación de mi hija. Al pedir informes, me dicen que estaba sedada, que no la podían despertar, al tercer día yo le hablaba a mi hija y ella sólo con la vista hacia arriba, pero no me respondía porque estaba entubada.

A los 5 días mi hija cerró por completo sus ojos y ya me dijeron que mi hija tenía derrame cerebral, pasaron otros 8 días y me explicaron que mi hija era diabética, yo decía ¿por qué?, mi hija nunca tuvo ningún síntoma de ser diabética, no creo que haya pesado más de 70 kilos, el cirujano y el anesthesiólogo me pusieron en un papel que mi hija pesaba 78 kilos, pero es mentira porque mi hija entró bien, después me hacían preguntas si mi hija padecía del corazón, si mi hija era totalmente normal, yo les decía que le hacía examen médico para la escuela y nunca me dijeron que estaba enferma, entonces no entiendo cómo de repente se me fue cuando ella era sana.

Pasaron los días y después el Doctor Javier que estuvo cuando mi hija fue internada y operada, era el encargado, lo conocimos el cinco de enero, se había presentado con nosotros, nos dijo que él sería el responsable, pero en esa noche sólo estuvo el Doctor Daniel; el Doctor Javier nos dijo que mi hija no tenía nada que hacer ahí, "su hija ya no tiene nada que hacer aquí, está ocupando una cama de más, si yo quiero la puedo desconectar". El 10 de enero nos invitó a donar sus órganos y mi esposo le dijo que no,

*después nos entró la desesperación porque la niña primero tenía derrame cerebral y luego pasó a muerte cerebral, el Doctor dijo "ya no hay nada que hacer ella ya sólo está sobreviviendo con el aparato", pero mi esposo le dijo que le diera tres días más y si no pasaba algo, llevara a cabo su trabajo, pasaron tres días y nos volvió a citar, preguntó si habíamos pensado en donar los órganos, mi esposo le dijo que no y cada vez que mi esposo platicaba con este doctor era una pelea; como cuando dicen que mi hija era diabética, como dos o tres veces la veíamos como la sacaban en ambulancias a hacerle unos estudios y fotografías para ver su derrame cerebral y nunca aparecieron, mi esposo acompañó a mi hija, el doctor negaba esos hechos.*

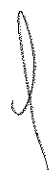
*No nos separábamos del Hospital durante los 15 días que estuvo ahí mi hija. Cuando ellos dijeron que nos iban a desconectar a la niña fue cuando acudimos aquí a los Derechos Humanos, pero ya eran unos días más cerca de cuando ella falleció, porque ella falleció el 15 de enero a las 3:30 de la mañana, me dijeron que por convulsión. Le dijeron a mi esposo que sacáramos el cuerpo lo más pronto posible del Hospital, esa fue otra situación que mi esposo no vio bien, cuando ella fallece todavía estaba en su camilla y como en 15 minutos ya la habían pasado al refrigerador, mi esposo ya no reclamó nada, simplemente se quedó con ello, el cuerpo lo sacaron como a la hora, como 4 o 5 de la madrugada, nos dijeron rápido y nosotros obedecemos.*

## VII. IMPACTOS PSICOSOCIALES

[...]

La falta de información respecto a las causas que llevaron a que su hija presentara un derrame cerebral posterior a la operación, así como el trato recibido por parte del personal del Hospital fue generando en los padres de [...] [nombre de la niña agraviada P], sentimientos de desesperación e impotencia. Si bien comentan que al principio el trato fue bueno, al comenzar a requerir más información a los médicos, la relación se tornó conflictiva ya que ante las dudas que planteaban, el personal del Hospital respondía de forma fría y prepotente. No existió la sensibilidad para comprender el dolor y tristeza que representaba para [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P] ver a su hija en esa condición y la esperanza de que pudiera mejorarse. Recuerda que posterior a la operación de [...] [nombre de la niña agraviada P], la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P] solicitó al Doctor información respecto a cómo se había desarrollado la intervención, y recibió el siguiente comentario: "*su hija está muy obesa e hizo que la operación fuera complicada*". Cuando logró ver a su hija después de la operación no consiguió contener el llanto, sin embargo, el personal del Hospital le llamó la atención pidiéndole que no se pusiera a llorar y que si no podía aguantarse mejor se saliera.

Este tipo de comentario aumentó su enojo e impotencia, pues indica que los Doctores asumían que la condición física de su hija había sido la causa de las complicaciones médicas que se presentaron en la operación, cuestionándola frecuentemente sobre si su hija presentaba diabetes, situación que ella negaba, pues sabía que su hija no había tenido ese diagnóstico. [...] [Nombre de la madre de la niña agraviada P] refiere que era difícil ver que no existía mejoría en el estado de salud de su hija y constantemente se preguntaba por qué otros niños que habían sido operados el mismo día que su hija, presentaban mejoría, explicando de la siguiente manera: "*para mí todo el tiempo fue mucha tristeza de ver día con día que mi hija no se podía levantar, y otros niños sí, siempre tuve eso de por qué mi hija no*". Esto refleja una falta de sentido a la situación



que ella y su esposo estaban enfrentando, situación que afecta su sistema de creencias<sup>22</sup> y sensación de seguridad.

Además de los sentimientos de tristeza, enojo e impotencia, los padres de [...] [nombre de la niña agraviada P] comenzaron a ser presionados por el Doctor Javier para que aceptaran que su hija fuera desconectada, haciendo comentarios como "*su hija ya no tiene nada que hacer aquí, está ocupando una cama de más*" y presionándolos para que firmaran un documento aceptando que se donaran los órganos de [...] [nombre de la niña agraviada P]. Cuando les mostraban documentos para firmar no les permitían leerlos, aunque su esposo solicitaba que les permitieran revisarlos, recuerda que en una ocasión una Doctora le hizo el siguiente comentario: "*para qué los lee señor si usted ni entiende los términos médicos*", sin que le explicara más sobre lo que le estaba solicitando firmar, su esposo le dijo que debía leerlos, situación que molestó a la Doctora.

Esos comentarios les generaban sentimientos de desesperanza e indefensión, pues pensaban que en cualquier momento podían desconectar a su hija, situación que les llevó a presentar una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, como una instancia que podría frenar los intentos de los médicos por realizar algo en contra de la salud de su hija y así como las presiones para que firmaran un documento para la donación de órganos.

[...]

#### IV. CONCLUSIONES

1.- Las afectaciones descritas en los apartados anteriores respecto a [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P] están **directamente relacionadas con los hechos que forman parte de la queja** y están [...] relacionados a la inadecuada atención médica proporcionada por el Hospital Pediátrico de Moctezuma de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que derivó en la muerte de su hija [...] [nombre de la niña agraviada P].

2.- La sintomatología descrita por la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P] durante los meses posteriores al fallecimiento de su hija [...] [nombre de la niña agraviada P], como son llanto, tristeza y afectaciones a sus hábitos alimenticios y dinámica de sueño, está relacionada con un **proceso de duelo**; al respecto sus creencias religiosas permitieron que ella y su esposo, pudieran transitar adecuadamente el proceso de duelo, generando mecanismos de afrontamiento ante la situación que viven, otorgando un sentido y finalidad al fallecimiento, al considerar que Dios pudo decidir por qué falleció su hija. Aunque esto no les impide buscar justicia a lo que consideran una mala atención médica, durante el tiempo que su hija permaneció hospitalizada, pues durante ese tiempo, la falta de información respecto a su estado de salud, así como el trato recibido por parte del personal del Hospital, fue generando en los padres de [...] [nombre de la niña agraviada P], sentimientos de desesperación, enojo e impotencia. La presión para que desconectarán a su hija o donaran los órganos le causaron sentimientos de desesperanza e indefensión.

3.- Además de las afectaciones psicoemocionales antes descritas, los hechos motivo de queja, han generado daños en su integridad psicofísica, en su ámbito familiar, social,

<sup>22</sup>Estas creencias se refieren al sentido del mundo como un lugar benevolente o con sentido, como algo confortable en parte que nos brinda un sentido de seguridad.



económico y proyecto de vida. Respecto a las afectaciones a su integridad, presentó pérdida significativa de peso, se le diagnosticó diabetes, presentando ansiedad al acudir a los hospitales, generándole recuerdos de su hija, presentando sudoración en las manos y nervios. En el segundo aspecto, a nivel familiar se generó una afectación en la salud de su esposo ya presentaba diagnóstico de diabetes, estado que se agravó, por el desgaste físico y emocional. Su núcleo familiar más cercano, mostró solidaridad, además de afectaciones emocionales como respuesta normal al proceso de duelo que vivieron, actualmente han logrado retomar sus actividades cotidianas. Su proyecto de vida cambió por la el fallecimiento de [...] [nombre de la niña agraviada P], representó pérdida de sueños, aspiraciones y expectativas respecto a su futuro y a los proyectos que compartía con sus padres; en sentido positivo concibieron una nueva hija, a quien decidieron tener para que [...] [nombre de la hermana de la niña agraviada P] no extrañara a su hermana.

#### V. PRONÓSTICO

1.-El pronóstico está proyectado en esferas, su esfera personal y familiar, así como en la relacionada con su proceso de investigación a las violaciones de derechos humanos de las cuales fue víctima. Entendiendo que el pronunciamiento público que emita la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal deberá ir a la par con un proceso de acompañamiento psicosocial, pues aun cuando en sus capacidades personales y familiares esté la posibilidad de afrontar los hechos y continuar el proceso de cumplimiento a la recomendación, esto dependerá de que pueda comprender y darle sentido a dicho proceso en conjunto con su red familiar.

- **Favorable:** Debido a que [...] [nombre de la madre de la niña agraviada P] ha logrado adaptarse a la pérdida, transitando adecuadamente el proceso de duelo debido al fallecimiento de su hija [...] [nombre de la niña agraviada P]. Actualmente ha retomado sus principales actividades cotidianas, contando con una red familiar que le proporciona apoyo y motivación. Sin embargo, a fin de que logre otorgar sentido a la experiencia debe poder cumplir su expectativa de justicia.

[...]

#### V. Caso Q. Expediente CDHDF/II/122/CUAUH/09/D2753

149. Copia de la transcripción de la noticia que se dio a conocer en la estación de *Radio Centro*, en la emisión de su programa "Formato 21" a las 12:15 horas del 28 de abril de 2009, en la que el conductor Carlos González hizo del conocimiento del público radio escucha la siguiente información:

[...]

Luego de 12 horas de haber fallecido y la falta de equipo necesario, se levantó el cuerpo de la menor de cinco años de edad [...] [nombre de la niña agraviada Q]. Esto ocurrió en la casa [...] Colonia Agrícola Pantitlán.

En este lugar, de acuerdo a la versión de la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada Q]: [...] [nombre de la niña agraviada Q] sufrió fractura luego de una caída jugando el pasado viernes, [...] [nombre de la niña agraviada Q] empezó a presentar sintomatología que alarmó a la madre [...] [nombre de la madre de la niña agraviada Q], ella la llevó al médico, [...] [nombre de la niña agraviada Q] solo se quejaba de dolor de pierna, tenía una fractura de fémur del lado izquierdo [...].

Al llevarla al Hospital Pediátrico Peralvillo, ahí se le recetó un analgésico y un antiinflamatorio, se le colocó una férula en la pierna y esto se supondría traería la mejora de salud de [...] [nombre de la niña agraviada Q].

Sin embargo, el cuadro se fue complicando, la menor de edad comenzó a reportar incremento en la temperatura alcanzando fiebre de 39 grados. Dadas las circunstancias de alerta, no se descarta el hecho de que contrajo alguna infección al momento de estar en la clínica. [...] [Nombre de la niña agraviada Q], falleció el día 27 de abril de 2009, alrededor de las 22:00 horas.

Hasta el [día 28 de abril de 2009], los servicios periciales no contaban con el equipo necesario [para] hacer el levantamiento del cuerpo. Los peritos de medicina forense llegaron vestidos con trajes especiales, [e] ingresaron al domicilio. Se recomendó [a los familiares desalojar la vivienda hasta saber las causas reales de la muerte de la niña agraviada Q]. [...]

[...] [Llegaron al domicilio], al parecer personal de infectología, [quienes realizaron] el trabajo y [...] los que determinarán cuáles fueron las causas reales de la muerte de la menor de edad.

[...].

150. Copia certificada del Protocolo de Necropsia de fecha 28 de abril de 2009, suscrita por los Médicos peritos forenses, José Luis R. Dorantes y Ana María Leyva Sánchez, adscritos al entonces Servicios Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el que consta lo siguiente:

[...]

Conclusión. [...] [Nombre de la niña agraviada Q] falleció de las alteraciones viscerales y tisulares causadas en los órganos interesados por pleuroneumonía no traumática, [...], el cual clasificamos de mortal [...]

151. Copia simple del Certificado de Defunción de la niña agraviada Q, número 1546/2009,28 con folio número de folio 090323541, suscrito por el Dr. José Luis Dorantes Ramírez, de fecha 28 de abril de 2009, en el cual consta lo siguiente:

[...]

[...] [Nombre de la niña agraviada Q] años cumplidos 5 años [...], FECHA DE LA DEFUNCIÓN 27/04/2009 [...], HORA DE LA DEFUNCIÓN 22:00 [horas] [...], CAUSA DE LA DEFUNCIÓN PLEURONEUMONÍA NO TRAUMÁTICA [...].

152. Acta circunstanciada de fecha 12 de mayo de 2009 suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión y el padre de la niña agraviada Q, en la cual consta lo siguiente:

[...]

El día 25 de abril de 2009, aproximadamente a las 9:00 horas, mi concubina [...] [Nombre de la madre de la niña agraviada Q] de 26 años de edad, acudió al Centro de Salud "Luis Mazzotti Galindo", dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ubicado en [...] la [...] Delegación Iztacalco, [...] para que nuestra hija [...] [Nombre de la niña agraviada Q], de cuatro años de edad, recibiera atención médica por presentar

temperatura de 38° y un dolor en la pierna derecha, ya que ambas son beneficiarias del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. En este lugar le practicaron una revisión superficial, argumentaron que el dolor en su pierna era debido al crecimiento muscular propio de su edad y que la temperatura probablemente se debía a los cambios climáticos, indicándome que le administrara 2 goteros de paracetamol cada 8 horas y regresará 3 días después para verificar su evolución. Sin embargo, la temperatura no cedió y la pierna se apreciaba inflamada y con dolor, por lo que el día 27 de abril de 2009, aproximadamente a las 12:00 horas, acudimos al Hospital Pediátrico Peralvillo dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal [...] donde determinaron que presentaba una fractura en el fémur derecho y que la temperatura era provocada por la misma lesión; unos momentos después, su pierna fue enyesada y la dieron de alta, con la prescripción de continuar tomando paracetamol, y manifestando que debíamos llevarla a casa por el peligro de correría por ser infectada por el virus de la influenza. Finalmente, ese mismo día ya en mi casa y aproximadamente a las 22:00 horas mi hija comenzó a respirar de manera agitada y un minuto después falleció. Es mi deseo manifestar que en el certificado de defunción se establece pleuroneumonía no traumática como causa del deceso, por lo que considero que la falta de una atención médica suficiente y de calidad, sumada a la carencia de un diagnóstico acertado, pudieron contribuir al fallecimiento de mi hija; además, tengo conocimiento que fue relacionada con la epidemia de influenza, pero desconozco que existe un dictamen que confirme o niegue lo anterior [...].

153. Copia certificada de la ampliación de la necropsia, de fecha 22 de mayo de 2009, suscrita por los Médicos peritos forenses, José Luis R. Dorantes y Ana María Leyva Sánchez, adscritos al entonces Servicios Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el que consta lo siguiente:

[...] Ampliamos nuestro dictamen de necropsia de fecha 28 de abril del 2009, en el sentido de que al fallecer [...] [nombre de la niña agraviada Q], de pleuroneumonía no traumática, y ahora después de tener a la vista los resultados del estudio histopatológico concluimos que falleció de cuadro séptico. [...]

154. Nota informativa número CSLM/1063/09 de fecha 11 de junio de 2009, suscrita por la Doctora Zenaida Vallejo Sixtos, Directora del Centro de Salud "Dr. Luis Mazzotti Galindo", en la que consta lo siguiente:

[...]  
Se lleva a cabo la investigación relacionada a los hechos manifestados en la queja por el [...] [nombre del padre de la niña agraviada Q], en relación con la atención médica que se le proporcionó a su hija menor de edad de [...] [nombre de la niña agraviada Q] el día sábado 25 de abril del año en curso [2009] en este Centro de Salud Dr. Luis Mazzotti Galindo a mi cargo, misma que fue atendida por el Servicio de Enfermería, valorada y diagnosticada por el médico que ese día se encontraba cubriendo guardia por el periodo de contingencia por la epidemia de influenza, ya que la atención en el Centro de Salud es de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 21:00 horas.

[...]

**Pregunta a1)** Cuál fue la atención médica que se le proporcionó a la niña [...] [nombre de la niña agraviada Q].

**Respuesta:** El día 25 de abril del año en curso [2009], se le otorga ficha para pasar al consultorio 3, recibiendo a la madre con la [...] [nombre de la niña agraviada Q] el Dr. Duckenson Petit Frere Cinéa y la enfermera Fabiola Torres Olguín, llevando a cabo la toma de somatometría y signos vitales dicha enfermera, que en ese momento fue asignada como apoyo al médico por la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, ya que pertenecía a la Brigada de Vacunación Jurisdiccional, posteriormente se le realiza el interrogatorio enfocado a la definición operacional de influenza por la contingencia que nos aquejaba en ese momento, negando la madre de la paciente antecedentes y datos relevantes de enfermedad respiratoria.

**Pregunta a2)** La fecha y hora de ingreso de ésta al Centro de Salud.

**Respuesta:** La menor [de edad] fue traída a este Centro de Salud el día 25 de abril del presente años [sic] [2009], ingresando aproximadamente a las 09:30 horas y siendo atendida en el consultorio 3 con la ficha No. 7, asignada al Dr. Duckenson Petit Frere Cinéa.

**Pregunta a3)** Su diagnóstico médico.

**Respuesta:** Dolor en extremidad inferior derecha.

**Pregunta a4)** La valoración médica y los estudios clínicos que, en su caso, se le practicaron:

**Respuesta:** Paciente femenina de 05 años de edad la cual es traída por su madre, consiente, tranquila, deambulando por su propio eje de sustentación, la cual por interrogatorio no cumple con la definición operacional para Influenza, ni por la exploración física. Con aumento de temperatura (38° C) y con extremidad derecha dolorosa, por lo que el plan a seguir fue solicitar radiografía de extremidad inferior derecha, orientación sobre signos de alarma y cita abierta.

**Pregunta a5)** El nombre del personal Médico y de Enfermería que valoró y atendió a la menor de edad, así como su versión respecto a la forma en que sucedieron los hechos señalados, por el Sr. [...] [nombre del padre de la niña agraviada Q], relacionado con la presunta deficiente atención médica que se le proporcionó a su familiar.

**Respuesta:** Médico que atendió a la menor de edad [...] [nombre de la niña agraviada Q]; Dr. Duckenson Petit Frere Cinéa, Enfermera Fabiola Torres Olguín.

**Relato de lo ocurrido por el Dr. Duckenson Petit Frere Cinéa el día sábado 25 de abril del 2009:**

La paciente acude con su madre el día 25 de abril del año en curso a la consulta. Con[s]iente, tranquila, actitud libremente escogida deambulando en su propio eje de sustentación. Después de la toma de somatometría se inicia con el interrogatorio y el motivo de la consulta, refiere la madre es dolor de pierna derecha, así como desconocimiento de la fecha de inicio o antecedentes de importancia relacionados para dicha sintomatología. Negando antecedentes de traumatismo o fiebre, sin embargo la menor [de edad] presentó una temperatura de 38° C.

Interrogando a la Madre de [...] [nombre de la niña agraviada Q] sobre antecedentes de importancia para Infección Respiratoria, dada la contingencia de epidemia de Influenza. A la exploración física se encuentra orofaringe normal, cardiopulmonar sin alteración, abdomen sin datos de irritación, peristalsis presente; extremidades superiores normales, extremidad inferior derecha presentando dolor a la palpación y limitación de movimiento sin cambios de coloración, por lo cual se solicita Rayos "X" de extremidad inferior, con cita abierta para su revaloración y orientación sobre signos de alarma.

[...].

**Pregunta b)** Los motivos por los que a la menor de edad no requirió ser referida a un Hospital de la Secretar[í]a de Salud.

**Respuesta:** No se refirió a la menor [de edad] a un Hospital de la Secretaría de Salud en ese momento, hasta contar con los estudios de gabinete solicitados, sin embargo se le orienta e informa sobre los signos de alarma y en caso necesario acudir a un segundo nivel el mismo día o al siguiente día, así como insistirle en realizar los estudios de Rayos "X" de extremidad inferior para revalorar a la brevedad.

**Pregunta b1)** Si durante su valoración y atención médica los médicos que la atendieron en su diagnóstico determinaron la fractura que presentaba en fémur derecho, así como la fuerte temperatura que presentaba.

**Respuesta:** No se diagnostica en ese momento fractura de fémur, ya que no se cuenta con el Servicio de Rayos "X" en este Centro de Salud Dr. Luis Mazzotti Galindo, por falta de Personal con el perfil adecuado para el manejo de dicho quipo desde mayo del 2008, sin embargo se solicita el estudio de Rayos "X". Atendiéndose el aumento de temperatura al indicar antipirético.

**Pregunta b2)** La fecha y hora en que la menor de edad fue egresada del Centro de Salud, las condiciones médicas en las que egresó y finalmente si su egreso no puso en riesgo su vida y/o integridad psicofísica.

**Respuesta:** La [...] [nombre de la niña agraviada Q] fue egresada del Centro de Salud Dr. Luis Mazzotti Galindo el día sábado 25 de abril del 2009, aproximadamente a las 11:00 horas, mismo día en que fue atendida, consciente, tranquila y deambulando. Asimismo se le otorg[ó] toda la información y orientación necesaria a la Madre de la menor, sobre signos de alarma, para que en caso necesario acudiera a servicios de urgencia, tratamiento antipirético y solicitud de Rayos "X".

[...].

Cabe hacer la aclaración, que no se puede dar cumplimiento a registro de ingreso hospitalario, así como resultado de los estudios clínicos que le fueron practicados en este lugar, ya que es un Centro de Salud en el que se otorga Atención Médica de Primer Nivel.

[...]

155. Oficio sin número legible, de fecha 16 de junio de 2009 suscrito por el Doctor Augusto Flavio Figueroa Uribe, Coordinador de Urgencias y Consulta Externa del Hospital Pediátrico Peralvillo, en el cual describe lo que a continuación se transcribe:

[...]

Resumen:

Paciente que acude el 27 de abril de 2009, a las 11:56 am al servicio de admisión de urgencias del hospital en donde es atendido por Srta. Cruz responsable de admisión preguntándole sus datos personales para llenar el formato de Hoja Inicial de Atención de Urgencias quedando registrado con el numero 3005 a las 11:56 am y se le solicita deposite tal hoja en el buzón de urgencias. Es pasada a consulta a las 12:00 hrs. del día por la Enfermera Alin Pérez la cual toma signos vitales. El Dr. Morales para otorgarle la atención médica: en la cual la madre refiere dolor de extremidades inferiores de 48 hrs. de evolución, con antecedente de haber acudido el día sábado 25 a Centro de Salud por fiebre y dolor en las extremidades.

Menciona la mamá que el dolor ha ido aumentando impidiendo la deambulaci3n; se encuentra con fiebre de 38.5, lesiones maculo papulares en cara y extremidades, a la exploraci3n se encuentra irritable, orofaringe, hiperf3rmica, t3rax sin dato de dificultad respiratoria, campos pulmonares bien ventilados sin fen3menos agregados, ruidos cardiacos de caracteristicas normales, extremidad inferior derecha con edema importante en muslo derecho con dolor a la palpaci3n y a la movilizaci3n.

Se envía al servicio de rayos x para toma de estudio radiodiagn3stico, atendida por el Técnico en Radiología Manuel Martínez a la que recibe con dolor e inflamaci3n de la articulaci3n coxofemoral por lo que se procede a la toma de estudio de rx. De la articulaci3n antes mencionada.

Se observa en el estudio radiol3gico fractura metafisiaria proximal de f3mur derecho no impactada por lo que se solicita la valoraci3n por parte del Dr. Trejo Ortopedista de la unidad, la cual por el tipo de lesi3n no requiere intervenci3n quir3rgica, únicamente inmovilizaci3n mediante férula tipo espica por 4 a 5 semanas, así como manejo antiinflamatorio y analgésica.

Se solicita al Dr. Roberto Cazares se continúe el caso a través de consulta externa citándola para apertura de expediente clínico y consulta de revisi3n. Se procede a colocar por el Dr. Abraham Morales férula de fijaci3n de la extremidad afectada asistido por la Enfermera Alin Pérez. Se menciona a la madre que probablemente est[é] iniciando con un cuadro de varicela y a eso se deba las lesiones maculo papulares y la fiebre, se termina procedimiento y atenci3n a las 14:00 hrs. con los siguientes diagn3sticos.

- Fractura transubtrocanterica de cadera derecha no desplazada, impactada.
- Faringitis viral.
- Exantema viral vs[.] dermatitis.

Con las siguientes indicaciones:

1. Cita al servicio de urgencias para revisi3n el día 28/04/09 a las 10 hrs.
2. Cita a la consulta externa con el Dr. Cazares el día 04/05/09.
3. Cita a ortopedia 07/05/09.
4. Cita abierta urgencias.
5. Paracetamol 34 gotas cada 6 horas.

Comentario. Llama la atención como menciona el Dr. Trejo la presencia de una fractura de este tipo, la cual implica un impacto de muy alta intensidad. Mecanismo que no corresponde a lo que comentan los padres.

Así también se le recomendó a la madre que cualquier inconveniente como continuidad de la fiebre, presencia de dificultad respiratoria acudiera inmediatamente al servicio de urgencias.

Se menciona en la solicitud del informe de la Comisión que a las 22 horas inicia con dificultad respiratoria tan solo un minuto después falleció. Esto es difícil ya que está bien estipulado que en niños menores de 6 años y mayores de un año no existe muerte súbita, la niña en su historia natural de gravedad va progresando paulatinamente en las siguientes horas, principalmente en los padecimientos respiratorios y hemodinámicos, lo cual da el suficiente tiempo y que pudo haber sido aprovechado por los familiares para acudir a un servicio médico para su atención de urgencias, a menos que no se tomaran en cuenta los datos de gravedad que deben estar vigilando los padres el niño en su domicilio. (Aumento de la dificultad respiratoria, presencia de cianosis, tiros intercostales, persistencia de la fiebre.)

Por lo que llama la atención la evolución de esta paciente ya que no coincide con la historia natural de un padecimiento de tipo respiratorio y por lo tanto la tardanza en acudir al servicio de urgencias cuando tenía cita abierta a este.  
[...]

156. Oficio número 128/06/2009, de fecha 19 de junio de 2009, suscrito por el Doctor Emilio Escobar Picazo, Director del Hospital Pediátrico Peralvillo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el cual informó a este Organismo lo siguiente:

[...]

**Pregunta a1. Cuál fue la atención médica proporcionada**

**Respuesta:** La paciente [...] [nombre de la niña agraviada Q] fue presentada en el Servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico Peralvillo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a las 12:00 del día 27 de abril de 2009 por la señora [...] [nombre de la madre de la niña agraviada Q], quien describió que la niña portaba un padecimiento de 24 horas de evolución, caracterizado por incapacidad para la deambulación, por dolor importante en miembro inferior derecho.

La paciente fue valorada por el doctor Abraham Morales Martínez, médico pediatra del servicio quien la revisó y encontró aumento de volumen importante en miembro pélvico-podálico derecho con incapacidad para la movilización por dolor importante. Interrogó a la madre sobre el mecanismo y tiempo de evolución de la lesión, el cual fue descrito como "caída de la cama" de 24 horas de evolución. Al doctor Morales le llamó la atención la presencia de lesiones vesiculares en tegumentos y la presencia de fiebre, pero no encontró signología en otros aparatos o sistemas.

Solicitó radiografía de cadera, la que se tomó de inmediato y pudo identificar una fractura en fémur derecho. Solicitó la valoración por ortopedia.

La paciente fue valorada a las 12:30 horas por el doctor David Trejo Saucedo, médico ortopedista de la unidad, quien encontró fractura subtrocantérica. Volvió a interrogar al familiar sobre el mecanismo del trauma, que no es explicable por una simple caída a la altura de su cama, pero recibió la misma versión. También volvió a preguntar sobre el tiempo de evolución y la madre le mencionó que dos días antes había llevado a su paciente a un Centro de Salud por el mismo problema, pero que al aumentar el dolor y la incapacidad funcional, decidió traerla al Hospital. Al revisar las radiografías, el ortopedista concluyó que se trataba de una fractura subtrocantérica del fémur derecho no desalojada. A continuación prescribió colocación de férula tipo espica, elevación del miembro inferior derecho a 45°, AINES, paracetamol y reposo en casa. Le dio cita el 7 de mayo a la consulta externa de ortopedia.

La paciente fue vista al mismo tiempo, a las 12:30 horas por el doctor Roberto Cazares Paniagua, médico pediatra adscrito a la consulta externa, quien le dio cita el 4 de mayo del 2009 para apertura de expediente y elaboración de historia clínica.

El doctor Abraham Morales, auxiliado por el equipo de enfermería, colocó la férula de yeso, se le administró paracetamol, le entregaron medicamentos al familiar para continuar con su manejo en casa y se le dejó cita abierta a urgencias en caso necesario y en 24 horas para valoración de la hipertermia, de las lesiones vesiculares y del estado de la fractura.

**Pregunta a2. Fecha y hora de ingreso:**

**Respuesta:** La paciente llegó al servicio de admisión el 27 de abril de 2009 a las 11:56 horas. Fue recibida en urgencias a las 12:00 horas. La paciente permaneció en el servicio por dos horas.

**Pregunta a3. Diagnóstico médico:**

**Respuesta:** La paciente egresó del servicio con los siguientes diagnósticos: fractura subtrocantérica del fémur derecho, faringitis viral y exantema viral vs. dermatitis.

**Pregunta a4. La valoración médica y los estudios clínicos que se le practicaron.**

**Respuesta:** Se le tomó radiografía simple de cadera.

**Pregunta b1. Fecha y hora del egreso**

**Respuesta:** La paciente fue egresada de urgencias el 27 de abril de 2009 a las 14:00 horas.

**Pregunta b2. Causas del egreso y si el alta no ponía en riesgo a la paciente**

**Respuesta:** Haber concluido el estudio del motivo de la atención médica (incapacidad para la deambulación por dolor intenso) y haber definido el tratamiento a seguir y haber explicado al familiar que la paciente seguía en control en la Unidad, que debería ser presentada en cualquier momento si mostraba algún cambio en el cuadro clínico. Que debía acudir nuevamente a urgencias en 24 horas para revaloración de su padecimiento. El 4 de mayo [2009] debería acudir a consulta externa para apertura de expediente clínico y el 7 de mayo para revaloración de la fractura por ortopedia.



Según la valoración médico y el diagnóstico establecido, no se ponía en riesgo a la paciente si se egresaba, ya que el padecimiento no era quirúrgico, ni requería algún tratamiento extra en la unidad, ni requería su envío a un tercer nivel de atención.

Es necesario señalar que por la alerta sanitaria debida a la influenza humana AH1N1 (que en ese fin de semana tuvo su mayor expresión), las personas tenían un riesgo mayor si permanecían en unidades hospitalarias sin ninguna justificación.

### **Pregunta b3. Condiciones médicas de la paciente al egreso**

**Respuesta:** Una vez que se colocó la férula de yeso y se administró el analgésico, las condiciones de la paciente mejoraron, el dolor disminuyó y clínicamente estaba en condiciones de ser egresada del servicio.

Es necesario resaltar que a pesar de las indicaciones médicas para acudir al servicio de urgencias, a cualquier hora y por cualquier motivo, la paciente **permaneció en su domicilio ocho horas antes de su fallecimiento**, sin que los padres cumplieran la indicación médica de acudir al hospital.

Si la paciente tuvo datos de insuficiencia respiratoria, los minutos eran valiosos para presentarla nuevamente en la Unidad. Ellos refieren que fue "un minuto" el que la paciente pasó "respirando de manera agitada" y que finalmente falleció en su casa sin que ellos tomaran alguna medida para auxiliarla. [...]

157. Copia del oficio sin número, de fecha 3 de marzo de 2010, suscrito por la Licenciada Rocío Angélica Quintana Rivera, entonces Subdirectora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el cual se anexó número D-0198/10, de fecha 17 de febrero de 2010, suscrito por el doctor Felipe E. Takajashi Medina, Director del entonces Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el cual informa lo siguiente:

[...]

En atención a la solicitud escrita de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en el cual requieren información respecto a nuestra intervención en el estudio de necropsia del cadáver de quién en vida respondiera al nombre [...] [nombre de la niña agraviada Q], relacionado con la averiguación Previa FIZC/IZC-3/T2/00979/09-4, le informamos lo siguiente:

[...]

a4) Los hallazgos microscópicos reportados orientan a que el proceso infeccioso fue de origen bacteriano, ya que el médico patólogo describe microabscesos y trombos bacterianos en diferentes órganos, para mayor referencia se anexa copia de dicho estudio.

a5) Por los antecedentes, las lesiones en piel de tipo vesicular que concuerdan con cuadro viral de varicela y aunado a una infección sobreagregada de tipo bacteriana, la fisiopatología se engloba en lo que se llama Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS): que incluye las diferentes etapas del proceso séptico, iniciado por la



presencia de bacterias o sus productos puede conducir a sepsis, síndrome séptico, shock o falla orgánica múltiple y muerte.

[...]

a6) No se realizó disección de la región descrita, ya que la fractura se demostró a través de los estudios radiológicos efectuados al cadáver durante la necropsia y que se observaron en la pantalla del aparato de Rayos X y quedaron asentados en el cuerpo del dictamen correspondiente.

[...].

158. Oficio número DAJ/SAA/3145/2013 de fecha 3 de septiembre de 2013 suscrito por el Licenciado Darío Manuel Castorena Rojí, Director de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el en el cual informó a este Organismo lo siguiente:

[...]

En respuesta a su oficio al rubro citado, relacionado con la queja presentada por el padre de una niña de cuatro años de edad, fallecida el 27 de abril de 2009, le informo que mediante oficio número JSI/SA/6221/13 de fecha 29 de agosto de 2013, el Dr. Manuel Chávez Ángeles, Director de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, da respuesta a los cuestionamientos hechos por esa Subdirección a su cargo en el mismo orden en que fueron planteados, de la siguiente manera:

**A) Preguntas para el personal de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco:**

[...]

**Pregunta 2.-** En el caso de la menor [...] [nombre de la niña agraviada Q] que falleció en el mes de abril de 2009, ¿Cuál fue el manejo epidemiológico que se brindó a las personas que tuvieron contacto con la menor [de edad]?

**Respuesta:** Dado que los familiares de la menor [...] [nombre de la niña agraviada Q] no presentaron síntomas que sugirieran la presencia de influenza, el personal de salud aplicó medidas generales y preventivas en la casa de la hoy occisa y en el predio se repartió material informativo y se impartieron pláticas, así como pruebas rápidas de identificación de influenza colocando carteles en los edificios situados en el inmueble mencionado.

[...]

**Pregunta 3.-** A los contactos a los cuales se les dio tratamiento son oseltamivir, ¿se realizó alguna prueba de laboratorio para confirmar el caso? En caso negativo explique el motivo.

**Respuesta:** A todos los casos que encuadraban con la definición operacional se les tomaba exudados faríngeos y realizaban pruebas rápidas, si salían positivas se enviaban al INDRE para su confirmación, y se iniciaba tratamiento con Oseltamivir a dosis de acuerdo al peso del contagiado, igualmente a las personas que mantenían cercano contacto recibían el mismo tratamiento y se les daba seguimiento a todos los casos, hasta su recuperación y dada de alta.

[...]

**Pregunta 5.-** Considerando [que] el deceso de la menor [...] [nombre de la niña agraviada Q] fue a consecuencia de alguna enfermedad infectocontagiosa, ¿se le tomaron muestras biológicas para confirmar o descartar probables diagnósticos?. Cuál fue el resultado de los mismos. En caso de no haber tomado muestra biológica alguna al cadáver de [...] [nombre de la niña agraviada Q], explicar el motivo.

**Respuesta:** El 29 de abril de 2009 se le tomaron muestras al cadáver de la menor [...] [nombre de la niña agraviada Q] en comento, cuyo resultado fue negativo.

#### **B) Preguntas para el personal del Centro de Salud T-III "Dr. Luis Mazzotti Galindo"**

**Pregunta 1.-** ¿Cuál es la razón para que en el periodo comprendido entre el mes de mayo del 2008 y al mes de mayo de 2009, no se pudieran realizar radiografías en ese Centro de Salud?

**Respuesta:** En la fecha antes referida el entonces técnico radiólogo fue cesado por causas imputables al mismo, no obstante hubo diversas convocatorias desplegadas en diferentes medios por este Organismo Público Descentralizado, para la contratación de especialistas radiólogos y fue hasta el 15 de junio de 2009 cuando se logró la contratación de una Técnica Radióloga en el Centro de Salud T-III "Dr. Luis Mazzotti Galindo".

**Pregunta 2.-** Actualmente ¿se cuenta con el servicio de rayos X en dicho Centro de Salud?, en caso de ser negativa la respuesta explique el motivo.

**Respuesta:** Actualmente si se cuenta con servicio de rayos X.

[...]

159. Opinión médica de fecha 3 de diciembre de 2013, suscrita por un Médico visitador adjunto adscrito a la Tercera Visitaduría de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual analizó y concluyó lo siguiente:

[...]

#### **I. INTRODUCCIÓN**

[...]

#### **II. PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA**

2. Establecer si existe mala práctica en la atención brindada a [...] [nombre de la niña agraviada Q], por parte del Centro de Salud T-III Dr. Luis Mazzotti Galindo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

3. Establecer si existe mala práctica en la atención brindada a [...] [nombre de la niña agraviada Q], por parte del Hospital Pediátrico Peralvillo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

4. En caso de existir mala práctica médica, por alguna de las instituciones de salud anteriormente mencionadas; establecer si dicha mala práctica contribuyó u ocasionó el deceso de [...] [nombre de la niña agraviada Q].

### III. METODOLOGÍA

Para esclarecer dichos planteamientos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento o metodología. Se me proporcionó el expediente de queja en el cual se incluían los expedientes médicos de la agraviada, generadas en el Centro de Salud TIII Dr. Luis Mazzotti Galindo y del Hospital Pediátrico Peralvillo; así como la respuesta a diversos oficios de interés médico. Se analizó la información de la atención médica recibida en los servicios hospitalarios los cuales atendieron a [...] [nombre de la niña agraviada Q] durante su estancia intrahospitalaria, hasta el momento de su alta; se consultó bibliografía médica vinculada con el caso; y se emitieron las conclusiones respectivas.

### IV. RESULTADOS OBTENIDOS

[...]

### V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 05 años de edad que acudió a valoración a un Centro de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se le solicitan radiografías las cuales, aparentemente no se realizan. Hasta que, dos días después, acude al Hospital Pediátrico Peralvillo, se le diagnostica una fractura subtrocantérica de fémur derecho, se le otorga el alta y la paciente fallece horas después en su domicilio.

A) El primer punto a analizar en el presente caso es la atención recibida en el Centro de Salud T-III Dr. Luis Mazzotti Galindo (en adelante CS TIII LMG) por parte del médico Duckenson Petit Frere Cinea. En este caso se puede decir que la paciente acude el día 25 de abril de 2009 a valoración por presentar dolor en pierna derecha.

En la exploración física, se documenta que la paciente presentaba dolor a la palpación con limitación de la extremidad inferior derecha, quedando como impresión diagnóstica: Dolor en extremidad inferior derecha. Aquí es importante mencionar que el CS TIII LMG debió de contar con el servicio de rayos x, sin embargo desde el mes de mayo de 2008 hasta junio de 2009, no se contó con técnico radiólogo. Según las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, se menciona que al no haber técnico radiólogo en el CS TIII LMG, los pacientes se derivaban a otras Unidades de Salud.

En el presente caso, la paciente acude inicialmente por dolor y una limitación funcional de la extremidad inferior derecha y fiebre. El médico tratante del CS TIII LMG no asienta en su nota médica la semiología sobre la limitación en la movilidad de dicha extremidad, ni a qué nivel de la pierna y/o articulación se encuentra dicha limitación y/o dolor. No refiere si es de carácter agudo, crónico o recurrente; no precisa la secuencia de aparición de o desaparición de los síntomas (fiebre y dolor en la pierna), ni precisa la severidad de los síntomas, como el saber si había o no dolor a la deambulación y en qué región topográfica se encontraba el dolor.

Lo anteriormente descrito sustenta que, la valoración médica realizada por el CS TIII LMG no fue adecuada a los signos (fiebre) y síntomas (dolor en miembro pélvico derecho) que presentaba la paciente. Por lo tanto, dicha valoración, no se ajustó a los principios científicos de la práctica médica.

[...]

Si bien es cierto, se solicitó una radiografía de la extremidad afectada; lo esperado, en el sentido de la oportunidad de la atención, en una paciente con signos clínicos sugestivos de alguna patología a nivel osteomuscular (dolor a la palpación y limitación del movimiento de la extremidad pélvica derecha) y sin datos claros sobre los antecedentes del motivo de consulta (dolor en la extremidad inferior derecha y fiebre); sería otorgar una referencia médica a una Unidad Hospitalaria que contará con los recursos materiales y de personal para investigar la causa del dolor que presentaba la paciente en su pierna y si la fiebre, podría asociarse al problema en la extremidad inferior derecha. Lo anterior, considerando que el Centro de Salud no contaba con servicio de Rayos X y que a la exploración física asentada en el expediente del CS TIII LMG, no cuenta con suficientes elementos clínicos para el estudio médico de la sintomatología que presentó la paciente.

Sumado a lo anterior, es de importancia resaltar que la paciente presentaba 38°C de temperatura. Lo que, de acuerdo a la literatura consultada se considera como fiebre. En este caso, no se realiza la correcta semiología para conocer si, la fiebre ésta o no asociada al dolor en la extremidad inferior derecha de la paciente, más bien se obvia y se maneja de forma sintomática, sin descartar las etiologías más probables de la fiebre.

Es importante mencionar que la fiebre en Pediatría puede tener múltiples causas las cuales, dentro del actuar médico, se deben investigar las probables etiologías y en consecuencia, otorgar un tratamiento. Sin embargo, en este caso esto no se llevó a cabo. Solo se le dio tratamiento sintomático, sin solicitar estudios de laboratorio complementario para investigar el probable origen de la fiebre; ya que en la exploración física, solo se encontró (de acuerdo a lo asentado en la nota médica) dolor en la extremidad inferior derecha, sin definir una etiología clara sobre la fiebre, ya que no se encuentra en el expediente clínico la valoración semiológica de la misma. Solo se interrogan los datos correspondientes a un cuadro faríngeo, pero no de otra índole.

El dolor en la extremidad derecha no tenía un diagnóstico etiológico; por lo tanto, no se podía asociar que la fiebre fuera consecuencia de dicha sintomatología. Es ahí donde resalta la importancia de una semiología y una exploración física completa y no solo enfocada a la búsqueda intencionada de Influenza A H1N1. Si bien es cierto la exploración física se da en el contexto de medidas sanitarias excepcionales como lo fue la aparición de la Influenza AH1N1, y se buscaba intencionadamente datos sugestivos de infección de vías respiratorias, también es cierto que no se puede dejar de lado la valoración integral del paciente.

Ahora bien, independientemente de la autonomía de la madre de la paciente; el médico tratante tiene una responsabilidad de medios para con su paciente; esto es: el haber estudiado la fiebre y el origen del dolor en miembro pélvico derecho. En el caso de la fiebre, no se encontró asentado en el expediente del CS TIII LMG acción médica alguna para su estudio y; en el caso del dolor de miembro pélvico derecho, al no contar con radiografías, se debió referir a la paciente a una Unidad Médica que si contará con las mismas y, con el fin de brindarle atención oportuna a la paciente, solicitar la valoración de médico ortopedista, en vista de no contar con datos clínicos claros en el interrogatorio ni en la exploración física.

En la nota médica, no se asientan los signos vitales (solo temperatura), a pesar de que el médico tratante refiere que fueron tomados por la enfermera [...], lo anterior no



cumple con lo señalado en la NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en su numeral 6.1.2, respecto a la exploración física de un paciente.

B) Respecto a la valoración por parte del Hospital Pediátrico Peralvillo (en adelante HPP) se puede decir lo siguiente: La paciente acude el día 27 de abril de 2009 a dicho Hospital, en la valoración por Ortopedia se encuentra justificado el realizarle una radiografía de la extremidad pélvica derecha. [...]

Ahora bien en la valoración por el HPP la paciente presentó fiebre, taquipnea, faringe hiperémica, irritabilidad, así como lesiones maculopapulares. Sin embargo, solo se realizó una radiografía simple de cadera. Al igual que el CS TIII LMG, los médicos tratantes de la menor [de edad] incumplieron su obligación de medios y no hicieron la semiología ni la valoración médica de los signos mencionados anteriormente.

[...]

Aquí es importante mencionar que en el caso de la frecuencia cardiaca, si bien es cierto podría considerarse como normal, era limítrofe en la anormalidad. Sumado a esto, no existe constancia en el expediente clínico, que se hayan valorado los signos vitales en la alta médica.

En el expediente clínico del HPP, no existe constancia de que se haya realizado la valoración clínica, ni semiológica de los signos dermatológicos, ni de los signos de probable infección de vías respiratorias superiores y la fiebre. Si bien es cierto que, en condiciones generales una enfermedad exantemática es capaz de producir la sintomatología presente en la paciente, hay que considerar que en ese momento la exploración física y los hallazgos encontrados en los pacientes, se encontraban bajo el contexto de una contingencia sanitaria de la Influenza A H1N1. Para esto, hay que considerar que la definición operacional de un caso probable de influenza, brindada en el oficio DAJ/SAA/3145/2013 del expediente de queja: Persona de cualquier edad que presente fiebre, tos, cefalea, acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: rinorrea, disnea, irritabilidad [...] odinofagia [...].

Bajo la definición anterior, en ese momento la paciente no tenía un diagnóstico específico de la sintomatología que presentaba, la cual podría ser sugestiva de infección de vías respiratorias incipiente; además, pertenecía a un grupo de riesgo para la infección del virus de la influenza A (H1N1). Al no realizar una valoración adecuada y oportuna de la paciente, los médicos del HPP no cumplieron sus obligaciones de medios e incurrieron en mala práctica médica. [...]

En el expediente clínico del HPP, no se hace constar cuál fue la valoración cardio pulmonar realizada por los médicos que atendieron a la [...] [nombre de la niña agraviada Q]. De acuerdo a la respuesta brindada por el Dr. Emilio Escobar Picazo, Director del Hospital Pediátrico Peralvillo, en el oficio 0136/08/13 el día 09 de agosto de 2013, menciona que: La nota inicial de Urgencias es una herramienta elaborada en el servicio para dar atención médica con mayor celeridad, ya que posibilita el registro de datos clínicos importantes, presentes, o positivos para definir algún signo o para integrar un síndrome de alguna enfermedad. En ella, solo se registran los datos anormales, no se registran datos clínicos normales. Si el paciente requiere que se agreguen más datos, por el padecimiento que presente, se elabora una Nota Médica.

En contraste, la NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en su numeral 7.1.4, respecto a las notas médicas de Urgencias, se menciona que éstas, deben contener: Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso. Y la exploración física debe contener, de acuerdo al numeral 6.1.2.: Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales. En este caso, no existe constancia en el expediente clínico que se halla explorado el área cardiopulmonar de la paciente, lo que finalmente no está acorde con [lo] establecido en la normatividad ni en la literatura médica.

El no incluir en las notas médicas el resultado, ya sea normal o anormal de una exploración física del área cardiopulmonar en una paciente que presentaba sintomatología respiratoria, hace constar una exploración física incompleta; ya que se omitió describir en la nota médica de urgencias Pediatría [...] y en la nota subsecuente [...], los resultados de la exploración anteriormente mencionada.

La paciente, de acuerdo a lo descrito por el Departamento de Infectología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, [...] presentaba taquipnea, esto es un incremento en la frecuencia respiratoria igual o superior a 40 respiraciones por minuto. Así como fiebre, faringe hiperfémica e irritabilidad. La sintomatología anterior no se integró en un diagnóstico clínico integral.

C) Ahora bien, debido a que la hora de la defunción fue a las 22:00 horas aproximadamente del día 27 de abril de 2009, de acuerdo a lo asentado en el Certificado de Defunción con folio 090323451 de la Secretaría de Salud, y la última atención médica recibida por la paciente fue a las 12:30 horas del día 27 de abril de 2009; esto nos da un lapso de 10 horas aproximadamente. Este fue el tiempo que transcurrió desde la última atención médica y la muerte de la menor [de edad]. [...]La interrogante que surge, conociendo lo anterior es: ¿existe algún nexo causal entre la mala práctica médica del HPP y la muerte de la menor [de edad]?


Para contestar la interrogante anterior, es de suma importancia conocer cuál fue la causa de la muerte, de acuerdo a lo reportado por la necropsia de manera inicial es por una pleuroneumonía. Posteriormente, y con los estudios histopatológicos de los fragmentos de órganos menciona que fue un cuadro séptico la causa de la muerte.

De acuerdo a los hallazgos encontrados a nivel histopatológico, se encuentra que hubo afectación bacteriana en varios órganos: Colonias bacterianas en pulmón, corazón y piel; microabscesos en meninges, corazón, hígado. Así como datos de neumonía y meningitis aguda. Basándose en el estudio histopatológico e independientemente de la discusión de la causa y mecanismo de la muerte, se observa que existen cambios histopatológicos sugestivos de un proceso infeccioso diseminado que afectó los órganos anteriormente mencionados.

La literatura médica refiere que, para que un proceso infeccioso se disemine en el organismo de una persona inmuno competente, existe un proceso en el cual, la infección debe vencer la resistencia del sistema inmune y poner en marcha varios mecanismos compensatorios. Dependerá del o los órganos afectados, la signo sintomatología que se manifestará en el paciente.

Las etapas de la sepsis son progresivas, por lo que resulta difícil creer que la paciente, al momento de la revisión por parte del HPP no presentaba manifestación clínica alguna; y más cuando en la respuesta en el oficio 128/06/2009 de fecha 19 de junio de 2009, brindada por el Director del Hospital Pediátrico Peralvillo [...], se menciona que la paciente; a su egreso, presentaba un cuadro de "faringitis viral", lo que finalmente es un cuadro infeccioso, el cual sería consistente con la etiología e historia natural de una infección que posteriormente evoluciona a sepsis y sus complicaciones: sepsis grave, shock séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple y finalmente, la muerte.

Lo anterior tiene consistencia con la evolución posterior referida por los padres de la [niña] agravada: la menor [de edad] comenzó a respirar de forma rápida; también guardaría relación con los hallazgos macroscópicos (natas fibrinopurulentas, salida de material purulento que escurre en su parénquima al corte e infiltración hemática a nivel pulmonar) e histopatológicos (Neumonía aguda, edema pulmonar, infartos pulmonares, abscesos pulmonares, trombos de colonias bacterianas), así como los datos encontrados en la exploración física (faringitis). Datos sugerentes de que médicamente, el proceso primario fue en vías respiratorias y de ahí se diseminó a otros sitios, ya que la sintomatología inicial aparentemente fue en vías respiratorias y no en otros órganos o sistemas.



Ahora bien, aunque es cierto que algunos procesos infecciosos pueden llegar a ser fulminantes y evolucionar en un periodo corto de tiempo, por los datos clínicos, morfológicos e histopatológicos, el foco primario fue una neumonía aguda. Un proceso infeccioso que muy probablemente se podría haber diagnosticado ya sea con una exploración médica exhaustiva o con estudios de laboratorio o gabinete (Rayos X). Los cuales, como se discutió en el apartado B) del presente análisis, se encontraban indicados, dado el contexto (contingencia sanitaria por la Influenza A H1N1) en el que se desarrollaba la signo sintomatología de la paciente.

Por lo que, se encuentra que los médicos tratantes del HPP no le ofrecieron a la paciente los medios diagnósticos médicos para poder confirmar o descartar el origen, ya sea bacteriano o viral de la faringitis y el exantema que estaba presentando la paciente, en un contexto de contingencia sanitaria por Influenza A H1N1. El expediente clínico es el documento en donde se asienta las acciones e intervenciones médicas en la atención de un paciente. Al no encontrarse parte de la valoración que se le realizó a la menor [de edad] en ese momento, esto es unas horas antes de su muerte, se impidió el conocer las condiciones clínicas en las que se encontraba horas antes de su fallecimiento.

La omisión de medios diagnósticos por parte de los médicos tratantes del HPP impidió realizar un diagnóstico oportuno en la paciente, la cual ya presentaba características clínicas compatibles con una infección de vías respiratorias superiores y con ello la privó de recibir un tratamiento médico oportuno. Esto sin contar también el hecho de no avisar al Ministerio Público sobre las discrepancias en la mecánica de lesión narrada por la madre.

Se desconoce cuál fue el resultado de la exploración física de vías aéreas inferiores (exploración cardiopulmonar) por que [sic] no se encuentra asentado en el expediente clínico del HPP.

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



## VI. CONCLUSIONES

1. Del análisis del inciso A) del apartado de Análisis del presente informe, se desprende que no se le brindó a la paciente una valoración médica oportuna y adecuada en el Centro de Salud TIII Dr. Luis Mazzotti Galindo, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal debido a:

1.1. El CS TIII LMG tenía 11 meses sin contar con técnico radiólogo, lo que ocasionó que no se le realizará, en el momento que lo requería la paciente, una radiografía de la extremidad inferior derecha.

1.2. La nota médica de atención del CS TIII LMG del día 25 de abril de 2009, no se ajusta a lo mencionado en el numeral 6.1.2 de la Norma Oficial Mexicana, NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, lo que obstaculiza el conocer parte de los hallazgos de la exploración física que present[ó] la paciente.

1.3. Se contó con una paciente sin datos semiológicos claros del inicio, evolución, forma de presentación del dolor en la pierna derecha así como no contar con estudios radiográficos y requerirlos para el estudio integral del paciente, se debió solicitar apoyo a una unidad médica con mayor capacidad resolutive para establecer un diagnóstico oportuno.

1.4. No se contaba con datos semiológicos claros sobre el inicio, evolución y forma de presentación de la fiebre. No se asienta en el expediente clínico los signos vitales que la paciente presentó en ese momento. No se solicitan estudios de laboratorio para descartar o confirmar el origen de la fiebre. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos, la fiebre es un síntoma que se auto limita y generalmente cursa sin complicaciones; también es cierto que en este caso, debido a la deficiente semiología sobre la aparición de la fiebre, no se contó con la posibilidad de ubicar un origen de la fiebre.

Lo anterior, se puede definir como mala práctica médica; sin embargo a pesar de existir, no se puede establecer un nexo causal entre dicha mala práctica y la muerte de la paciente. Lo anterior, debido a la falta de estudios de laboratorio o sintomatología que hicieran sospechar un proceso séptico incipiente.

2. Del análisis del inciso B) del apartado de Análisis del presente informe, se desprende que no se le brindó a la paciente una valoración médica oportuna y adecuada en el Hospital Pediátrico Peralvillo de la Secretaría de Salud del distrito Federal, debido a:

[...]

2.2. No se encontró asentado en las notas del HPP el resultado de la exploración física del área cardiopulmonar en una paciente que presentaba sintomatología respiratoria. Lo que, no está de acorde con lo mencionado en la NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en sus numerales 7.1.4 y 6.1.2; así como en la literatura médica consultada respecto a la exploración física.

2.3. Se incumplió con lo descrito en el Guía de manejo de influenza A (H1N1) Elaborada por la Secretaría de Salud Otoño-Invierno 2009, respecto al tamizaje de pacientes con cuadros respiratorios. Lo anterior en el contexto de la contingencia sanitaria de la influenza A (H1N1).

2.4. La sintomatología presente en la paciente: taquipnea, irritabilidad, fiebre, faringe hiperf[é]mica no fueron integrados en un diagnóstico clínico. No se realizó discusión médica alguna sobre el probable origen de dichos síntomas, con lo que se incumplió con los medios diagnósticos de la ciencia médica ofrece, en este caso estudios de laboratorio para descartar o confirmar el cuadro respiratorio que la paciente presentó, en un contexto de contingencia sanitaria por la Influenza A H1N1.

5. Con los datos anteriores se puede mencionar que, basándose en la fisiopatología de la sepsis, así como en lo reportado por el Servicio Médico Forense [...], existe consistencia entre la mala atención médica recibida por parte del HPP y la falta de un diagnóstico oportuno, en una paciente con antecedentes de infección de vías respiratorias y probable varicela la que no fue valorada médicamente de forma adecuada y apegada a lo descrito en la literatura médica consultada; lo que finalmente ocasionó la muerte de la paciente de acuerdo a lo reportado por el Servicio Médico Forense.  
[...]

160. Oficio DGSMU/4793/14, de fecha 3 de septiembre de 2014, signado por el doctor José Alfredo Jiménez Douglas, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual se informa lo siguiente:

[...] Por instrucciones del C. Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos y en atención a los oficios 3-12056-14 y 3-13176-14, mediante los cuales se solicitó información referente a nuestros especialistas cirujanos pediatras, se le informa lo siguiente:

*1. Referente al número total de médicas y médicos cirujanos pediatras asignados a los hospitales de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.*

*2. Referente al número de médicos y/o médicas de cirugía pediátrica que se encuentran efectivamente asignados a los hospitales, precisa cuantos se encuentran asignados por hospital y por turno, así como horarios en los que laboran.*

Al respecto, se hace de su conocimiento que son 62 los médicos y médicas adscritos asignados a nuestros hospitales de red. Se incorpora en esta documentación el Anexo 1 el cual detalla asignación, jornada y horarios.

*3. Cuál es el ingreso o percepciones de ese personal médico, así como las prestaciones o estímulos que tienen derecho.*

En este rubro, hago de su conocimiento que las percepciones del área médica se encuentran reguladas por el Tabulador de Sueldos para esta Secretaría que autoriza la Oficialía Mayor del Gobierno del Distrito Federal. (Se anexa copia del tabulador), haciendo mención que esta Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos conforme a lo estipulado en los Artículos 30 y 33 Ter. del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, así como, del apartado correspondiente del Manual Administrativo de la Secretaría de Salud publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en fecha de 26 de Enero de 2012, únicamente valida la contratación de personal para las unidades hospitalarias, sin que ello implique la forma de su contratación y el otorgamiento de prestaciones, toda vez que el área responsable de la asignación presupuestal para ese fin, es la Dirección General de Administración a través de la Dirección de Recursos Humanos.



Derivado de lo anterior, agradeceré atentamente a esa Comisión de Derechos Humanos tener por atendida la solicitud que nos ocupa y de ser procedente concluir el expediente de queja correspondiente, así como, notificar a las áreas relacionadas de esta Secretaría de Salud.

**MÉDICOS CIRUJANOS PEDIATRAS HOSPITALES DE RED  
ANEXO 1**

UNIDAD HOSPITALARIA	TIPO DE CONTRATACIÓN (BASE, HONORARIOS)	JORNADA	HORARIO
PEDIÁTRICO COYOACÁN	BASE	MATUTINO	7:00 A 14:00
	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 14:30
	HONORARIOS	VESPERTINO	13:00 A 21:00
	HONORARIOS	VESPERTINO	14:00 A 22:00
	BASE	NOCTURNO	19:00 A 7:00
UNIDAD HOSPITALARIA	TIPO DE CONTRATACIÓN (BASE, HONORARIOS)	JORNADA	HORARIO
	HONORARIOS	SÁBADO, DOMINGO Y FESTIVOS	8:00 A 20:00
MATERNO PEDIÁTRICO XOCHIMILCO	BASE	MATUTINO	7:00 A 13:00
	HONORARIOS	MATUTINO	7:00 A 15:00
	HONORARIOS	SÁBADO Y DOMINGO	SAB: 7:00 A 19:00 DOM: 7:00 AM A 7:00 AM
PEDIÁTRICO SAN JUAN DE ARAGÓN	BASE	JORNADA ACUMULADA	8:00 A 8:00
	BASE	VESPERTINO	14:30 A 21:30
	HONORARIOS	MATUTINO	6:00 A 14:00
	HONORARIOS	MATUTINO	7:00 A 15:00
	HONORARIOS	JORNADA ACUMULADA	8:00 A 8:00
PEDIÁTRICO PERALVILLO	BASE	<b>EN COMISIÓN</b>	7:00 A 14:00
	BASE	MATUTINO	8:30 A 15:30
	HONORARIOS	MATUTINO	7:00 A 14:00
	HONORARIOS	MATUTINO	7:00 A 15:00
PEDIÁTRICO IZTAPALAPA	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 14:30
	BASE	MATUTINO	7:30 A 14:30
PEDIÁTRICO AZCAPOTZALCO	BASE	MATUTINO	8:00 A 15:00
	HONORARIOS	MATUTINO	6:00 A 14:00
PEDIÁTRICO TACUBAYA	BASE	MATUTINO	7:00 A 14:00
	HONORARIOS	SÁBADO, DOMINGO Y FESTIVOS LUNES	8:00 A 20:00 20:00 A 8:00
PEDIÁTRICO LEGARIA	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 13:30



MATERNAL INFANTIL CUAJIMALPA	BASE	NOCTURNO	19:00 A 6:00
PEDIÁTRICO IZTACALCO	BASE	MATUTINO	7:00 A 14:00
GENERAL RUBÉN LEÑERO	BASE	MATUTINO	7:00 A 14:00
PEDIÁTRICO MOCTEZUMA	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 14:30
	BASE	MATUTINO	7:00 A 13:00
	BASE	JORNADA ACUMULADA	7:00 A 19:00
	HONORARIOS	JORNADA ACUMULADA	7:00 A 19:00
	BASE	MATUTINO	7:10 A 14:10
	2 BASE	MATUTINO	7:30 A 14:30
	2 BASE	MATUTINO	8:00 A 15:00
	HONORARIOS	VESPETINO	15:00 A 23:00
	BASE	VESPETINO	15:45 A 22:45
	BASE	NOCTURNO	19:00 A 6:00
	BASE	NOCTURNO	21:00 A 8:00
<b>UNIDAD HOSPITALARIA</b>	<b>TIPO DE CONTRATACIÓN (BASE, HONORARIOS)</b>	<b>JORNADA</b>	<b>HORARIO</b>
	2 BASE	NOCTURNO	20:00 A 7:00
	BASE	NOCTURNO	20:30 A 7:30
	BASE	NOCTURNO	21:00 A 8:00
	BASE	<b>PROCESO DE JUBILACIÓN</b>	19:30 A 6:30
GENERAL TICOMÁN	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 14:00
	BASE	MATUTINO	7:00 A 14:30
	HONORARIOS	MATUTINO	7:00 A 14:30
	HONORARIOS	MATUTINO	8:00 A 16:00
	HONORARIOS	MATUTINO	6:30 A 14:00
	BASE	MATUTINO	8:00 A 14:00
	2 HONORARIOS	VESPETINO	12:00 A 19:30
	BASE	VESPETINO	13:00 A 19:30
	BASE	VESPETINO	19:00 A 7:00
	BASE	NOCTURNO	21:00 A 7:00
	BASE	NOCTURNO	21:00 A 9:00
	HONORARIOS	SÁBADO, DOMINGO Y FESTIVOS	8:00 A 20:00
	HONORARIOS	SÁBADO Y DOMINGO	8:00 A 20:00

**MÉDICOS CIRUJANOS PEDIÁTRAS HOSPITALES DE RED**

<b>UNIDAD HOSPITALARIA</b>	<b>TIPO DE CONTRATACIÓN (BASE, HONORARIOS)</b>
MATERNAL INFANTIL TOPILEJO	NINGUNO
MATERNAL INFANTIL CUAUTEPEC	NINGUNO
MATERNAL INFANTIL INGUARAN	NINGUNO
MATERNAL INFANTIL NICOLÁS M. CEDILLO	NINGUNO
MATERNAL INFANTIL MAGDALENA CONTRERAS	NINGUNO
MATERNAL INFANTIL TLAHUAC	NINGUNO
GENERAL LA VILLA	NINGUNO
GENERAL MILPA ALTA	NINGUNO
ESPECIALIDADES BELISARIO DOMÍNGUEZ	NINGUNO
GENERAL TLAHUAC	NINGUNO
GENERAL BALBUENA	NINGUNO
CLÍNICA HOSPITAL EMILIANO ZAPATA	NINGUNO
TORRE MÉDICA TEPEPAN	NINGUNO
TOXICOLÓGICO VENUSTIANO CARRANZA	NINGUNO
TOXICOLÓGICO XOCHIMILCO	NINGUNO

