



## Anexo

Expediente: CDHDF/III/122/VC/16/D5753

**Víctima directa:** Víctima directa y sobreviviente de violencia obstétrica.

**Víctimas indirectas:** Víctima indirecta 1, madre de la víctima directa. Víctima indirecta 2, hermana de la víctima directa y persona peticionaria en el expediente de queja. Víctima indirecta 3, hermana de la víctima directa.

1. Hoja del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de 12 de junio de 2016, suscrita por el doctor José Luis Valadez, responsable del Centro de Salud T-III "Dr. Francisco J. Balmis" de los Servicios de Salud Pública del entonces Distrito Federal, hoy Ciudad de México, contenido en el expediente clínico de la víctima directa, en el que se asentó:

2. Nota de Atención de Primera Vez, Ginecología e Historia Clínica de fecha 8 de agosto de 2016, contenida en el expediente clínico correspondiente a la víctima directa y elaborada por la doctora Rosa Ma. Lezama Barragán, ginecobstetra del Hospital General Iztapalapa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESA), en la que asentó:

USG primero del día 03 de Feb (Sic)

[...] Paciente consciente, orientada cooperadora, con [...] abdomen

3. Nota médica inicial de urgencias del Hospital General Iztapalapa de SEDESA, sin nombre y/o firma del personal que lo suscribió, de fecha y hora de registro del 3 de septiembre de 2016 a las 4:31, correspondiente a la víctima directa; documento que se encuentra integrado a la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, de la cual se desprende lo siguiente:



4. Nota Médica Inicial de Urgencias con fecha y hora de registro del 3 de septiembre de 2016 a las 5:30 horas, respecto de la víctima directa, signada por la doctora Marilyn Venileyn Ibarra Uribe, médica adscrita al Servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil Inguarán (en adelante HMII) de la SEDESA, en la que asentó lo siguiente:

[...] Acude a consulta refiriendo

[...]

IDX

[...]



5. Hoja de Partograma y/o Evolución del trabajo de Parto del 3 de septiembre de 2016, que obra en el expediente clínico de la víctima directa del HMII de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:



6. Órdenes médicas para el control y tratamiento de pacientes hospitalizados de fecha 3 de septiembre de 2016, suscritas por los doctores Juan Bautista Alvarado Castro y Juan Soriano Constantino, ambos médicos ginecobstetras del HMII, que constan en el expediente clínico correspondiente a la víctima directa, en las que se asentó lo siguiente:

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

7. Solicitud y registro de intervención quirúrgica elaborada a las 14:50 horas del 3 de septiembre de 2016 por el ginecobstetra Juan Soriano Constantino, adscrito al HMII de la SEDESA, documento que consta en el expediente clínico de la víctima directa en ese hospital y de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

OPERACIÓN PROYECTADA: Cesárea tipo Kerr

[...]

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

[...]

DESCRIPCIÓN DE: TÉCNICA (1) HALLAZGOS OPERATORIOS (2)  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (3) OBSERVACIONES (4)  
CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS (5) SANGRADO ML (6)

2. HALLAZGOS:



**8.** Nota de enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano del 3 de septiembre de 2016, a las 15:19 horas, suscrita por la enfermera María Angélica Zenteno Servín, adscrita al HMII de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa en ese hospital, de la cual se desprende en el apartado de observaciones, lo siguiente:

15:19 horas

(Sic). No se realiza reconocimiento visual con la madre por encontrarse con efecto anestésico. Se notifica a servicios correspondientes.  
Enf. Angélica Servín.

18:00 hrs.

Se realiza reconocimiento visual por el familiar – mamá de la paciente.

18:30 hrs.

Paciente sin efecto anestésico realiza reconocimiento visual del óbito con brazalete de identificación. Se lleva al obituario.  
Enf. Angélica Servín.

**9.** Resumen clínico del recién nacido hijo de la víctima directa del 3 de septiembre 2016, elaborado por el doctor Ranulfo Jesús Ramos Beltrán, médico pediatra adscrito al Hospital Materno Infantil Inguarán de la SEDESA, que consta en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, del cual se desprende lo siguiente:

RESUMEN CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO [...],  
HIJO DE [LA VÍCTIMA DIRECTA]

**10.** Certificado de muerte fetal del 3 de septiembre de 2016, elaborado por el doctor Juan Bautista Alvarado Castro, ginecobstetra del HMII de la SEDESA, en el que asentó lo siguiente:





**11.** Aviso de defunción del 3 de septiembre de 2016, firmado por el ginecobstetra Juan Soriano Constantino, la enfermera María Angélica Servín Zenteno y el personal que recibió el reporte en la oficina de admisión, todos del Hospital Materno Infantil Inguarán de la SEDESA, en el que se asentó:

Unidad Médica: Hospital Materno Infantil “Inguarán” Clave  
DFSSA003705  
Nombre: [...] —RN— [...] No. Expediente [...]  
Edad: 0/30 Sexo: Hombre Servicio: Tococirugía Cama: Quirófano  
2  
El enfermo mencionado falleció a las: 15:19 horas del 03/09/2016  
Producto de cesárea peso Talla  
Fecha de reporte: 03/09/2016 Hora: \_\_\_\_\_

**12.** Nota de procedimiento del 3 de septiembre de 2016, suscrita a las 21:00 horas por el doctor Eduardo Gómez Zarate, médico intensivista del área de Medicina Crítica del HMII de la SEDESA, que consta en el expediente clínico de la víctima, de la cual se desprende lo siguiente:

[...] Se identifica paciente con

En este momento no cuento con servicio de radiología.

Se realiza verificación inicial con ultrasonografía, sin evidencia de neumotórax en el momento.

Pendiente realización de radiografía control de catéter en cuanto se cuente con el servicio.

**13.** Hoja de registro de patología del HMII respecto del depósito y disposición del cuerpo del R/N hijo de la víctima directa del 3 de septiembre de 2016, a las 18:45 horas, sin nombre de quien lo suscribe, de la que se desprende lo siguiente:

**14.** Acta de denuncia o querrela -sin día- del mes de septiembre de 2016, realizada por el hermano de la víctima directa, ante el licenciado Marcos Miranda Cabrera, Auxiliar adscrito a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos (en adelante FIDCSP) de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México (en adelante PGJ-CDMX), que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:

**15.** Acuerdo de inicio de la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, de fecha 4 de septiembre de 2016, a las 09:07 horas, suscrito por el licenciado Jesús Ignacio Sánchez Gómez, agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación B-3 Con Detenido de la FIDCSP de la PGJ-CDMX, en el que se asentó:



**16.** Tarjeta Informativa del 5 de septiembre del 2016, elaborada por la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del HMII de la SEDESA, quien expuso lo siguiente:

Por medio de la presente informo que el día 05 de septiembre del 2016 siendo aproximadamente las 9:00 hrs., en el área que ocupa la dirección recibo a la madre de la [víctima directa] de nombre [...], a quien se le explicó el estado de salud de su paciente con (Sic), la cual se encuentra en el área de terapia intensiva. Asimismo, se le explicó ampliamente el manejo a seguir y la toma de los estudios requeridos, dicha información fue explicada también por el personal de terapia intensiva; sin embargo, la familiar se niega a firmar de enterada de la información proporcionada.

A las 11:00 hrs. ante presencia de el personal de terapia intensiva solicita la realización de radiografía de tórax percatándose de , por lo que se le explica a la paciente y familiar la necesidad de colocar un ; sin embargo, la familiar [madre de la víctima directa] no acepta el manejo refiriendo que necesita hablarlo con toda la familia y solicitar una segunda opinión, por lo que se espera el consentimiento para la realización de dicho procedimiento. Aproximadamente a las 14:00 ingresan nuevamente al área de dirección la [madre], [padre] y [hermana] de la paciente para nuevamente solicitar informes, por lo que se les explica el diagnóstico en forma clara y sencilla en forma conjunta con la Dra. Avilés Hernández María Margarita, encargada de la terapia, el procedimiento a seguir en dichos casos que es la colocación de una y sello de agua para evitar la progresión, estando resolviendo dudas del manejo por más de 30 minutos, al término de dicha sesión deciden aceptar el manejo, firmando hoja de consentimiento.

Por parte del departamento de trabajo social se le ha explicado a la [madre de la víctima directa], el proceso para entrega del cuerpo del menor recién nacido óbito, el cual se encuentra en obituario del hospital desde el día 03 de septiembre del 2016 y que desde esa fecha cuenta con certificado de defunción; sin embargo, los familiares se niegan hacer los trámites pertinentes y continúan con la negativa de firmar de que se les ha enterado del mismo, haciéndose notas en el departamento de trabajo social de dichos hechos [...]

**17.** Entrevista ministerial rendida el 6 de septiembre de 2016, a las 12:09 horas, por el [hermano de la víctima directa], en calidad de denunciante, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en las constancias que integran la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:

**18.** Acta de denuncia o querrela -sin fecha-, realizada por la víctima directa, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público y la licenciada Liliana Magaña Vázquez, ambas adscritas a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:



**19.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP, dirigido al C. Encargado Responsable de Agencia en la Coordinación Territorial de Venustiano Carranza-2, ambos de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:



**20.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, dirigido al C. Coordinador General de Servicios Periciales de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

**21.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza 1 de la PGJ-CDMX, dirigido a la Dirección del HMII, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

[...]

**22.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza 1 de la PGJ-CDMX, dirigido a la Coordinación de la Policía de Investigación en VC-1, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

[...]



**23.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza 1 de la PGJ-CDMX, dirigido a la Dirección del HMII, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

[...]

**24.** Registro de Cadena de Custodia en caso de un cadáver “Anexo 3-A”, iniciada el 6 de septiembre de 2016, suscrito por Leticia Ortega Peralta, Perita en la Especialidad de Criminalística de Campo adscrita a la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:

**25.** Dictamen Pericial del 6 de septiembre de 2016, suscrito por Leticia Ortega Pedraza, Perita en la Especialidad de Criminalística de Campo adscrita a la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGJ-CDMX, dirigido al licenciado Miguel Ángel Álvarez, Oficial Secretario del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de esa Procuraduría, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:







**26.** Oficio sin número del 6 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, dirigido al Médico Legista adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de esa Procuraduría, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:

**27.** Entrevista ministerial rendida el 6 de septiembre de 2016, a las 23:10 horas, por la madre de la víctima directa, en calidad de testigo de hechos, ante el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:





**28.** Acuerdo de inicio de la carpeta de investigación [...] R1, de fecha 7 de septiembre de 2016, a las 02:00 horas, emitido por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación 1 Sin Detenido de la Agencia Investigadora VC-1 de la Fiscalía de Investigación en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, en la que se determinó lo siguiente:



**29.** Actuación ministerial de 7 de septiembre de 2016, a las 4:50 horas del licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación 1 Sin Detenido de la Agencia Investigadora VC-1 de la Fiscalía de Investigación en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, integrada en la carpeta de investigación [...] R1, de la que se desprende lo siguiente:

**30.** Oficio sin número del 7 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público, adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, dirigido a la Dirección del HMII, que obra en la carpeta de investigación [...] R1, del cual se transcribe lo siguiente:

**31.** Actuación ministerial de 7 de septiembre de 2016, a las 16:00 horas del licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación 1 Sin Detenido de la Agencia Investigadora VC-1 de la Fiscalía de



Investigación en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, integrada en la carpeta de investigación [...] R1, de la que se desprende lo siguiente:

**32.** Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia del 7 de septiembre de 2016, realizada por la doctora María Margarita Avilés Hernández, médica intensivista adscrita al HMII de la SEDESA, del que se desprende lo siguiente:

**33.** Oficio SSCDMX/HMII/DIR420/2016 del 7 de septiembre de 2016, suscrito por la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del HMII de la SEDESA, dirigido a esta CDHDF, del que se desprende lo siguiente:

[...] El personal del Hospital Materno Infantil Inguarán continuará brindando la atención médico-asistencial multidisciplinaria, ginecólogos, intensivistas, psicólogos y psiquiatra, a la paciente [víctima directa] proporcionando como se ha venido haciendo puntualmente, todos los insumos y medicamentos que requiera de acuerdo a normatividad existente, se continuará brindando informes a familiar responsable sobre el padecimiento y manejo a seguir de acuerdo a su evolución [...] en forma clara y sencilla; sin embargo, los familiares a quienes se les ha



informado sobre el estado de salud de la paciente se niegan a firmar de enterados como se hace referencia en notas médicas y de trabajo social.

c) En caso de ser necesario y de acuerdo a evolución de la paciente, se cuenta con notificación a la red hospitalaria para el traslado seguro a través del CRUM, el día de hoy y debido a la falta de personal médico de terapia intensiva en el turno nocturno, se realiza traslado al Hospital General Balbuena para continuar brindando la atención médica requerida.

d) En relación a la entrega del producto óbito se informó desde el día 03 de septiembre del 2016, las posibles causas de fallecimiento y los procedimientos a seguir para la entrega del mismo, contándose con certificación de defunción desde dicha fecha, con número de folio [...] negándose los familiares a realizar trámites, siendo hasta el día 06 de septiembre del 2016, que fue retirado de esta unidad hospitalaria por la Lic. Leticia Ortega y Lic. Gustavo Cortés peritos en criminalística y fotografía de la procuraduría general de justicia VC-1 (Sic), quedándose en esta unidad hospitalaria el certificado de defunción realizado previamente.  
[...]

**34.** Acta Médica número del 7 de septiembre de 2016, suscrita por el doctor José Antonio Carrillo Baltazar, Médico Legista adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la PGJ-CDMX, de la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Resoluciones de la SEDESA, que obra en la carpeta de investigación R1, iniciada con motivo de los hechos, de la que se desprende lo siguiente:

**35.** Oficio sin número del 7 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público, adscrito a la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, dirigido al Director del Instituto de Ciencias Forenses (en adelante INCIFO) del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, hoy Ciudad de México (en adelante TSJ-CDMX), que obra en la carpeta de investigación [...] R1, del cual se transcribe lo siguiente:

**36.** Informe de Policía de Investigación del 7 de septiembre de 2016, suscrito por los servidores públicos Sergio Cruz Martínez, Jefe de Grupo de la Policía de Investigación en VC-1, y Alejandro Robles Hurtado, Policía de Investigación adscrito a la Coordinación de Policía de Investigación en VC-1, dirigido al licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público, del cual se desprende lo siguiente:



[...]





**37.** Oficio del 8 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público, adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, dirigido al Director del INCIFO, que obra en la carpeta de investigación R1 iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:

**38.** Oficio de 8 de septiembre de 2016, suscrito por el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público, adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, dirigido al Director del INCIFO, que obra en la carpeta de investigación [...] R1, del que se desprende lo siguiente:

**39.** Nota de Valoración de Cirugía General del 8 de septiembre de 2016, a las 04:00 horas, suscrita por el doctor Jaramillo y la doctora Romero Hernández, ambos adscritos al Hospital General Balbuena (en adelante HGB) de la SEDESA, en la que consta lo siguiente:

[...]  
Paciente de [...] década de la vida quien se encuentra sin datos de dificultad respiratoria, por lo que en este momento no amerita manejo quirúrgico ni médico por parte de nuestro servicio, por lo que continuamos como interconsultantes [...]



**40.** Nota de Valoración de Terapia Intensiva del 8 de septiembre de 2016, a las 5:17 horas, suscrita por el doctor “Velázquez” y el doctor “López”, ambos adscritos al HGB de la SEDESA, en la que asentaron lo siguiente:

**41.** Actuación ministerial de 8 de septiembre de 2016, a las 18:30 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**42.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016, a las 5:00 horas, la cual consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**43.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016, a la 9:18 horas, la cual consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la



Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**44.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016, a las 12:00 horas, la cual consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**45.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016, a las 16:00 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**46.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016 (Por error atribuible a personal ministerial, dicha constancia se asentó con fecha de 10 de septiembre) a las 22:00 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:



**47.** Actuación ministerial de 9 de septiembre de 2016, a las 23:10 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**48.** Actuación ministerial de 10 de septiembre de 2016, a las 00:45 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**49.** Registro de cadena de custodia firmado el 10 de septiembre de 2016, a las 10:10 horas, suscrito por el doctor Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, Perito Médico Forense adscrito al INCIFO del TSJ-CDMX, en el que se aprecia lo siguiente:



**50.** Actuación ministerial de 10 de septiembre de 2016, a las 11:40 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

[...]

**51.** Actuación ministerial de 10 de septiembre de 2016, a las 17:30 horas que consta en la carpeta de investigación [...] R1, en la que el licenciado Octavio Reyna Ávila, agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial VC-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Venustiano Carranza de la PGJ-CDMX, asentó lo siguiente:

**52.** Dictamen Médico Forense de Necropsia de Ley del 10 de septiembre de 2016, suscrito por el doctor Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, Perito Médico Forense adscrito al INCIFO del TSJ-CDMX; documento que obra en la carpeta de investigación [...] R1, del que se desprende lo siguiente:



**53.** Acta circunstanciada del 13 de septiembre de 2016, suscrita por un Visitador Adjunto adscrito a esta CDHDF, en la que se hizo constar lo siguiente:

[...] me constituí en el Hospital General Balbuena, a fin de estar presente en una reunión a la que asistieron la [madre], su hija [...] y el suscrito, y por el hospital los médicos Héctor Eduardo Sánchez Aparicio, Gabriel Mejía Consuelos, Carlos Vázquez Alatraste y Julio César Delgadillo García, Jefe de Enseñanza e Investigación, Jefe de Cirugía General, Jefe de Ginecología y Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva, respectivamente.

Lo anterior, a fin de que los médicos informaran a la [madre de la víctima directa] y a su hija [hermana de la víctima directa] el estado actual de la paciente, pues la primera de ellas había informado a personal de esta Comisión que se le proporcionaba información contradictoria.

Al respecto, los médicos manifestaron que la paciente se encuentra en el área de terapia intensiva y el caso lo tienen considerado como “*Código Mater*”. Por lo mismo han tenido varias reuniones entre ellos para discutir su caso, constantemente la están monitoreando y diariamente le realizan estudios para ver si hay otras situaciones que resolver o prevenir.

En días anteriores la [víctima directa] presentó sin embargo, hoy amaneció estable y con cierta mejoría, pues la ya pasó y ha evacuado en tres ocasiones. No obstante, se tiene proyectada una cirugía para cambiarle el tubo pleural que tiene colocado porque

Ginecológicamente se encuentra bien y evoluciona favorablemente del parto.

Por último, los doctores explicaron en forma sencilla y detallada a las familiares de la paciente las dudas y preocupaciones que tenían sobre el estado de salud de esta última, y los médicos Gabriel Mejía Consuelos y

Julio César Delgadillo García les indicaron que podían acudir a ellos en caso de que así lo consideraran necesario [...]

**54.** Oficio sin número del 20 de septiembre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, dirigido al Director del INCIFO, que obra en la carpeta de investigación [...], del que se desprende lo siguiente:

**55.** Resumen médico del 21 de septiembre de 2016, elaborado por el doctor Edilberto Aarón Padilla Sandoval, médico adscrito al servicio de Medicina Crítica y Terapia Intensiva del HGB de SEDESA, en el que consta lo siguiente:

[...]

Se solicita el día 14 de septiembre ultrasonido de abdomen y pelvis donde reporta:

Pronostico (Sic) bueno para la vida, reservado para la función.

**56.** Informe del 23 de septiembre de 2016, suscrito por la doctora Marilyn Venileyn Ibarra Uribe, médica adscrita al Servicio de Ginecología del HMII de SEDESA, en atención a una solicitud de información de esta CDHDF, en el cual consta lo siguiente:

[...]

Se me notifica el 03-09-16 a las 5:30hrs, que hay paciente en área de Triage, consulta de urgencias, por lo que acudo a revisarla, se encuentra paciente de [...]



[...]

**57.** Informe del 23 de septiembre de 2016, suscrito por la doctora María Margarita Avilés Hernández, Médica de Terapia Intensiva del HMII de la SEDESA, dirigido a la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora de dicho nosocomio, del que se desprende lo siguiente:

[...]

1. Siendo médico contratado para el área durante turno matutino el resumen carece de continuidad de 24 hrs durante esta actuación, contemplando notas cada 24 hrs desde su ingreso en días de lunes a viernes, en el turno mencionado.
2. Sólo existe una actuación con evidencia escrita en expediente, en horario extra, respondiendo esto a relación médico paciente-familiares y autorizado verbalmente por dirección, que más adelante se explicará.

RESUMEN CLÍNICO PACIENTE: [VÍCTIMA DIRECTA]

Femenino de [...] años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia:

[...]

Mi intervención inicia el día 05-septiembre-2016. Durante el reinterrogatorio y la exploración física realizada a la paciente se detecta lo siguiente:



[...]

06-09-16 Recibo paciente con diagnósticos ya referidos. [...]

07-09-16 [...]

Considerando la falta de médico intensivista en turno nocturno, con fin de asegurar continuidad de manejo, así mismo considerando la paciente se encuentra en periodo crítico ante retiro de sonda endopleural y requiriendo vigilancia estrecha, en acuerdo y a través de dirección se inicia la solicitud de apoyo a otra unidad de la red con unidad de cuidados intensivos. Terminando mi turno aun sin recepción en unidad de apoyo.

Dando por terminada mi intervención en este caso, ya que durante siguiente turno se logra enlace y traslado a unidad de apoyo en unidad de ambulancia especializada en cuidados críticos al Hospital Balbuena (Sic) [...]

**58.** Informe del 23 de septiembre de 2016, suscrito por la doctora Altaír Ríos Morado, Médica adscrita a la Unidad de Terapia Intensiva del HMII de la SEDESA, dirigido a la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora de dicho nosocomio, del que se desprende lo siguiente:

[...]



La primera atención que brindé a la paciente fue en tiempo extraordinario a mi horario habitual (Lunes - Viernes 15:30 - 22:30) el día 3 de septiembre aproximadamente a las 23:00 hrs por petición verbal, vía telefónica, de la Doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del Hospital Materno Infantil Inguarán, quien me solicita acuda en apoyo al servicio de Terapia Intensiva del cual soy adscrita, toda vez que no contaba con Médico Adscrito en Turno Nocturno

El día 3 de septiembre del 2016, aproximadamente a las 23:00 horas, la paciente [víctima directa] Ingresa a la Unidad de Cuidados intensivos por orden de la Doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, procedente de Recuperación de la Unidad de Tococirugía de la misma Unidad Hospitalaria con diagnóstico  
durante procedimiento .

Procedo a realizar evaluación clínica y sistemática de la paciente concluyendo que se

**59.** Informe del 24 de septiembre de 2016, suscrito por el doctor Juan Bautista Alvarado Castro, médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMII de la SEDESA, dirigido a la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora de dicho nosocomio, del que se desprende lo siguiente:

[...]

Otorgué una atención integral a la misma la realicé con calidad, calidez y oportunidad bajo los lineamientos institucionales y aplicables a nivel nacional. Además, basándome en los lineamientos siguientes:

NOM-007 SSA 1993 (2016) Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

Guía de Práctica Clínica 052-08-12 Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto.

Guía de Práctica Clínica 042.9 (2009) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo a Término.

NOM-004-SSA3-2012 Expediente Clínico.



El día 3 de septiembre del presente año, durante mi jornada de trabajo como Médico adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Materno Infantil Inguarán [...]

Alas (Sic) 11:30 horas valoré a la paciente [víctima directa], la cual se encontraba internada en el Área de Unidad Tocoquirúrgica de dicha institución, encontrándose con los siguientes diagnósticos:

En ese momento, la paciente se encontraba con manejo a base

De acuerdo a las anotaciones de su partograma, la paciente mostraba una

, por lo que se decide continuar con mismo manejo y dosificación de medicamentos para conducción del trabajo de parto y vigilancia materna fetal estrecha.

[...]

Posteriormente, fui requerido como médico ayudante en la cesárea de la paciente [...], y al salir del procedimiento quirúrgico a las 14:50 horas, el



DR. JUAN SORIANO CONSTANTINO me comenta que lo apoye porque pasará a la paciente [víctima directa] a quirófano para de urgencia con los siguientes diagnósticos:

La paciente es trasladada a sala de para realización de , participando el suscrito como primer ayudante.

Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente es trasladada a la sala de recuperación, en este lapso se dan informes a la paciente y sus familiares.

El DR. JUAN SORIANO CONSTANTINO me solicita que le apoye con la elaboración de las indicaciones de igual manera se me pide realizar el Certificado de Defunción Fetal con número de folio [...] especificando en apartado certificada por otro médico.

En las indicaciones se inicia manejo con soluciones

durante procedimiento.

De esta manera expreso la atención que brinde a la paciente [la víctima directa] con número de Expediente [...], y reitero que la misma atención fue cordial, de calidad, calidez y oportuna y basada en las normas y lineamientos mencionados anteriormente.

**60.** Informe del 25 de septiembre de 2016, suscrito por el doctor Juan Soriano Constantino, Ginecobstetra adscrito al HMII de la SEDESA, del que se desprende lo siguiente:

[...] El 03 de septiembre del 2016 al ingresar al área de labor de la unidad de tococirugía realizo revisión de todas las pacientes que se encuentran en dicho servicio para valoración inicial y detectar si existe urgencia obstétrica la cual requiera procedimiento quirúrgicos de urgencia; detectándose a la paciente [...] en la cama 2 detectando pérdida del inicio trámites para y solicitando tiempo para realizar dicho procedimiento, continuó con revisión de paciente encontrando en la cama siguiente a [la víctima directa] de [...] años la cual reviso con nota correspondiente a las 7:20 hrs, con la siguiente información

Al momento de la valoración sin urgencia obstetricia, se mantiene con vigilancia obstétrica y monitorización fetal intermitente, en caso de pérdida de bienestar fetal se procederá a realizar ; paciente no exenta de complicaciones. Se hidrata y se realizara registro toco cardiográfico para evaluar condición fetal. Plan vigilancia obstétrica. Con signos vitales de Con revisión de las condiciones dilatación y frecuencia cardiaca fetal registrado en partograma con sello y firma como marca la guía de práctica clínica y la Norma Oficial Mexicana 007. Continúo con revisión de pacientes [...] Al término de la atención regreso nuevamente al área de labor para vigilancia de mis pacientes veo al Dr. Alvarado Castro revisando a la paciente de la cama 4 [...] con expediente [...], estando en la cama de al lado la paciente [víctima directa], la cual observo muy inquieta por lo procedo (Sic) a realizar revisión a las 14:53 y detecto una

, por lo que le comento al Dr. Juan Bautista Alvarado Castro sobre las condiciones se la paciente, ya que él estuvo vigilando a la paciente, por lo que se decide en forma conjunta por vía abdominal, por

. Se notifica a Médico Anestesiólogo la Dra. Mateo por la urgencia sólo se avisa de manera verbal. Se le comunica a la paciente [víctima directa] el motivo de la así como riesgos y posibles complicaciones, firmando ella de enterada y autorizando el procedimiento y se pasa a sala de quirófano, con pronóstico reservado de acuerdo a evolución de la paciente e incierto para el producto de la concepción.

Pasamos a la paciente el Dr. Alvarado y yo a la sala de quirófano 2, y al acudir a buscar al médico pediatra a la sala de expulsión me percató que en ese momento se pasa también paciente [...] con número de expediente [...] a sala de expulsión para atención de parto, a quien le atiendo parto acompañado de medico becario residente de primer año de ginecología y obstetricia recibiendo producto recién nacido a las 15:15 sin complicaciones y se entrega a médico pediatra Dr. Ramos, a quien informo que paciente se encuentra en quirófano 2 y el motivo de la urgencia, regreso al quirófano 2 donde me percató que aún no se inicia la cirugía por parte del Dr. Juan Bautista Alvarado Castro, por lo que realizo asepsia y antisepsia e inicio procedimiento quirúrgico a las 15:18

Médico pediatra se lleva al producto a realizar reanimación en sala contigua de quirófano 1 y posteriormente me notifica el médico pediatra que se trata de Se realiza alumbramiento y revisión de cavidad uterina, presentando

con termino de a las  
16:20hrs pasando a recuperación.  
[...]

**61.** Informe del Comité de Mortalidad Materna Perinatal del HMII de la SEDESA, correspondiente a la sesión realizada el 25 de septiembre de 2016, en el cual se establece lo siguiente:

Comité de Mortalidad Materna y Perinatal

Nombre: [...]

Fecha de ingreso.: 03/09/2016

[...]

Derechohabiencia: seguro popular

Atención medica (Sic) primer nivel: centro de salud

Atención medica (Sic) segundo nivel: Hosp. Materno Infantil Inguarán

Causa básica de complicación:

ANTECEDENTES:

PERSONALES PATOLÓGICOS: [...].

EVOLUCIÓN:

EVALUACIÓN DE TRIAGE:

031016 05:30  
[...], TALLA [...]

PESO

NOTA INICIAL DE URGENCIAS:

031016 (sin hora de inicio)

FUP: [...] app: negados [...] refiere

DX:

de una hora de evolución

Plan: ingresa UTQX

EVOLUCIÓN: 031016

06:30 horas

12:15 horas

NOTA

(14:53 horas)





NOTA (16:20 horas)

REGISTRO (16:53 horas)

En hoja de informando al servicio de ginecoobstetricia  
a las: 17:00, 17:30 y 18:00 hrs

REGISTRO DE ENFERMERÍA:

a las 17:00 hrs TA de 17:10 hrs de

INGRESO A TERAPIA INTENSIVA:

23:00 horas

NOTA DE GINECOLOGÍA: 041016

VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA: (12:47 hrs)





IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

1. Falta de revisión y seguimiento de pacientes en recuperación.
2. Falta apego a las guías en el manejo de choque.
3. Falta de criterios de ingreso a UCIA.

OBJETIVOS:

1. Realización el seguimiento y revisión de todas las pacientes que se encuentran en área de recuperación.
2. Manejo de los estados de choque de acuerdo a las guías de práctica clínica y lineamientos.
3. Estandarizar los criterios de ingreso y permanencia en UCIA.

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN:

1. Revisión completa de pacientes en área de recuperación verificación diaria de la realización de la actividad.
2. Capacitación todos los turnos sobre el manejo del estado de choque
3. Establecer procesos de verificación.
4. Crear y difundir los criterios de atención de pacientes obstétricas graves por la unidad de cuidados intensivos adultos.

**62.** Resultado de Laboratorio de Anatomía Patológica del 26 de septiembre de 2016, suscrito por el doctor Roberto Cuauhtémoc Mendoza Morales, perito patólogo forense adscrito al INCIFO del TSJ-CDMX, en relación al expediente INCIFO [...] y registro de patología [...], que consta en la carpeta de investigación [...], en el que se asentó lo siguiente:



Las alteraciones observadas corresponden al siguiente:

RESULTADO

**63.** Resumen de Nota Médica del 26 de septiembre de 2016, suscrito por el doctor Joel Ríos Tapia, Ginecobstetra adscrito al HMII de la SEDESA, del que se desprende lo siguiente:

[...] En el plan de manejo comento que la paciente es candidata a envío a otra unidad de cuidados intensivos, ya que en el hospital en el turno nocturno no se contaba con medico (Sic) Intensivista para su atención, que ya se tenía asegurado su traslado a la unidad de cuidados intensivos de Hospital General Balbuena, estando en espera de que familiares autoricen el traslado, explicándose la importancia de que se realizara el traslado por el motivo antes comentado, quedando en espera de esta autorización.

**64.** Nota de egreso y resumen clínico del 26 de septiembre de 2016, suscrita por la ginecobstetra Lilia Galindo Ortega, y el doctor Carlos Vázquez Alatríste, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Balbuena de la SEDESA, de la que se desprende lo siguiente:

[...]  
Fecha de ingreso: 70916 (Sic)  
Fecha de egreso: 260916: 11 hrs. (Sic)

Diagnósticos de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

[...]



**65.** Dictamen del 26 de septiembre de 2016, elaborado por la bióloga Angélica Hernández Varela, perito adscrita al Laboratorio de Genética Forense de la Coordinación de Servicios Periciales de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], del que se desprende lo siguiente:

[...]

**66.** Entrevista ministerial rendida el 28 de septiembre de 2016, a las 10:30 horas, por el sobrino de la víctima directa, en calidad de testigo, ante la licenciada Luz



María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:



**67.** Entrevista ministerial rendida el 28 de septiembre de 2016, a las 11:32 horas, por la madre de la víctima directa, en calidad de testigo, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:









**68.** Ampliación de dictamen médico forense del 9 de octubre de 2016, suscrito por el doctor Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, Perito Médico Forense adscrito INCIFO, dirigido al C. agente del Ministerio Público de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...] R1, del que se desprende lo siguiente:



**69.** Acta circunstanciada del 14 de octubre de 2016, suscrita por una Visitadora Adjunta de esta CDHDF, en la que hizo constar lo siguiente:

[...] en compañía de [...] personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, nos presentamos en la calle [...] donde entrevistamos con la [víctima directa], quien manifestó los siguientes hechos:

El 03 de septiembre del 2016 aproximadamente a las 04:00 de la mañana, mientras se encontraba en su casa, se le “”, por lo que acudió al Hospital General de Iztapalapa; sin embargo, al llegar al hospital e ingresar al área de enfermería, le comentaron que no había médicos y que tenía que trasladarse al Hospital General de Tláhuac o Inguarán.

Decidió trasladarse al Hospital Materno infantil de Inguarán, a donde llegó aproximadamente a las 5:40 horas. Ingresó al área de urgencias, la revisó un médico, que le hizo el tacto vaginal y la ingresaron al área de Tococirugía con un aparato para escuchar la frecuencia cardiaca de su bebé. Indicó que, en dicho lugar, llegó un médico que le realizó nuevamente el tacto vaginal, después otro médico, el cual traía una “pijama quirúrgica” de color rojo, le mencionó que la conocía, respondiendo la examinada que ella no, este mismo médico le realizó un



tacto vaginal nuevamente. [La víctima directa] refirió que posterior a realizar el tacto le tocó su ano, motivo por el cual la examinada lo empujó y éste se retiró del lugar.

Posteriormente, llegó otro médico que le mencionó que todavía no era “la hora para pasarla”. Indicó que transcurrieron aproximadamente de 3 a 4 horas donde llegó el mismo médico de la última ocasión y le dijo que ya “estaba completa” y se retiró. Pasaron aproximadamente 6 horas, cuando llegó un médico con una “pijama quirúrgica” de color negro el cual revisó el corazón de su bebé y se percató que los eran lentos, motivo por el que empezó a gritar en ese momento llegaron enfermeras, la prepararon y la ingresaron a quirófano escuchó que las enfermeras comenzaron a gritar “los doctores” y que con esto se quedó dormida.

Al despertar se encontraba en recuperación, un doctor con “pijama quirúrgica” de color rojo y otro de color azul estaban con ella y vio a su mamá que estaba desde una ventanilla, la examinada les preguntó por su bebé y le respondieron que había fallecido, motivo por el cual ella se desmayó.

Al despertar nuevamente, tenía algunos días y una doctora le dijo que le iban a colocar un porque la habían lastimado al colocar el Ese mismo día le colocaron un sello de agua y que del 3 al 7 de septiembre permaneció en Terapia Intensiva, durante su estancia en dicho servicio señaló que escuchaba que “respiraba por”, fue valorada por el servicio de Cirugía General y le colocaron, cuyo procedimiento fue realizado por un practicante y sin explicarle el motivo del mismo.

El 7 de septiembre de 2016, le retiraron y la trasladaron al Hospital General Balbuena en donde llegó al área de Trauma Choque y le mencionaron que la iban a valorar médicos y le colocarían un Al día siguiente la ingresaron a Terapia Intensiva y le dijeron que le iban a colocar. Refirió que las personas que realizaron el procedimiento de, eran “muy jóvenes, como si fueran practicantes” y después le dijeron que lo iban a volver acomodar.

Al día siguiente llegó otro doctor y la “volvieron a abrir” para acomodar el pero le refirieron que éste quedaba mal, por lo que en ese día estuvieron acomodando, varias veces,

Al siguiente día llegó una doctora que le comentó “que no servía para tener hijos”, situación que le platicó a su mamá.

En ese momento la señora [...] refirió que esa misma doctora le comentó “que lo pensara bien para no demandar”.

Continuando con su relato, víctima directa manifestó lo siguiente:

El domingo 11 de septiembre de 2016, aproximadamente a las 11:00 de la mañana, llegó una practicante que le dijo que se (refiriéndose a la \_\_\_\_\_), la cual le introdujo, después regresó y le realizó un tacto para valorar si no tenía “heces fecales”.

Ese mismo día ingresó a verla su mamá y no le proporcionaron informes, llegó la enfermera con \_\_\_\_\_, sin explicarle el motivo o indicación de dicho procedimiento.

La señora [...] manifestó que el 13 de septiembre de 2016, tuvo una reunión con el Subdirector Médico del Hospital General Balbuena, en donde le mencionaron que quizá la \_\_\_\_\_ “estaba tapada”, el Ginecólogo le señaló que no era necesaria otra \_\_\_\_\_. Ese mismo, por la tarde (Sic) le dijeron que iban a “abrir” nuevamente a [la víctima directa], porque se le veía algo “\_\_\_\_\_” y que iban a realizarle \_\_\_\_\_.

La [madre de la víctima directa] indicó que al día siguiente hicieron y le mostraron un \_\_\_\_\_, indicándole que había “\_\_\_\_\_”, por lo que firmaron la autorización para realizar el procedimiento \_\_\_\_\_.

La agraviada [víctima directa] continuó su relato y manifestó que:

La pasaron a quirófano y el médico le refirió que tenía “\_\_\_\_\_”, así como que \_\_\_\_\_ y lo volverían a colocar para acomodarlo nuevamente.

Refirió que, durante su estancia en dicho Hospital, en varias ocasiones, los médicos les comentaron que los habían acusado ante esta Comisión.

Le hicieron 5 “\_\_\_\_\_” y le explicaron la cuestión de acomodarle el \_\_\_\_\_.

El 16 de septiembre de 2016, llegó una doctora de nombre Alejandra Tapia, quien le comentó que ya estaba bien su \_\_\_\_\_ y que había tenido “mucho manipulación”, la cual no era necesaria, posterior a esto, dicha doctora envió a unos practicantes a “\_\_\_\_\_”.

Después llegó la doctora de guardia del fin de semana, quien platicó con ella y le mencionó que era mucho tiempo el que permaneció con el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ y que esperaban que en 48 horas se expandiera para poder darla de alta. Dicha doctora indicó retirar la \_\_\_\_\_ y el inicio de dieta.

Al día siguiente, el doctor Mejía indicó que le retiraran \_\_\_\_\_. Al siguiente día se bañó y el 21 de septiembre de 2016, la ingresaron a piso de \_\_\_\_\_, donde fue transfundida en dos ocasiones \_\_\_\_\_.

sin complicaciones, posteriormente inició d

Durante su estancia en piso le mencionaron que ya no iba a poder tener hijos, finalmente fue dada de alta el 26 de septiembre de 2016.

Al finalizar el relato, tanto [la víctima directa] como [su madre], indicaron que en el Hospital General Balbuena le dieron cita para revisión, el 29 de septiembre de 2016; sin embargo, tomaron la decisión de ya no acudir debido a que no tenían confianza hacia los médicos. Por ello, aclararon que ha sido atendida por médico general en institución particular, donde ha tenido dos valoraciones aparentemente sin complicaciones. [...]

**70.** Oficio sin número del 18 de octubre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, en relación a la integración de la carpeta de investigación [...], sobre la cual se informó lo siguiente:

[...]

**71.** Acta circunstanciada del 27 de octubre de 2016, suscrita por una Visitadora Adjunta de esta CDHDF, en la que se hizo constar lo siguiente:

[...] se comunicó vía telefónica de la mamá de [la víctima directa], quien informó que acudieron al Instituto de Ciencias Forenses dependiente del Tribunal de Justicia de la Ciudad de México, a fin de recoger el cadáver del recién nacido. En dicho lugar les fue entregado el certificado de defunción con número de folio 160181716, de fecha 10 de septiembre de 2016, en el cual la médico legista Georgina Soledad Flores Rojas, certificó que el recién nacido tenía una edad de 3 días, motivo por el cual se les informó que para su inhumación era necesario tener el certificado de nacimiento y su registro civil; sin embargo, personal del Hospital Materno Infantil “Inguarán” expidió un certificado de muerte fetal de fecha 3 de septiembre de 2016, en el cual se estableció que la muerte ocurrió antes del parto. [...]

**72.** Informe del 14 de noviembre de 2016, suscrito por el doctor José Antonio Carrillo Baltazar, Médico Legista de la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Resoluciones de la SEDESA adscrito a la Coordinación Territorial VC-1, en el que consta lo siguiente:





**73.** Informe del 14 de noviembre de 2016, suscrito por la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del HMII de la SEDESA, dirigido al Director General de Servicios Médicos y Urgencias de esa Secretaría, del que se desprende lo siguiente:

[...] no es posible entregar el certificado de hoja de alumbramiento, toda vez que la paciente [víctima directa] se presentó el 3 de septiembre de 2016 con embarazo de \_\_\_\_\_ de gestación con \_\_\_\_\_ por lo que se ingresa para atención de trabajo de parto, según el marco normativo de la Guía de Práctica Clínica SS-218-09 y NOM 007 SSA2-2016, se realizó cesárea de urgencia, encontrándose \_\_\_\_\_ informándose de cada uno de los sucesos y actos médicos a paciente y familiares.

De igual forma se les orienta del procedimiento para entrega del producto contándose con certificado de muerte fetal desde la fecha señalada, negándose los familiares a recibir el documento, en todo momento.

No se extiende un certificado de nacimiento, ya que el producto no nació vivo [...]

**74.** Oficio sin número del 24 de noviembre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, dirigido al doctor Felipe Edmundo Takajashi Medina, Director del INCIFO, que obra en la carpeta de investigación [...], en el que consta lo siguiente:

**75.** Oficio 2292/ST/2016 del 25 de noviembre de 2016, suscrito por el doctor Felipe Edmundo Takajashi Medina, Director del INCIFO, dirigido a la agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, del que se desprende lo siguiente:

**76.** Entrevista ministerial rendida el 1 de diciembre de 2016, a las 15:28, por la víctima directa, en calidad de querellante, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:



**77.** Oficio sin número, de fecha 14 de diciembre de 2016, suscrito por la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, dirigido a la maestra Eunice Beatriz Castañeda Ávila, Directora General de Derechos Humanos de esa Procuraduría, relacionado con la carpeta de investigación [...], en contestación a una solicitud de información formulada por este Organismo, en la que se precisó lo siguiente:



**78.** Entrevista ministerial rendida el 17 de enero de 2017, a las 12:10 horas, por la víctima directa, en calidad de querellante, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:

**79.** Entrevista ministerial rendida el 17 de enero de 2017, a las 13:15 horas, por el señor [...], en calidad de testigo, ante la licenciada Luz María Jaramillo Pacheco, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:



**80.** Oficio SSCDMX//HMII-DIR/136/2017 del 7 de marzo de 2017, suscrito por la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del HMII de la SEDESA, del que se desprende lo siguiente:

[...]

1.- No se conservó la placenta y cordón umbilical para los estudios histopatológicos respectivos.

2.- La placenta fue puesta a disposición de servicio forense; sin embargo, durante las tomas de muestra y retiro del cuerpo no fue retirada de la unidad, porque se le dio manejo como el resto de las placentas de la unidad a través del manejo de residuos biológicos e infecciosos de la unidad.

3.- El tiempo transcurrido desde que se detectó la alteración en la frecuencia cardíaca fetal al inicio de la cirugía (cesárea), fue de 14 minutos como consta en el expediente clínico en notas de médicos y enfermeras y el tiempo transcurrido desde la detección de la alteración de la frecuencia cardíaca fetal hasta la obtención del producto óbito fue de 26 minutos como consta en el expediente clínico. En los registros médicos y de enfermería.

4.- Durante su estancia en labor la paciente se mantuvo con monitorización de la frecuencia cardíaca al pasar a quirófano y como parte del protocolo quirúrgico de preparación preoperatoria, así como procedimientos de asepsia y antisepsia no se monitoriza a la paciente en relación a la frecuencia cardíaca fetal.



5.- En el expediente clínico se encuentra la nota del servicio de enfermería donde se detalla la atención y reanimación que se brindó al óbito y el médico pediatra encargado de la atención realizó posteriormente un resumen clínico del recién nacido donde detalla el proceso de atención otorgado.

6.- Se solicitó al médico pediatra el motivo por el cual no se realizó nota médica informando la entrega del resumen clínico de la atención.

7.- La razón por la cual la paciente fue referida fue con el fin de mantener la continuidad de atención en terapia intensiva y debido a que el Hospital Materno Infantil Inguarán no contaba con personal médico intensivista en la guardia nocturna se solicita el traslado según consta en notar de referencia realizada en esta unidad.

8.- Los hallazgos por los que se determinó presencia de   
 fue de acuerdo a la nota transoperatoria se refiere presencia de sangrado de 1200 ml y de acuerdo a la guía de práctica clínica prevención de manejo de la hemorragia posparto en el primero y segundo nivel de atención es considerada hemorragia con grado de choque clase II de acuerdo a dicha pérdida sanguínea.

[...]

**81.** Oficio DEOCDH/DDH/1413/2017 del 7 de marzo de 2017, suscrito por el doctor Jorge Netzahualcóyotl Cárdenas Gómez, perito médico forense adscrito al INCIFO, dirigido al doctor Felipe Edmundo Takajashi Medina, Director de ese Instituto, del que se desprende lo siguiente:

[...]

1.- Características médico forense que considero (Sic) para cuantificar el tiempo de vida del producto de la gestación de la [víctima directa].

**Respuesta:** Características que describí en mi dictamen médico (peritaje médico) de necropsia de fecha 10 de septiembre de 2016, como fueron descritas en el apartado de signos tanatológicos como son:

del cuerpo del recién nacido que ya no se modificaban al hacer digito (Sic) presión, ni a cambios de posición. También a las características macroscópicas que

umbilical, donde morfológicamente se encuentran las 2 dos arterias y la vena central umbilicales. Que se pueden corroborar con el seguimiento fotográfico y videograbación correspondiente.

2.- Si para determinar dicha temporalidad consulte (Sic) la totalidad del expediente clínico que se radico (Sic) con motivo de la atención que la SEDESA brindo (Sic) a la [víctima directa] y al producto.

**Respuesta:** Solo las copias del resumen clínico del recién nacido y notas de ingreso firmada por la directora del Hospital Materno Infantil de Inguarán, que nos envió el Ministerio Público, junto con la solicitud de necropsia de la carpeta de investigación correspondiente que nos envió al Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, del cadáver del sexo masculino recién nacido de 3 tres días de edad hijo de [la víctima directa].

3.- Indique si desde el punto de vista médico forense es posible afirmar de manera irrefutable y/o categóricamente el tiempo de vida de un producto (precisando que no se discute si vivió o no el producto, dado que según las constancias médicas se realizaron labores de reanimación, sin embargo, pese a ello, falleció).

**Respuesta:** Desde el punto de vista médico forense y con base en las notas Hospitalarias del Materno Infantil de Inguarán, enviadas por la autoridad ministerial, como médicos forenses solo podemos estimar un intervalo de tiempo de vida ya que para afirmar de manera categórica o irrefutable el tiempo de vida de un producto hay que tener en cuenta y considerar las condiciones del medio ambiente respecto al clima, temperatura y humedad del lugar donde permaneció este recién nacido (neonato), antes de que nos lo enviara el ministerio público, al Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, para la necropsia ya que los peritos médicos que hacemos la necropsia en el anfiteatro del Instituto de Ciencias Forenses no acudimos al lugar de los hechos.

4.- Precise si para la elaboración del protocolo de necropsia y mi ampliación correspondiente, se contó con placenta y cordón umbilical para el análisis integral de la causa de la muerte (lo anterior considerando lo que la SEDESA asentó en el certificado de muerte fetal como causa de muerte: "nudo verdadero de cordón umbilical").

**Respuesta:** Aun cuando "nudo verdadero de cordón umbilical" es poco frecuente la incidencia estudiada en la literatura médica en obstetricia, perinatología y neonatología mundial son hallazgos poco frecuentes presentándose de 0.3 al 1.3% de embarazos, con resultados favorables sin consecuencias perinatales la gran mayoría de productos a término nacen sin alteraciones esto debido a que la gelatina de Wharton que rodea en el interior del cordón umbilical a las 2 dos arterias y a su vena central, ayuda a impedir obstrucción del flujo y por tanto perfusión sanguínea materno fetal [...]

**82.** Entrevista ministerial rendida el 10 de abril de 2017, a las 11:00 horas, por el médico pediatra Ranulfo Jesús Ramos Beltrán, adscrito al HMII de la SEDESA, en calidad de testigo, ante la licenciada Guadalupe Velasco Manzano, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación [...], en la que se precisó lo siguiente:







**83.** Entrevista ministerial rendida a las 13:10 horas del 11 de abril de 2017, por el perito médico forense Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, adscrito al INCIFO, en calidad de testigo, ante la licenciada Guadalupe Velasco Manzano, agente del Ministerio Público adscrita a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:





**84.** Sentencia emitida el 14 de junio de 2017 por el Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Primera Región con residencia en la Ciudad de México, correspondiente a la sesión celebrada en esa fecha, relacionada con el recurso de revisión 70/2017 derivado del juicio de amparo indirecto 1785/2016, del que se desprende lo siguiente:

[...]

VISTO, para resolver, el recurso de revisión 70/2017 del Décimo Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito (Tribunal Auxiliar 606/2017), derivado del juicio de amparo indirecto 1785/2016 del Juzgado Séptimo de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, de los cuales se desprenden, entre otros, los siguientes:

[...]

Pues bien, de lo relatado por el médico forense no se advierte una exposición razonada que desarrolle las conclusiones a las que arribó, pues no precisa los motivos que expliquen por qué llegó a la convicción de que el hijo de la [víctima directa] vivió tres días, respiró fuera del útero materno y falleció de , dado que solamente hizo anotación de las medidas, peso y estado en que se encontraba el cuerpo del hijo de la quejosa, así como de diversos órganos.

En efecto, el dictamen de referencia ofrecido como prueba documental, no se pormenorizan las razones científicas o técnicas que soporten o justifiquen la opinión del médico que practicó la necropsia; incluso del estudio de laboratorio de anatomía patológica realizado a los pulmones, arrojó como resultado, entre otros, , esto es, que no respiró; no obstante ello, el médico forense reiteró las conclusiones de la necropsia de diez de septiembre de dos mil dieciséis.

Con base en lo anterior, dicho medio de prueba, aun y cuando goza del valor probatorio pleno al ser un documento público, no resulta eficaz para demostrar que el hijo de la quejosa nació vivo y falleció a los tres días, pues al ser dogmáticas las conclusiones ahí contenidas, no contiene los elementos necesarios que ilustren a este órgano colegiado para resolver en el sentido que pretende la quejosa, es decir, que se le expida el certificado de nacimiento correspondiente.

De esta manera, este Tribunal Colegiado considera que para efectos exclusivos de este juicio de amparo, tal probanza carece de eficacia para desvirtuar lo registrado en el expediente clínico, pues de este último se observan la información y datos personales de la quejosa; se hicieron constar los diferentes momentos del proceso de la atención médica que se le dio, las intervenciones del personal del área correspondiente, se describe su estado de salud y datos sobre su bienestar físico y mental; mientras que de la necropsia de mérito, como se dijo, las conclusiones expuestas no están precedidas por las explicaciones que las justifiquen, por lo que no generan la credibilidad necesaria para demostrar el hecho pretendido, esto es, que debió expedírsele el acta de nacimiento de su hijo y la de defunción.

En adición a lo anterior, es importante precisar que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el quince de octubre de dos mil doce, refiere que el mencionado expediente clínico se trata de un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, ya que en él se destacan aspectos del estado de salud del paciente.

Luego, de los datos registrados en el expediente clínico se obtiene que de la cesárea practicada a la quejosa se obtuvo un producto óbito (muerto); que incluso la quejosa realizó el reconocimiento visual del cuerpo de su hijo, el cual tenía el brazalete de identificación; y que por esa razón se emitió el aviso de defunción respectivo y el certificado de muerte fetal correspondiente.

Mientras que las solas conclusiones a las que arribó el perito médico forense en la necropsia de diez de septiembre de dos mil dieciséis y su ampliación de nueve de octubre de ese año, al no estar justificadas con el examen practicado al cadáver ni administradas con otros medios de pruebas, son insuficientes para desacreditar lo registrado en el mencionado expediente clínico.

Con base en lo antes expuesto, no es violatorio de derechos que las responsables expidieran a la quejosa el certificado de muerte fetal, en términos de la legislación aplicable, pues no se ofreció ninguna prueba que, al menos, indiciariamente, demostrara lo contrario.

En consecuencia, lo procedente en la materia de la revisión, es revocar la sentencia recurrida y negar el amparo y protección de la Justicia Federal a la quejosa. [...]



**85.** Oficio sin número, de fecha 26 de septiembre de 2017, suscrito por la licenciada Guadalupe Velasco Manzano, agente del Ministerio Público adscrito a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, relacionado con la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:



**86.** Escrito de fecha 3 de octubre de 2017, suscrito por la víctima directa y dirigido a la licenciada Guadalupe Velasco Manzano, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende lo siguiente:



87. Acta circunstanciada de fecha 23 de noviembre de 2017, elaborada por una visitadora adjunta de esta CDHDF, en la que se hizo constar lo siguiente:

Se aclaró que en dicha carpeta de investigación se investiga la atención médica brindada a la [víctima directa], desde su llegada al Hospital Materno Infantil Inguarán, hasta el fallecimiento de su hijo, así como la negativa del servicio en el Ministerio Público de Venustiano Carranza.

Por lo que hace a que nunca se le brindó atención médica y psicológica de parte del Ministerio Público, personal Ministerial indicó que nunca se ha solicitado atención psicológica, por lo que a petición de las suscritas, a la brevedad se revisaría dicha situación, a fin de realizar la solicitud correspondiente al Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento (ADEVI).



En relación a la búsqueda del Oficial Secretario Miguel Ángel Álvarez, se informó a las suscritas que era la diligencia que faltaba desahogar dentro de la carpeta de investigación, previo a su remisión a la Coordinación General de Servicios Periciales.

Finalmente, la licenciada Velasco indicó que procedería a realizar los cuestionamientos con los que se turnaría el expediente a la Coordinación General de Servicios Periciales [...]

**88.** Oficio sin número del 13 de febrero de 2018, suscrito por la licenciada Guadalupe Velasco Manzano, agente del Ministerio Público adscrito a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, relacionado con la carpeta de investigación [...], del que se desprende lo siguiente:

**89.** Dictamen médico del 25 de abril de 2018, elaborado por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos adscrita a esta CDHDF, en el que se hizo constar lo siguiente:

[...]

V. ANALISIS Y VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

[...]

En el caso en comento, al ser un producto de término y no encontrarse datos de infecciones o patologías agregadas, se puede establecer que se encontró justificada la decisión por parte de los médicos de dejar a evolución de parto, sin embargo, la última nota en tal sentido es de las 12:15 horas, posterior a esto, existe evidencia de que en la hoja de indicaciones se mencionó que pasaba a a las 14:50 horas y a las 14:53 horas se mencionó con , si bien es cierto que el partograma fue llenado por hora hasta completar las 10 horas en las que aparentemente [la víctima directa] se encontraba en dilatación y borramiento completos, no se encontró documentada frecuencia cardiaca fetal en dicho documento, por tanto, hubo un periodo de las 12:15 a las 14:50 en el que no se encontró evidencia de la evolución del trabajo de parto; la Guía de Práctica Clínica menciona en este sentido que cuando la paciente se ingresa durante la primer etapa del trabajo de parto, el obstetra o persona de salud calificado deberá realizar la historia clínica y



documentar en el expediente clínico el diagnóstico, plan de manejo, consentimiento de hospitalización, partograma, así como la vigilancia estrecha de la actividad uterina, foco fetal, evaluación de la dilatación cervical, pérdidas de líquido transvaginal, de igual forma se hace mención que la vigilancia del trabajo de parto, la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.

Por lo anteriormente mencionado se puede establecer que si bien es cierto que se encontró justificado dejar a progresión de trabajo de parto, existió una omisión en cuanto a la vigilancia del mismo, ya que de las 12:15 a las 14:50 horas no se encontró documentada alguna atención valorando el producto.

Es menester hacer mención que se cuentan con Comités Técnicos en los hospitales, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios de la unidad hospitalaria, mediante acciones que favorezcan la operación, la implantación de recomendaciones específicas y procedimiento técnico administrativos, en el caso en comento, era necesaria la intervención del Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal, el cual se encarga del análisis de este tipo de casos aplicando una metodología uniforme que permita determinar las causas que originan el fallecimiento de los pacientes, mujeres y niños, así como proponer soluciones aplicables tanto en la unidad médica donde surgió el evento como en las áreas donde se atendió el binomio madre-hijo

En el presente caso no existe mención ni se encontró documentado de que se hubiera realizado alguna acción en tal sentido.

[...]

De acuerdo a las notas de evolución emitidas por el Hospital Materno infantil Inguarán desde la llegada de [la víctima directa] (5:30 horas) hasta las 12:15 horas la paciente no fue ya que no contaba con datos de alarma que sugirieran , como se comentó previamente, la decisión de dejar a libre evolución el parto estuvo justificada, de acuerdo a la nota de las 14:53 horas se comenta que se presenta pérdida de , motivo por el cual se decide su ingreso a sin embargo, no existe sustento previo de alteraciones en [la víctima directa] o en el producto.

Respecto al tiempo de espera para la realización de la y con base en las notas analizadas, si bien transcurrieron de 26 a 29 minutos entre que se indicó que [la víctima directa] pasaba a y el nacimiento del producto, se desconoce la evolución y bienestar del producto de las 12:15 a las 14:50 horas, si bien existe una omisión en este sentido, no se puede establecer un nexo causal, ya que no se tiene la causa certera de la muerte del producto debido a que los médicos que realizaron la necropsia

[...]

Por la información que consta en el expediente clínico, el nacimiento del producto de [la víctima directa] fue el 03 de septiembre del 2016 a las 15:19 horas, el producto nació , por tanto, se decidieron iniciar maniobras avanzadas de , consistentes en siendo negativa,

, concluyendo dicha reanimación a las 15:30 horas y se considera como producto ya que en ningún momento presentó signos de vida.

La literatura de la especialidad menciona que después del parto todos los recién nacidos deben tener una evaluación rápida, al inicio se tiene que preguntar si es un producto de término, si respira y llora y tono muscular, en caso de que alguno de estas respuestas sea negativa se procederá a calentar, mantener la temperatura normal, colocar la vía respiratoria en posición, eliminar las secreciones, secar y estimular, si no se encuentra respuesta se debe comenzar con ventilación a presión positiva, en caso de que hubiera transcurrido un minuto y no hubiera mejoría se intubara (en caso de que todavía no se hubiera realizado, se iniciaran compresiones torácicas, en caso de persistir con falta de respuesta se administraran medicamentos (adrenalina).

Por tanto, se puede establecer que la atención brindada al producto fue adecuada y se apegó a lo referido en la literatura de la especialidad.

[...]

Por los datos mencionados en el acta médica emitida por el médico legista el 07 de septiembre de 2016 se menciona (Sic) ; así mismo, señaló que no se encontraban datos suficientes para dictaminar la causa de muerte de individuo del sexo masculino de 3 días de nacido, en informe proporcionado por el mismo médico solicitado por esta H. comisión hizo referencia que dicha edad la colocó en mención a lo que el ministerio público señaló en su solicitud, misma que consta en la solicitud anexada.

Además de lo anterior, en el formato de Acta Médica se puede observar que existe un rubro donde de forma textual menciona:



*“(...) con el fin de reconocer y recoger el cadáver de un individuo del sexo MASCULINO como de RECIÉN NACIDO DE 3 DÍAS DE EDAD y que en vida llevó el nombre de: HIJO DE [la víctima directa]”*

La leyenda de “y que en vida llevó el nombre de” ya se encuentra establecida en el formato, cuestión que es errónea porque en casos como el presente no existe evidencia de que el producto hubiera nacido vivo, además de que sería insidioso o se entendería que el producto nació vivo para alguien que lo leyera y no conociera del presente asunto de fondo.

Por tanto, por lo señalado por el médico en cuanto a que el Ministerio Público le indicó la edad del producto y no contar con un fundamento médico que sustente el dicho de que el producto de [la víctima directa] tenía tres días de vida, no se cuentan con elementos para determinar que el producto hubiera nacido vivo.

El Laboratorio de Anatomía Patológica concluyó a nivel compatibles con:

En cuanto a la realización del dictamen de necropsia se puede observar que existieron deficiencias en cuanto a:

Por tanto, al existir esta deficiencia en cuanto a lo anteriormente señalado no se cuentan con elementos para determinar que el producto hubiera nacido vivo.

[...]

## VI. CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** Los diagnósticos emitidos al ingreso de [la víctima directa por el Hospital Materno Infantil Inguarán (

), fueron certeros en cuanto a lo que menciona la literatura de la especialidad.

**SEGUNDA.-** Se establece que si bien es cierto que se encontró justificado dejar a progresión de trabajo de parto, existió una omisión en cuanto a la vigilancia del mismo por parte de los médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán, ya que de las 12:15 a las 14:50 horas del día 03 de septiembre del 2016 no se encontró documentado alguna atención valorando el producto.

**TERCERA.-** De acuerdo a las notas de evolución emitidas por el Hospital Materno infantil Inguarán desde la llegada de [la víctima directa] (5:30 horas) hasta las 12:15 horas la paciente no fue intervenida quirúrgicamente ya que, de acuerdo al expediente clínico, no contaba con datos de alarma que sugirieran



**CUARTA.-** Respecto al tiempo de espera para la realización de la cesárea se establece que si bien transcurrieron de 26 a 29 minutos entre que se indicó que [la víctima directa] pasaba a \_\_\_\_\_ y el nacimiento del producto, se desconoce la evolución y bienestar del producto de las 12:15 a las 14:50 horas, a pesar de que existió una omisión en ese sentido, no se puede establecer que esta omisión se relacione con la causa de muerte, ya que no se realizó un estudio integral (

**QUINTA.-** La atención brindada al producto de [la víctima directa] fue adecuada y se apegó a lo referido en la literatura de la especialidad.

**SEXTA.-** Respecto a lo señalado en el acta médica (la cual estuvo mal realizada) y lo mencionado por el médico que la elaboró (en cuanto a que el Ministerio Público le indicó la edad del producto) y no contar con un fundamento médico que sustente el dicho de que el producto de [la víctima directa] tenía tres días de vida, no se cuentan con elementos para determinar que el producto hubiera nacido vivo.

**SEPTIMA.-**

**OCTAVA.-** El traslado del Hospital Materno Infantil Inguarán al Hospital General Balbuena fue adecuado y oportuno, ya que se documentó que en el Hospital Inguarán no se contaba con el personal médico necesario en Terapia Intensiva que era el área donde [la víctima directa] por su estado de salud requería.

**NOVENA.-** Los diagnósticos establecidos desde el ingreso de [la víctima directa] al Hospital General Balbuena se encontraron justificados y fueron certeros respecto a los datos clínicos que presentó

**DECIMA.-** La atención médica recibida en el Hospital General Balbuena se puede establecer que fue adecuada y de acuerdo a la evolución clínica que [la víctima directa] presentó



**ONCEAVA.-** La responsabilidad profesional médica es un término jurídico en cuya investigación concurre el saber médico, por tanto, corresponde en este caso al visitador adjunto encargado de la investigación, posterior al análisis integral, establecer si existe o no responsabilidad profesional médica.

**DOCEAVA.-** En cuanto a si los expedientes clínicos cumplen con la norma en relación se encontró que:

Por parte del Hospital Materno Infantil Inguarán:

- 1) En la nota de urgencias no menciona el pronóstico.
- 2) En la nota de referencia no menciona la institución u hospital receptor.
- 3) En la nota posoperatoria ni de egreso se menciona pronóstico.

Respecto al Hospital General Balbuena:

- En la nota ni de egreso se menciona pronóstico.

[...]

**90.** Acta circunstanciada de fecha 15 de mayo de 2018, elaborada por una visitadora adjunta de este Organismo, en la que asentó lo siguiente:

[...] nos presentamos en las oficinas de la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, en donde nos entrevistamos con la licenciada Ivón Chávez Barrera, Agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación B-3, a quien [...] le solicitamos la consulta de la averiguación previa [...].

La servidora pública nos informó que dicha carpeta de investigación le había sido reasignada recientemente, por lo que inmediatamente sacó copias de las constancias que la integraban, mismas que remitió a la Coordinación General de Servicios Periciales de esa Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, para la emisión del dictamen correspondiente [...]

**91.** Informe del 9 de junio de 2018, suscrito por el doctor Carlos Guevara Vega, Perito Médico Oficial adscrito a la PGJ-CDMX, dirigido a la licenciada Ivón Chávez Barrera, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de esa Procuraduría, relacionada con la carpeta de investigación [...], del que se desprende lo siguiente:

[...]



**92.** Oficio SSCDMX/HMII/DIR/449/2018 del 12 de junio de 2018, suscrito por la doctora Miriam Trinidad Macías Heredia, Directora del HMII, del que se desprende lo siguiente:

[...] no estamos de acuerdo con el argumento del personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF quienes señalaron que: *...de las 12:15 horas a las 14:50 horas en el que no se encontró evidencia de la evolución del trabajo de parto...*, porque se llevó a cabo vigilancia de la Frecuencia cardiaca fetal (desde su ingreso a las





06:23 hasta las 14:50hrs se registró la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos encontrándose dentro de parámetros normales 120 a 160 latidos por minuto. Presentando las 14:50hrs bradicardia fetal con una frecuencia de 100 latidos por minuto), actividad uterina (registrada cada hora desde su ingreso hasta las 14:45 dentro de rangos normales de 3 a 5 contracciones en 10 minutos), signos vitales (están registrados cada dos horas desde su ingreso hasta las 14:40hrs como lo marca la norma), dilatación y descenso a través de los planos de Hodge (cada hora desde su ingreso hasta las 14:50hrs, sin identificar distocias).

Por lo que toda la vigilancia del trabajo de parto esté normado de acuerdo a la NOM-007 SSA2-2016 (vigilancia del trabajo de parto), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Se anexa partograma para poder identificar que el personal Materno Infantil Inguarán (Sic) sí cumplió con lo establecido la norma citada:

### *5.5 Atención del parto*

*5.5.10 La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 y 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.*

*5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, y el descenso de la presentación se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar eutocioo distocias. El registro de signos vitales se debe de realizar cada dos horas de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.*

*Se encuentra documentada la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos hasta completar 10cm de dilatación en el partograma.*

[...]

No se realizó ultrasonido porque para la debida atención y manejo de parto de [la víctima directa] no se requería, por las razones que se expondrá en la respuesta que se da en la siguiente pregunta.

[...]

La paciente contaba con un ultrasonido que se le realizó el 3 de agosto de 2016 que reporta un embarazo promedio de                    semanas,

Durante el trabajado de parto se pueden realizar diferentes pruebas de bienestar fetal, se realizó la prueba de bienestar fetal PSS (prueba sin estrés) reportada como categoría I o reactiva, como lo marca la norma y guías de práctica clínica. Al encontrarse una PSS reactiva la vigilancia a continuación es la auscultación intermitente de la Frecuencia Cardiaca Fetal como se realizó y quedó registrada en el partograma sin requerir otras pruebas de bienestar fetal.

Por lo que el personal del Hospital Materno Infantil Inguarán sí cumplió con lo establecido la norma citada:

*GPC Vigilancia y Manejo del Trabajo de parto en Embarazo de Bajo Riesgo.*

*4.10 Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto. En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, debe llevarse a cabo entre 30 a 60 min.*

El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante el trabajo de parto normal es la auscultación intermitente, sólo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continua (Sic) es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales. Se registrara (Sic) en el partograma, la frecuencia cardiaca fetal y la evaluación del trabajo de parto por lo menos cada media hora, en el partograma hasta le periodo expulsivo.

*GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM).*

*4.2 Pruebas de Vigilancia Fetal en RPM El perfil biofísico o la evaluación con Doppler de la arteria umbilical no debe ser empleada como primera línea para sobrevida o prueba diagnóstico de infección fetal.*

El ultrasonido es un estudio de bienestar fetal, no es un estudio de rutina durante la atención de parto.

[...]

**93.** Opinión psicológica de la víctima directa del 29 de junio de 2018, suscrita por una trabajadora social Especialista en Atención Psicosocial y por un psicólogo, ambos adscritos a la Dirección de Atención Psicosocial de esta CDHDF, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

### **C. NARRACIÓN DE HECHOS**

El día 3 de septiembre de 2016, a las 04:00 horas, [la víctima directa] sintió que salió “agua” de su cuerpo, encontrándose mojada pensó que se le había , por lo que decide acudir al hospital. Su sobrino [...], quien se encontraba en su casa en ese momento los llevó en una

camioneta al Hospital Iztapalapa, donde llegan aproximadamente a las 04:30 horas:

*“ese día vi a una enfermera que estaba con su celular en una cama vacía, me dice - señora, qué hace aquí - y le digo - es que ya se me - y me dice - no la podemos atender porque están los doctores con una persona grave - le dije - es que necesito, se me - me dice - hay otro hospital, el de Tláhuac.”*

[La víctima directa] decidió salir rápido sin hacer más comentarios, ya que ella sentía que había perdido y se dirigen al Hospital Materno Infantil Inguarán, al cual llegaron aproximadamente a las 05:30 horas.

### **I. Hospital Materno Infantil Inguarán**

Una vez que ingresa, le solicitan que se despinte las uñas, para posteriormente pasarla a esperar su labor de parto. [la víctima directa] refiere que había pasado mucho tiempo en cama esperando a que la atendieran:

*“yo acostada, me acuerdo que me hicieron preguntas, se fueron, después regresaron, me ponen unos aparatos y yo escuchaba los latidos del corazón de mi bebé.”*

Mencionó que no recuerda si le fue administrado medicamento, pero preocupada por el bienestar de su hija (Sic) cuestionó a las enfermeras respecto a su estado de salud:

*“- no, no le pasa nada señora, su bebé puede durar 24 horas sin líquido, lo decían las enfermeras, estaban bien chavitas, no sé si eran practicantes, ya después de un rato llegó un doctor, quien le aseguró que su bebé se encontraba bien y se retiró.”*

[La víctima directa] -considera que desde su ingreso ya habían pasado “horas”, pero aún no comenzaban las labores de parto “- no pasa nada señora, hasta que esté completa - yo creo que, de dilatación, después de horas me acuerdo que me pusieron un medicamento.” En este momento identifica a tres doctores, solo por el color de su vestimenta: uno de azul, uno de rojo y uno de negro. Mencionó que el doctor vestido de color rojo, aún desconoce el porqué:

***“metió los dedos (ano) y yo agarré y lo empuje (Sic), le dije no, por ahí no, yo sentía que no era lógico, no me avisó, entonces lo empuje (Sic) y agarra y me dice - ay señora - y lo ví que se agarró así entre sus partes, ya después me dio como pena, como que me cohibí.”***

Aunado a lo anterior, [la víctima directa] se dio cuenta de que en la cama de lado una señora se estaba “azotando” del dolor, escuchó que a ella también le mencionaron “hasta que sea tu tiempo”. [La víctima directa]

percibe que los doctores se encontraban "echando relajo" con las enfermeras, escuchaba risas y gritos "saquen las papas", además el doctor vestido de negro le dijo que su bebé nacería "hasta que estuviera completa", sin mayor explicación, este mismo doctor: "de repente me mueve la panza, me la empezó a mover, yo veo que llega mucha gente". En este momento le fue colocado un \_\_\_\_\_, con el que el médico determinó pasarla a \_\_\_\_\_ de manera urgente, "prepara la, a \_\_\_\_\_ - eran como las 12:30 porque había un reloj arriba de mí, estaba hasta una cámara", habían pasado aproximadamente 8 horas desde su ingreso.

Posteriormente la \_\_\_\_\_, la pasaron a una cama y el camillero la llevó a la sala de \_\_\_\_\_, [la víctima directa] aclara que todo pasaba muy lento para ella "al camillero todavía le dije - apúrate - o sea iba bien lento el camillero". Cuando llegó a la sala de \_\_\_\_\_ la pasaron a una cama de metal, donde empezó a sentir \_\_\_\_\_; sin embargo, una mujer (no recuerda quién) le dice "- no señora, ya no puje, ya no puje -", también le indicaron en repetidas ocasiones que se acostara, diez segundos después de colocarle una \_\_\_\_\_ pierde el conocimiento.

Test de Violencia Obstétrica (frases)	Responsable
"ese día me acuerdo que uno de ellos me decía, el de azul, señora ya ni puje porque le va a sacar un chipote a su hijo"	Doctor
"el de rojo, que me introdujo los dedos en el ano...yo lo empujé"	Doctor
"También dijo - ¿qué, esa ni hace ruido? -, no ellos mismos, sino otros que estaban por allá, no sé si eso es violencia"	Doctor
"casi no cruzamos palabras, yo solo les decía - mi bebé no nace-, y ellos decían – hasta que esté completo."	Doctor
"me daba miedo preguntar, no me hacían caso, o la impotencia de decirles y que no actuaran"	Doctor
"eran como tres chavitas y ya los otros tres doctores... los doctores casi no me revisaban eran las chavitas"	Enfermeras
"yo terminé con mis labios enormes, grandísimos, no sé qué fue, no sé qué pasó"	NA
"me anestesiaron completa, perdí el conocimiento"	NA
"yo no sabía que me podía acompañar alguien"	NA
"yo siento que colaboré de más, confié en ellos"	Doctor

Tabla 1. Este Test fue aplicado para identificar malos tratos previos al inicio de la cesárea, ya que [la víctima directa] estuvo sin conocimiento durante el procedimiento quirúrgico. Elaboración DAP. Junio 2018.

En estos momentos la [madre], se encontraba en la sala de espera con su esposo [...] y su nieto [...], comentó que aproximadamente a las 11:00 horas una doctora llamada "Martha Ita" salió corriendo a solicitar las radiografías que ellos llevaban, este fue el único acercamiento hasta ese momento con los médicos.

[La víctima directa] comenta que perdió la noción del tiempo ya que permaneció anestesiada durante todo el procedimiento, recuerda que al despertar escucho (Sic) la voz de su mamá [...], pero ya se encontraba en una cama con "aparatos" a los lados:

*"había una ventanilla, vi así a mi mamá y unos doctores parados, y la veo, y volteo, y tengo a los dos doctores, al de rojo y al de azul a un lado de mí y le digo - qué pasó con mi bebé - señora su bebé nació muerto-".*

Al escuchar esta noticia, [la víctima directa] vuelve a perder el conocimiento por lo que desconoce qué pasó después: *"como que mi cerebro se quedó en blanco y ya se van... no sé si me volvieron a me volvieron a no sé"*, cuando recobra el conocimiento pudo ver a su mamá, a su hermano y hermana [...].

La [madre de la víctima directa] menciona que pasaron horas sin recibir noticias, a pesar de solicitarla en repetidas ocasiones, por lo que se encontraban preocupados, la noticia de que el bebé de [la víctima directa] había nacido muerto le fue proporcionada aproximadamente a las 18:40 horas:

*"- en lo que estuve esperando, entra mi nieto y me dice - abuelita, dice mi abuelito que ya le avisaron que el bebé nació muerto - "*, señaló la señora.

[La madre de la víctima directa] decidió correr y entrar a urgencias, fue cuando el doctor "Constantino" le menciona que el bebé de su hija había muerto debido a que tenía , a quien confronto (Sic) mencionando que era mentira, ya que días anteriores (18 de agosto) su hija se había realizado un ultrasonido y el bebé venía en la posición correcta, también intervino la doctora Marta Ita, quien le menciona *"- si quiere le enseño la placenta -"*, a lo que responde, *"y qué tiene que ver la placenta, tuve cinco hijos, a mí no me puede decir, ni me puede mentir, entonces le digo - quiero ver al bebé -"*. Ante lo sucedido la llevan a ver al bebé en un cunero con sábanas azules. [La víctima directa] por su parte menciona que al interior le comentaron que su hijo había muerto *"por un"* , y no le fue permitido ver a su bebé.

La [madre de la víctima directa], mencionó insistir mucho para ver a su hija después de esta noticia, ya que considera no la atendieron bien en su recuperación:

*"la veo en un cuarto (a [la víctima directa]) más o menos como éste, pero no traía ni suero, se supone que si tuvo debieron haberle puesto suero, , qué se yo, no, no la tenían ni siquiera con suero, con nada, entonces dije - no, esto no es normal"*

Asegura que ese mismo día un doctor la mandó a llamar aproximadamente a las 20:00 horas para mencionarle que todo lo que había pasado estaba grabado y registrado, ella considera que le dio a

entender que se haría justicia por lo sucedido, también le mencionó que en unos minutos podía ver a su hija, no recuerda el nombre de dicho doctor, pero menciona que fue el mismo que le colocó el [redacted] a [la víctima directa]. Pasaron cerca de 4 horas para que nuevamente mandaran llamar a la [madre de la víctima directa], en esta ocasión le mencionaron que [la víctima directa] se encontraba grave, ya que había [redacted]. Sobre este tema [la víctima directa] mencionó que no tuvo conocimiento del catéter hasta que su hermana le comentó: "*tápate ahí - dónde - dice, aquí (señalando su cuello) - que tengo - y ya me dice y le digo, no pues cómo me lo voy a tapar -*". Además le comentaron a [la madre de la víctima directa] que [la víctima directa] tenía un [redacted], por lo que le tuvieron que poner "

[La madre de la víctima directa] mencionó que la hoja de defunción del bebé que le intentan dar los doctores decía que éste había fallecido "*por el [redacted]*", pero el pediatra les había mencionado que "*murió por el [redacted]*"; este tipo de información les generaba confusión.

Cabe mencionar que **el día 6 de septiembre**, [...], al identificar diversas irregularidades en el tratamiento médico de su hermana, mediante llamada telefónica informó a este organismo autónomo sobre los hechos.

Posteriormente debido a la demanda interpuesta por los familiares de [la víctima directa], el Ministerio Público de Venustiano Carranza procedió con la investigación de los hechos; al respecto la [madre de la víctima directa] señala lo siguiente:

*"mandan una camioneta pericial, con una criminóloga y un médico perito... a ver el cuerpecito del bebé, le saca fotografías, y ella dice que no tienen ninguna lesión en el [redacted] ni nada, que solo tiene un [redacted] aquí, (parte izquierda de su cabecita del bebé)".*

En este Hospital [la víctima directa] estuvo internada 5 días, el 7 de septiembre fue trasladada al Hospital General Balbuena debido a que requería atención especializada que no podía ser brindada en Inguarán.

## **II. Hospital General Balbuena (7 de septiembre)**

[La víctima directa] estuvo internada durante 20 días en este hospital, en el que identificó diversas acciones implementadas por el personal médico, las cuales considera no fueron las adecuadas.

Menciona que, a su llegada, una enfermera de terapia intensiva colocó en los registros del hospital "*- recibo a la paciente y el nombre no coincide con la paciente-*", además [la madre de la víctima directa] menciona "*Y dice - se recibe paciente sin expediente-*". [La madre de la víctima directa] considera que los doctores de este hospital cubrieron los malos tratos

brindados en el Hospital Materno Infantil Inguarán, y menciona que, la de su hija se debía a que, en lugar de ; el principal malestar físico de [la víctima directa] en el hospital era que se encontraba

[La víctima directa] menciona que una enfermera, al intentar colocar una en la nariz le decía "**tráguesela, tráguesela señora**", desconoce si era alguna practicante del Hospital, pero menciona que su apariencia era de una persona joven, por lo que solicitó que la enfermera no se le volviera a acercar.

Además, [la madre de la víctima directa] mencionó que una doctora, "*dijo que trabajaba en la Raza, es del Seguro Social*" le comentó que su hija [la víctima directa] "**no servía para tener hijos, y que más valiera que yo retirara la demanda porque si no le iba ir peor, que todo se nos iba a voltear**", lo anterior lo consideró como una amenaza. A diferencia de [la víctima directa], la [madre de la víctima directa] identifica más acciones que considera fueron malos tratos del personal del hospital, como lo siguiente:

*"Ya le habían quitado , y se dio la instrucción de que se la volvieran a poner...yo la escuchaba como gritaba por que le pusieron, y se lo volvían a quitar, y se lo volvían a poner y se lo volvían a quitar, 5 veces le hicieron un Los aparatos estaban apagados, lo único que le servía era "*

Por lo anterior el **día 15 de septiembre** realizaron una llamada telefónica a la visitadora de la comisión quien lleva el seguimiento de la queja para manifestar sus inconformidades con respecto a la atención médica, mencionan que después de esta llamada la atención brindada fue por la "*doctora Tapia*", quien les comentó que [la víctima directa] se encontraba aún internada "*por la estupidez de los doctores, porque estaba bien*". Posterior a este evento la visitadora solicitó informes diarios al hospital, [la madre de la víctima directa] considera que el personal del hospital se sintió presionado, acelerando el proceso para dar de alta a [la víctima directa], hecho que ocurre el día 27 de septiembre, "*la dan de alta...ella salió con derrame pleural y salió con neumonía*", por lo que considera que no la curaron adecuadamente, al respecto señala:

*"si son doctores por qué tanta agresión, tanta mentira, tanta tontería por un embarazo, por un parto... me dijeron que tenía*

*- es una agresión"*

### **III. Información con respecto al probable fallecimiento del [producto de la gestación de la víctima directa]**

[La víctima directa] menciona que al acudir al Instituto de Ciencias Forenses para recoger el cuerpo del bebé, les fue entregado un certificado de defunción en el cual se menciona que el recién nacido tenía una edad de \_\_\_\_\_, por lo que al acudir a la funeraria no se pudo concretar el procedimiento de inhumación, ya que era necesario certificado de nacimiento y registro civil, pero el personal del Hospital Materno Infantil Inguarán expidió un certificado de muerte fetal con fecha 3 de septiembre de 2016, en el que se mencionó que la muerte sucedió antes del parto.

Para aclarar las dudas relacionadas a su hijo, se realizó un estudio de compatibilidad de ADN; sin embargo, no están conformes con los resultados, [la víctima directa] mencionó: "*primero dice - se excluye - que yo sea la madre, luego dice que sí, que \_\_\_\_\_* además de que esta prueba no les fue proporcionada y explicada, tuvieron conocimiento de los resultados porque fue anexada a su expediente:

*"yo estuve presente, pero nada más cuando le sacaron \_\_\_\_\_ a [la víctima directa] y cuando le hicieron lo de la \_\_\_\_\_, nada más, a mí nunca me dijeron, acompáñeme señora para que vayamos y vea usted el bebé, el brazalete y al estudio para que le saquen la sangre, la saliva, no sé cómo le hagan el estudio al bebé, yo nunca estuve presente, ni ella estuvo presente en esa situación, no sabemos por allá atrás qué hicieron",* señaló la [madre de la víctima directa].

Por lo anterior [la víctima directa] requiere que se realice un nuevo estudio de compatibilidad de ADN a la brevedad para que su bebé no sea ingresado a la fosa común:

*"ya lo pidió (estudio) mi licenciado pero van a ver si me lo aprueban, todavía está en veremos, si sí me lo pueden hacer otra vez pero ahorita ya quiero que lo haga el Instituto de Ciencias Forenses...en septiembre cumpla los dos años, y sólo tengo permitido los dos años, para que lo tengan ahí, y si no lo tengo lo echarán a la fosa común".*

Esta situación le genera preocupación, por ello solicita estar presente cuando se realice la obtención del material biológico de ambas partes, ya que esto le daría claridad del procedimiento.

#### **D. OPINIÓN PSICOLÓGICA**



















94. Entrevista ministerial rendida el 17 de julio de 2018, a las 15:21 horas, por el perito médico forense Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, adscrito al INCIFO, en calidad de testigo, ante la licenciada Ivón Chávez Barrera, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, que obra en la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en la que se precisó lo siguiente:





**95.** Oficio sin número del 02 de octubre de 2018, suscrito por maestro Mauro López Armenta, Jefe de la Unidad Departamental del Laboratorio de Genética del INCIFO, dirigido a la licenciada Ivón Chávez Barrera, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, vinculado con la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, en el que consta lo siguiente:

[...]



**96.** Oficio SP-CONAMED-SM-DGAR-SP-2116/2018 del 5 de noviembre de 2018, suscrito por el licenciado Manuel Pérez Cardona, Director Jurídico Pericial adscrito a la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante CONAMED), dirigido a la licenciada Ivón Chávez Barrera, agente del Ministerio Público adscrita a la FIDCSP de la PGJ-CDMX, en el que consta lo siguiente:

[...]



**97.** Oficio SSCDMX/HMII/DIR900/2018 del 9 de noviembre de 2018, suscrito por la doctora Miriam T. Macías Heredia, Directora del HMII, del que se desprende lo siguiente:

[...]

La indicación absoluta de cesárea de la paciente fue  
, la variedad de posición occipito-posterior no es una indicación  
absoluta de operación cesárea.

[...]



Se toma el criterio de la pérdida del bienestar fetal que presenta el producto en el periodo expulsivo, presentando una bradicardia fetal de 100 latidos por minuto, y producto con presentación en segundo plano en occipito posterior persistente [...]

El lineamiento de Cesárea Segura y la recomendación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia establecen que la monitorización durante el período expulsivo se debe de realizar en un período de 5 a 15 minutos. Por lo que la atención al paciente cumple con la normativa.

[...]

Existe la anotación a las 14:30 de frecuencia cardiaca fetal de por minuto; 14:45 de latidos por minuto; y a las 14:50 hrs de latidos por minuto, cumpliendo con la normativa para la vigilancia del trabajo de parto durante el período expulsivo. [...]

Una vez detectada la bradicardia, se debe valorada (Sic) las condiciones cervicales, la altura de presentación y variedad de posición para decidir la vía más adecuada del nacimiento. En el caso de la paciente se encontraba con presencia

[...]

, la cesárea estaba debidamente justificada, ya que era la vía más rápida de nacimiento.

[...]

Para una variedad de posición occipito posterior sin bradicardia y pelvis adecuada para parto la conducta es expectante, ya que la mayoría de los productos rotan espontáneamente, en el momento que se agrega la bradicardia fetal cambia el plan de manejo y se debe de valorar la vía de interrupción del embarazo más adecuada, siendo la cesárea la vía apropiada en el caso de la paciente [víctima directa].

[...]

Las condiciones médicas que presentaba la paciente y su producto descritas previamente, requerían la interrupción del embarazo por la vía rápida, en el caso de la paciente es la cesárea.

[...]

Las condiciones súbitas que presento (Sic) el producto, , hizo meritorio tomar la decisión de interrupción del embarazo por cesárea, sin retrasar la atención.

[...]

Para una cesárea de urgencia se tienen que realizar una serie acciones como son: ingreso a quirófano con una preparación de la paciente como la colocación de sonda vesical a permanencia, vendaje de miembros inferior, pre-medicación, verificación de vías permeables, el proceso Anestésico con todas las medidas de seguridad, medidas de asepsia y antisepsia. El tiempo transcurrido desde la detección del sufrimiento fetal agudo al inicio de las acciones realizadas encaminadas para la resolución del embarazo fueron inmediatas [...]

La última nota descrita en el expediente fue a las 14:53 horas del 03/09/2016, detectando frecuencia cardiaca fetal de 110 latidos por minuto con registro en la Nota quirúrgica. [...]

La paciente presentaba , que incluyen la realización de una cesárea de urgencia, inducción del trabajo de parto con oxitocina y la anestesia general, por lo que era importante la realización de la cesárea por dos médicos especialistas, por su mayor destreza quirúrgica. Se contaba con el recurso humano suficiente y especializado para ejecutar el procedimiento, de no ser así se cuenta con personal becario que adopte la función de ayudante

[...]

, que es la indicada por ser la más rápida para la extracción del producto permitiendo mejor visualización del campo quirúrgico. [...]

La cesárea arciforme tipo Kerr es la incisión uterina más recomendada en pacientes con embarazo de termino (Sic), ya que presenta menor riesgo de sangrado y permite una extracción adecuada del producto, así mismo la laparotomía infraumbilical en paciente que es importante la extracción rápida del producto y amplía el campo operatorio.

[...]

La definición de situación es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre (esta puede ser longitudinal, transversa u oblicua); la variedad de posición es la relación que guarda el punto toconómico de la presentación (en presentación de vértice el punto toconómico (Sic) es el occipucio del producto) con la parte anterior o posterior de la pelvis materna; la presentación es la parte del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis, que lo llena por completo y es capaz de seguir un mecanismo de trabajo de parto (cefálica y pélvica). La nota de enfermería del día 03.09.2016 15:19 horas hace



referencia de "producto único con presentación transversa y circular a cuello apretado", no menciona situación (copia del expediente clínica certificado foja 0063).

En la foja 0062 de la copia certificada del expediente clínico con hora de realización 15:05 refiere "

Sic, no hace mención de la situación del producto. En lo que respecta al resumen clínico del pediatra Ramón Beltrán hace referencia que "

sin hacer mención de la situación del producto. En ninguno de los dos casos se hace mención a la situación que presenta el producto dentro del vientre materno, la mencionada discrepancia es solo de apreciación al diagnóstico motivo de la cirugía por parte de enfermería y pediatría

[...]

[...]

la respuesta de cada paciente depende de su idiosincrasia

[...]

La NOM-007-SSA2-2016 en su numeral 5.5.6. "la prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencia". En "WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience, la analgesia se recomienda para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto dependiendo de las preferencias de la mujer".

[...]

La evolución médica de la primera fase del trabajo de parto (dilatación y borramiento) fue adecuada, sin criterio médico para ofertar analgesia obstétrica sin la preferencia de paciente para solicitarla.

[...]



El diagnóstico prenatal es difícil. Hasta 72% de los nudos pasan inadvertidos en el ultrasonido del tercer trimestre. La interposición de partes fetales, la reducción de volumen de líquido amniótico y las limitaciones vinculadas a la evaluación de un objeto de tres dimensiones (tales como un nudo verdadero) por ultrasonido dificulta el diagnóstico. (Niza Benardete, 2015, Anales Médicos) Se ejecutaron dos estudios de ultrasonido el primero el 10/abril/2016 en Torre Médica Vidal y reporta

Ninguno de los estudios menciona el hallazgo de Nudo Verdadero.

[...]

No existen datos clínicos patognomónicos de la presencia de un nudo verdadero, la presencia de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como la bradicardia fetal se puede presentar con compromiso de placenta o de cordón umbilical (circular de cordón, cordón corto, prolapso de cordón, nudo verdadero).

[...]

Durante el primer periodo del trabajo de parto no se presentaron alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, la bradicardia fetal se presenta durante el segundo período de manera súbita, sin ser compatible con alguna alteración en particular, ya que puede deberse por compromiso de la placenta o del cordón umbilical. Estas manifestaciones se presentan en el segundo periodo de trabajo de parto y de manera súbita

[...]

La incidencia de nudos verdaderos de cordón umbilical es poco frecuente, presentándose entre 0.3-1.3% de todos los embarazos, con una morbilidad perinatal asociada en 11% de los casos. (Benardete, 2015, Anales Médicos). Oscila de acuerdo a los diversos autores del 1 al 5%, incrementa la tasa de mortalidad de 4 a 10 veces, más alta en los productos con nudo verdadero que los de cordón umbilical sin alteración (Bernardete H.D.M. 2015) nudos verdaderos de cordón umbilical reporte cuatro casos. Anales Médicos Centro Médico ABC VOL. 60 NÚM 2

[...]

Se reporta cifras del 24% de muerte fetal tardía por circulares de cordón

Hasta en un 25 al 50% no se identifica la etiología de la muerte por lo que se debe informar a los padre que no hay una causa especifica en casi la mitad de las muertes fetales (muerte Fetal: definida por la OMS como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción independientemente la edad de la duración del embarazo

según de la edad gestacional debe ser a partir de 22 semanas de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor a 500gr, NOM 040 SSA 2-2004 , LANCET 2011).

Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev. Chile Obstetricia Ginecología 76 (3) 169-174 CENETEC (2012) Guía de Práctica clínica de Diagnóstico y Tratamiento Muerte Fetal con feto único

[...]

Los nudos verdaderos ocurren con poca frecuencia y la literatura reporta que hasta en un 72% de que pasan inadvertidos por ultrasonido, no logrando ser diagnosticados durante el control prenatal ni en el trabajo de parto. Durante la vigilancia del trabajo no hay datos patognomónicos que sugieran la presencia de un nudo verdadero. La indicación de la cesárea de la paciente es sufrimiento fetal, y la presencia del nudo verdadero es un hallazgo que se observa al extraer el producto y sus anexos. Durante el trabajo de parto no dio manifestaciones clínicas de compromiso funicular y la interrupción de la circulación materno-fetal del hijo de la [víctima directa] fue de forma súbita.

[...]

La reanimación neonatal del producto fue realizada por médico especialista en pediatría, con apego al manual de Reanimación Neonatal vigente séptima edición del 2015.

[...]

La unidad de tococirugía contaba con recursos humanos, así como insumos adecuados para realizar una reanimación neonatal avanzada. No se tienen deficiencias de estructura, equipo, material contando con Unidad de cuidados intensivos neonatales

[...]

Los datos clínicos que presenta el producto al nacimiento son de un recién nacido . El hijo de la paciente en cuestión nace sin automatismo respiratorio y sin frecuencia cardiaca como constata la nota de Médico Pediatra donde se concluye producto óbito.

[...]

La atención otorgada a la [víctima directa] fue acorde a lo señalado a la literatura médica de la especialidad como consta desde la nota de ingreso a la unidad de cuidados intensivos adulto donde se realiza una semiología precisa y exploración física, generando una congruencia clínico-diagnostico-terapéutico de acuerdo a la patología de fondo que presento la paciente en su momento (copia del expediente clínica certificado foja 020), NOM-025-SSA3 -2013, Para la organización y funcionamiento de



las unidades de cuidados intensivos y NOM -004-SSA3 -2012 Del expediente clínico

[...]

La vigilancia del puerperio inmediato de la [víctima directa] es oportuna y adecuada con apego a la NOM-006-SSA3-2011. Para la práctica de la anestesiología, documentada con la hoja de registro de la recuperación anestésica que consistió en la vigilancia de los signos vitales, coloración de tegumentos, estado de conciencia (escala de Ramsay 3) y se mantiene en vigilancia hasta una escala de Ramsay 2 a las 18:00hrs. Enfermería ejecuta 8 valoraciones en el puerperio, estando la paciente en recuperación desde las 17:10 horas, manteniendo una vigilancia de constantes vitales, estado general de la paciente, tono uterino y sangrado en un lapso de cinco horas, siendo valorada también durante este tiempo por el equipo multidisciplinario.

[...]

El Hospital Materno Infantil Inguarán cuenta con una unidad de cuidados intensivos donde la paciente se ingresó a estabilización hemodinámica de forma oportuna y que se contaba con el personal, equipamiento, material de curación y medicamentos apegados a la NOM 0025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos

[...]

El manejo de la complicación obstétrica de la paciente se realizó con apego a los Lineamientos Técnicos, Guías de Práctica Clínica, y procesos de la unidad. Se contó con los recursos humanos e insumos para el manejo integral de la paciente.

[...] ¿Cuál es el procedimiento hospitalario a realizar ante el fallecimiento de una persona?

Identificación del cuerpo de la persona recién nacida muerta Aviso a la madre del producto y a sus familiares del deceso, Tomar datos para requisitar (Sic) certificado de muerte fetal Amortajar, Se realiza formato Aviso de defunción, en cuatro copias entregando a los siguientes servicios: admisión, trabajo social, expediente y servicio de patología. Traslado al mortuorio del cadáver Identificación del cadáver para su ingreso al mortuorio: registro en libreta. Depositar en el congelador Trabajo social orienta sobre trámites funerarios a realizar. Regresa familiar con servicio funerario Se realiza el acompañamiento admisión, trabajo social y asistente de la dirección Concluir trámites administrativos hospitalarios con servicio funerario.

[...]

[...] En el aviso de defunción del hijo de la [víctima directa] se encuentra en blanco el dato señalado en la pregunta anterior, ¿Cuál es el motivo y fundamento que sustente dicha omisión?

Omisión en la persona que realizó el documento. Este se encuentra subsanado por el servicio de trabajo social, de acuerdo al proceso establecido, notificando la hora de recepción del formato de aviso de defunción (03/09/16 a las 17:20 hrs. Foja 0091 de la copia certificada del expediente clínico).

[...]

Se cuenta con libreta de control de ingreso, custodia y entrega de cadáver. En el caso que nos ocupa se encuentra documentada el ingreso a las 18:45 horas del día 03.09.2016.

[...]

El diagnóstico de nudo verdadero se realiza al observar el cordón umbilical en la extracción del producto, sin requerir estudio de patología para corroborar el diagnóstico. En la nota médica se menciona que la placenta con el cordón umbilical adherido a ella es enviada al servicio de patología. Foja 0023 de la copia certificada del expediente clínico. En lo que refiere al cordón umbilical el producto conserva adherido un fragmento útil, que en su momento puede ser estudiado por quien realice la necropsia.

[...]

En el momento del evento obstétrico: operación cesárea, en la nota postoperatoria se describe una placenta completa y calcificada (envío a patología), por lo que una vez identificados son trasladados al servicio mencionado. Al ser calificado como un asunto médico legal como quedó documentada, incluso se refiere en la libreta de patología, el producto y los anexos ovulares son depositados y quedan a disposición de la autoridad judicial.

[...]

La placenta fue puesta a disposición del servicio forense; sin embargo, durante la salida del cuerpo y las tomas de muestra, los anexos no fueron retiradas de la unidad, por lo que se le dio manejo de acuerdo a la NOM 087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental- Salud Ambiental-residuos biológicos peligrosos infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.

[...]

**98.** Oficio sin número del 28 de diciembre de 2018, suscrito por la licenciada Ivón Chávez Barrera, agente del Ministerio Público adscrita a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos cometidos por Servidores Públicos de la PGJ-CDMX,



vinculado con la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos, del que se desprende que:



**99.** Informe del 23 de enero de 2019, suscrito por el doctor Arturo Victoria Millán, médico adscrito al servicio de ginecología del Hospital General Iztapalapa de la SEDESA, dirigido al doctor Benjamín Ortega Romero, Director de ese Hospital General, en atención a una solicitud de información formulada por esta CDHDF, en el que consta lo siguiente:

[...]

En relación al registro de asistencia de médicos a la guardia, existía un solo médico ginecólogo.

[...]

No hubo registro en nuestro servicio de urgencias obstétricas de dicha paciente, por lo que no hubo valoración a esta misma.



[...]

No existió registro de la [víctima directa] en la bitácora de urgencias obstétricas.

[...]

La hoja de atención inicial la da el servicio de admisión el cual se encuentra fuera del servicio de tococirugía. La atención obstétrica se encuentra localizada en otra área del hospital y la [víctima directa] no se registró en la bitácora de urgencias obstétricas, por lo que no se pudo valorar. [...]

**100.** Acta circunstanciada de fecha 28 de enero de 2019, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión de Derechos Humanos, en la que asentó lo siguiente:

[...] nos presentamos en las oficinas de la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, en donde nos entrevistamos con la licenciada Ivón Chávez Barrera, Agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación B-3, a quien [...] le solicitamos la consulta de la averiguación previa [...], la cual nos permitió en ese momento.

De la consulta realizada a las constancias que integran la carpeta de investigación [...], se desprendió lo siguiente:  
[...]

[...]

**101.** Oficio INPER-DG-DM-SGO-0030-2019 del 30 de enero de 2019, suscrito por el doctor Mario Roberto Reyes Paredes, Subdirector de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología “Dr. Isidro Espinosa de los Reyes” de la Secretaría de Salud Federal, del que se desprende lo siguiente:

[...] el pasado día 29 de Enero de 2019 reuní a un grupo de especialistas en las áreas de Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, Terapia Intensiva, Neonatología y Anatomía Patológica para llevar a cabo una revisión de expediente clínico y dar respuesta a una serie de cuestionamientos planteados [...] en atención a la solicitud de colaboración. [...]

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:



1.-Si de acuerdo a las condiciones clínicas de la [víctima directa], al Hospital General de Iztapalapa el 3 de septiembre de 2016, fue adecuado y conforme a la normatividad establecida, que no se le brindara atención obstétrica.

R: La conducta fue inadecuada, ya que el Hospital General de Iztapalapa, debió contar con especialista en Ginecología y Obstetricia, debido a que dadas las características y nivel de atención que brinda un hospital general, debe de contar con dicha especialidad de manera permanente. Incluso al ingresar al sitio web del Hospital General de Iztapalapa se puede constatar que ofertan servicios de ginecología, obstetricia y de urgencias obstétricas. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.1.8 se establece que los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

2. En este sentido, se precise si existe alguna justificación médica o normativa que justificará que no se le brindara dicha atención obstétrica a la [víctima directa].

R: No existe justificación médica o normativa para no haber brindado la atención obstétrica que necesitaba la paciente en cuestión.

3.- Si conforme a las condiciones clínicas de la [víctima directa], fue adecuada la determinación de ingresarla en el Hospital Materno Infantil Inguarán.

R: Si fue adecuado.

4.- Si fue adecuado y justificado el uso de la \_\_\_\_\_ en el caso de la [víctima directa], conforme a las recomendaciones de la OMS para el trabajo de parto, así como de la literatura médica, (Guías de CENETEC) y las condiciones clínicas de la paciente.

R: Si fue adecuado y está justificado.

5.- En caso afirmativo, se precise los motivos que justifiquen dicho su aplicación era necesario considerar la maduración del cervix y establecer una puntuación de Bishop, y de ser así se precise si en el presente caso, obra constancia en el expediente clínico de la [víctima directa], que si se consideraron los mismos.

R: Se justifica el uso de [redacted] para regular la actividad uterina y abreviar el proceso del trabajo de parto, en virtud de que al haber ruptura de membranas la prolongación del trabajo de parto puede incrementar el riesgo de infección intra-amniótica. En la hoja de partograma del Hospital Materno Infantil Inguarán se describen claramente las condiciones del cérvix al momento del ingreso.

6.- En relación a la administración de [redacted] la [víctima directa], se precise si debieron realizarse otras acciones de índole médico, como era recabar el consentimiento verbal, monitorización toco cardiográfica, etc.

R: En el expediente Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán consta un documento de consentimiento informado para procedimiento y tratamiento firmado por la paciente y dos testigos donde de manera general se da autorización a los médicos del hospital para que realicen los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios.

7.- Si fue adecuado el manejo médico que se brindó a la [víctima directa] durante su servicio en el departamento de tococirugía ante la [redacted] que presentaba de acuerdo a la nota inicial de urgencias.

R: El Manejo y la conducta inicial fueron adecuados y apegados a la normatividad.

8.- Si la [víctima directa] fue monitorizada con registro toco cardiográfico y si dicha monitorización fue adecuada.

R: Cabe mencionar que en el expediente del Hospital Materno Infantil Inguarán existe un registro toco cardiográfico de [la víctima directa] con fecha 3 de Septiembre de 2016 con una duración de 30 minutos de las 6:19 a las 6:40 h categoría I (NORMAL) y en el partograma se menciona que durante el trabajo de parto permaneció monitorizada, sin embargo no se encuentra en el expediente ningún otro trazo cardiotocográfico impreso más que el descrito anteriormente. Se considera también adecuado que en un trabajo de parto normal con ruptura de membranas, se realice la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea con monitor electrónico o con Pinard.

9.- Si la posición occipito posterior que presentó el hijo de la [víctima directa], fue detectado (Sic) a tiempo por personal del hospital materno infantil Inguarán, o si dicha presentación pudo haber sido detectada en las valoraciones obstétricas previas, con las que conto la [víctima directa], durante la evolución de su trabajo de parto.

R: En la nota preoperatoria del 3 de septiembre de 2016 a las 14:53 hrs. del Hospital Materno Infantil Inguarán dentro de los diagnósticos se encuentra el de variedad de posición occipito posterior persistente, por lo que se asume que el diagnostico de dicha variedad de posición se hizo con antelación y persistió. Dicho sea de paso, la variedad de posición occipito posterior no es una indicación absoluta de cesárea.

10.- Las acciones médicas se debieron llevar a cabo para corregir esta presentación y en qué momento del trabajo de parto estaban indicadas realizarlas.

R: No hay acciones médicas que deban hacerse de manera rutinaria para corregir este tipo de variedad de posición. Si dicha variedad de posición persiste hasta el periodo expulsivo, se puede facilitar el nacimiento mediante el uso de fórceps o bien hacer una cesárea si el obstetra no tiene experiencia en partos instrumentados.

11.- Cuáles son las complicaciones que pueden presentarse en un producto en caso de que la presentación occipito posterior no sea detectada a tiempo.

R.- Que se alargue el tiempo del periodo expulsivo, requiriendo la resolución del embarazo con fórceps o cesárea según sea el caso y la experiencia del obstetra.

12.- Cuáles son los criterios que deben tomarse en cuenta para considerar esta presentación como "persistente".

R: Se considera persistente al no existir rotación de la presentación a otra variedad de posición durante el proceso del trabajo de parto. Al completarse la dilatación cervical (10cm) se considera que el periodo expulsivo es prolongado cuando este se extiende por más allá de 2 a 3 horas según sea la situación clínica, el uso de anestesia o no, y los antecedentes obstétricos de la paciente.

13.- Si la presentación occipito posterior persistente, es una indicación absoluta de cesárea.

R: No.

14.- Si fueron adecuados y a tiempo los criterios del personal del Hospital Materno Infantil de Inguarán para determinar interrumpir el embarazo de la [víctima directa], mediante la operación cesárea.

R: De acuerdo a lo documentado en el expediente clínico y en la nota preoperatoria, la indicación de la interrupción del embarazo fue oportuna, sin embargo y a pesar de ello el resultado perinatal fue desfavorable para el producto.

15.- De acuerdo al partograma de la [víctima directa], fue adecuada la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal o si existieron discrepancias en dicho monitoreo y en caso de ser así, si estas discrepancias pueden ser justificadas bajo algún criterio médico o normativo.

R: En la copia simple que revisamos del partograma del Hospital Materno Infantil de Inguarán, no existe evidencia de que se hubiera registrado la frecuencia cardíaca fetal en algún apartado de dicho partograma.





Asumimos que la copia del partograma integrada al expediente clínico que revisamos está incompleta y, por lo tanto, no es posible ver la sección del partograma donde habitualmente se registra la fecha y hora de la revisión y la frecuencia cardíaca fetal.

16.- Ante un caso de bradicardia fetal detectada durante el trabajo de parto, cuáles son las acciones o manejo médico que debe realizarse.

R: Suspensión de oxitocina, carga hídrica, decúbito lateral izquierdo, puntas nasales con oxígeno (todas estas conocidas como maniobras de reanimación intrauterina) y valorar la respuesta a las mismas. De no existir mejoría proceder con operación cesárea.

17.- Si es adecuado y justificado conforme a los criterios médicos y normativos, que ante un único registro de bradicardia fetal (100 latidos por minuto), se decida la interrupción del embarazo mediante operación cesárea.

R: Una sola detección de de manera aislada no es indicativa de cesárea. La persistencia de la misma por un periodo de al menos 10 minutos sin recuperación tras las maniobras de reanimación intrauterina justificaría la cesárea.

18.- Cuáles son las acciones médicas que deben llevarse a cabo ante la presencia de bradicardia fetal y presentación occipito posterior persistente.

R: Maniobras de reanimación intrauterina, ya comentadas en la respuesta a la pregunta 16.

19.- En el presente caso, fue adecuada y conforme a la normatividad, la reanimación fetal intraútero.

R: No existe evidencia en el expediente clínico, tanto en el partograma como en la nota preoperatoria, de que se hayan realizado dichas maniobras.

20.- En caso negativo, si existían contraindicaciones que pudieran presentar en su momento la [víctima directa], que pudieran considerarse para no realizar dicha opción terapéutica

R: No existía ninguna contraindicación para ello.

21.- De acuerdo a las declaraciones de la Anestesióloga BEATRIZ MATEOS LOPEZ, de los doctores adscritos a ginecología y Obstetricia, el DOCTOR JUAN SORIANO CONSTANTINO Y EL DOCTOR JUAN BAUTISTA ALVARADO, así como a lo descrito en el expediente clínico del hospital Materno Infantil Inguarán; el tiempo transcurrido (un promedio de 15 a 20 minutos) entre la detección de la bradicardia fetal y la extracción del producto mediante operación cesárea. ¿Este procedimiento se encontraba justificado?

R: En nuestra opinión el tiempo de respuesta entre la detección de la complicación y el nacimiento del producto fue adecuado. El nacimiento por cesárea estaba justificado si el obstetra consideraba que no era viable la aplicación de fórceps.

22.- Si fue adecuado el tiempo transcurrido desde que se detectó la pérdida de bienestar del hijo de la [víctima directa], y el inicio de la operación cesárea. Para evitar posibles complicaciones en el producto.

R: De acuerdo a la evidencia documentada en el expediente, la resolución del embarazo fue expedita y de acuerdo a los tiempos esperados para la resolución de una urgencia de esa magnitud. Sin embargo y a pesar de ello, no fue posible evitar la muerte del producto.

23.- Si de acuerdo a las constancias del expediente clínico, personal del hospital materno Infantil de Inguarán comprobó la vitalidad del hijo de la [víctima directa], antes de comenzar el procedimiento de la operación cesárea. En su caso, si dicha acción es necesaria para dicho procedimiento.

R: La última evidencia de vitalidad fetal documentada en el expediente es la nota preoperatoria que se elaboró el 3 de septiembre de 2016 a las 14:53 hrs. y la hora del nacimiento está documentada a las 15:19 hrs. Desconocemos si ya en la sala de quirófanos y justo antes de empezar la cirugía se verificó nuevamente la frecuencia cardíaca fetal, pero esta maniobra ante la urgencia de resolución no hubiera modificado el plan.

24.- Ante un caso como el descrito en el expediente clínico de la señora [víctima directa], si es justificable y necesaria la presencia de dos ginecobstetras para realizar la operación cesárea (1 como cirujano y otro como ayudante).

R: Consideramos que con la presencia de un solo ginecobstetra con competencias para la realización de una operación cesárea de urgencia es suficiente. Las funciones de ayudante las puede cumplir según las capacidades del hospital y disposición de personal un médico residente o un interno de pregrado.

25.- Si ante la falta de personal médico, el papel del ayudante quirúrgico pudo haber sido adoptado por un médico residente.

R. Si.

26.- Si la cicatriz quirúrgica que presenta (fotografías) la [víctima directa], corresponde con la técnica quirúrgica documentada en el expediente clínico proporcionado por el Hospital Materno Infantil Inguarán, y en su caso, si dicha técnica fue adecuada.

R: En el expediente clínico no se cuenta con las fotografías antes mencionadas, sin embargo ante una cesárea de emergencia, con

complicaciones como existieron en este caso está justificada la realización de una incisión media abdominal con extensión por arriba de la cicatriz umbilical para ampliar el campo de observación y poder resolver de manera satisfactoria las complicaciones.

27.- De acuerdo con el resumen clínico del pediatra R. I Ramos Beltrán y la nota de enfermería del expediente clínico certificado del Hospital Materno infantil Inguarán, es justificable que existan discrepancias en que la situación fetal era transversa y no longitudinal, como se describió en las notas del servicio de Ginecología y Obstetricia de referido nosocomio.

R: Es posible que existan discrepancias debido a que la situación Fetal, Posición, Presentación y Variedad de posición son terminologías de uso común en la especialidad de gineco-obstetricia, son valoradas única y exclusivamente por el gineco-obstetra que atiende el parto. No es infrecuente que el resto del personal del hospital no este (Sic) familiarizado al 100% con estos conceptos.

28.- Si dicha discrepancia pudo condicionar un manejo médico diferente para el caso de la [víctima directa].

R: No, porque a final de cuentas, la valoración de estas condiciones recae en el terreno y experiencia del gineco-obstetra y por lo tanto las decisiones en cuanto al manejo dependen de la valoración que realiza el gineco-obstetra. Se aclara que ni la enfermera ni el pediatra realizan este tipo de valoraciones obstétricas en ningún centro hospitalario.

29.- Si de acuerdo a las constancias del expediente clínico, la [víctima directa], presentaba características sugestivas o predictivas de hemorragia obstétrica.

R: De acuerdo con la evidencia que consta en el expediente no es posible detectar que la paciente presentara factores de riesgo importantes para haber presentado hemorragia obstétrica.

30.- Si el manejo médico brindado por parte de Gineco-Obstetricia en el post quirúrgico fue adecuado y apegado a lo establecido en la literatura médica.

R: No fue adecuado, porque la evaluación clínica del estado hemodinámico de la paciente fue incompleta, no se evaluaron adecuadamente y oportunamente los volúmenes urinarios, la gasometría arterial, etc. Hubo retrasos en la administración de hemoderivados y en la referencia a la unidad de cuidados intensivos.

31.- De acuerdo a todo lo anterior, si fue adecuada la atención médica brindada por el servicio de Toco cirugía del Hospital Materno Infantil Inguarán, así como la resolución del caso específico de la [víctima directa].

R: Haciendo una evaluación global de la atención médica que recibió la [víctima directa] podemos concluir que hubo retrasos y juan al en su manejo integral que nos permiten concluir que la atención brindada a la paciente fue inadecuada.

ANESTESIOLOGÍA:

1.- Si la [víctima directa] cumplía con criterios para la administración de analgesia obstétrica.

R.- Sí.

2.- En caso afirmativo, se indique si dicho procedimiento se debió ofrecer como una opción a la [víctima directa], durante su estancia en el servicio de tococirugía del Hospital Materno Infantil Inguarán.

R.- Considerando que se trataba de una paciente con embarazo de término (Sic), en trabajo de parto, con ruptura de membranas y conducción con oxitocina, que aumenta la intensidad y duración de las contracciones uterinas, estaba justificada la administración de analgesia obstétrica para aliviar el dolor siempre y cuando el medico gineco-obstetra lo indique y la paciente lo acepte, previa valoración de anestesiología que descarte alguna contraindicación para la misma.

3.- Si las notas pre, trans y post anestésicas, cumplen con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología.

R.- Si cumplen la nota pre y post anestésica. La nota trans anestésica presenta deficiencias y no cumple con la NOM referida.

4.- Si fue adecuado el manejo anestésico indicado a la [víctima directa].

R.- En lo que respecta al procedimiento anestésico otorgado para la operación cesárea de urgencia si fue adecuado.

5.- Si en el presente caso, fue adecuada la decisión de utilizar la anestesia general balanceada.

R.- Si fue adecuada.

6.- Si el manejo médico brindado por la especialidad de anestesiología, se apega a lo establecido en la Lex Artis (NOM-006-SSA3-2017, literatura médica aceptada de la especialidad, etc.) en el pre, en el trans y en el postoperatorio.

R.- Analizando el manejo anestésico en todos sus componentes (Inducción, Monitoreo, Mantenimiento, Manejo de Líquidos y Emersión) consideramos que fue adecuado y se apegó a la Lex Artis.

NEONATOLOGÍA Y GINECOBSTETRICIA:

1.- Si el nudo verdadero que presentó el hijo de la [víctima directa] era diagnosticable por algún medio radiológico o imagenológico.

R.- No.

2.- En caso afirmativo, cuáles son las características clínicas esperadas en un producto cuando se presenta un nudo verdadero.

R.- Puede cursar el feto sin ninguna manifestación y asintomático, hasta cursar con diversos patrones de alteración de la frecuencia cardiaca fetal, (desaceleraciones variables) que podrían acentuarse a medida que el trabajo de parto progresa.

3.- Si con base a la evolución clínica del hijo de la [víctima directa] durante el trabajo de parto y que fue señalado en el expediente clínico, existieron o se presentaron datos clínicos compatibles con la presencia de un nudo verdadero de cordón.

R.- De acuerdo al registro cardiotocográfico, al partograma y a la nota preoperatoria no existen datos clínicos que hubiesen orientado a la presencia de un nudo verdadero de cordón. Tampoco presentaba factores de riesgo para esta complicación (embarazo gemelar, polihidramnios, edad mayor de [...] años, macrosomía, etc).

4.- Si es frecuente que un nudo verdadero ocasione la muerte fetal durante el trabajo de parto.

R.- No es frecuente, aunque si están documentados casos en la literatura médica.

5.- Si son frecuentes las muertes asociadas a la presencia de circular de cuello apretado durante el trabajo de parto, como se menciona que presentó el hijo de la [víctima directa].

R.- No son frecuentes.

6.- Si con base en la información contenida en el expediente del Hospital Materno Infantil Inguarán, la muerte fetal del hijo de la [víctima directa] era prevenible.

R.- La información contenida en el expediente es deficiente e incompleta, por lo que en base a la evidencia documentada en el expediente no es posible determinar si dicha muerte era prevenible o no.

NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA:

1.- Si la reanimación neonatal practicada al hijo de la [víctima directa] se apegó a lo aceptado medicamente:

R.- La información obtenida del expediente es incompleta al describir los tiempos y el orden de las acciones que se llevaron a cabo durante la reanimación neonatal. Por lo tanto no es posible determinar si la reanimación fue adecuada.

2.- Si de acuerdo a las condiciones en las que el Médico Pediatra Ramón Beltrán Señaló que recibió al hijo de la [víctima directa]

fue adecuado iniciar la reanimación neonatal.

R.- Si fue adecuado, debido a que la cesárea se realizó bajo anestesia general y en ese momento no era posible determinar si el estado del neonato se debía a depresión por anestésicos o a que había fallecido en el periodo intraparto.

3.- De acuerdo a la declaración de la enfermera quirúrgica María Angélica Zenteno Servín no servía una cuna radiante y que en la sala tocoquirúrgica solo se contaba con un pediatra si se considera que el Hospital Materno Infantil de Inguarán contaba con todos los insumos y recursos necesarios para la atención de un recién nacido con las características clínicas que presentó el hijo de la [víctima directa].

R.- Resulta sumamente complejo afirmar que el Hospital Materno Infantil de Inguarán cuenta o no con los insumos y recursos necesarios basados en la información proporcionada. Dicha información se puede obtener de manera más adecuada con una visita de verificación sanitaria.

4.- Si dichas deficiencias ocasionaron o contribuyeron en la muerte neonatal del hijo de la señora [víctima directa].

R.- Basados en la definición de muerte fetal de la NOM 007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida numeral 3.11 que a la letra dice: La muerte fetal está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, podemos asumir que se trataba de una muerte fetal y no neonatal.

5.- Si de acuerdo con la evidencia que obra en el expediente clínico, es posible señalar que el hijo de la [víctima directa] nació vivo.

R.- De acuerdo a la definición de muerte fetal enunciada anteriormente en el punto número 4, no existió evidencia documentable en el expediente clínico de que el hijo de [la víctima directa] haya nacido con vida.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

1.- Si el no contar en el Hospital Materno Infantil Inguarán con turno de terapia intensiva nocturno, así como falta de algunos insumos y personal, demeritó la calidad de la atención brindada por ese nosocomio.

R.- Sí fue un factor contribuyente en demeritar la atención médica de [la víctima directa], aunque la reanimación y el manejo inicial de la hemorragia obstétrica corresponden al Anestesiólogo y el Gineco-obstetra.

2.- De no ser adecuada la calidad de la atención médica brindada en el Hospital Materno Infantil Inguarán, si dicha situación contribuyo con la muerte del hijo de la [víctima directa].

R.- No existen elementos concluyentes para determinar que la muerte del hijo de [la víctima directa] haya sido resultado de una falla aislada sino de un proceso más complejo en donde estuvieron involucrados muchos factores, que pueden ser mucho mejor analizados por parte del Comité de Mortalidad Institucional o Jurisdiccional.

TERAPIA INTENSIVA ADULTOS:

7.- Considerando que, de acuerdo con el Hospital Materno Infantil Inguarán, no contaban con médico de terapia en el turno nocturno, si la atención médica brindada por el servicio de terapia intensiva fue acorde a lo señalado en la literatura médica de la especialidad.

R.- La atención médica inicial brindada en el servicio de terapia intensiva del Hospital Materno Infantil de Inguarán fue la adecuada a pesar de presentarse una complicación esperada al colocar el catéter venoso central subclavio. La conducta de trasladar a la paciente a una unidad con los recursos humanos y materiales necesarios fue la adecuada.

2.- En caso de no ser adecuada la atención médica brindada por el servicio de terapia intensiva del Hospital Materno Infantil Inguarán, especificar el por qué y si derivado de lo anterior, se puso el riesgo de la [víctima directa].

R.- No aplica, dado que consideramos que la atención fue adecuada.

3.- Si la atención posquirúrgica de la [víctima directa] fue adecuada y apega a la Lex Artis médica.

R.- En el manejo postoperatorio inmediato hubo retrasos tanto en la monitorización como en la reanimación hídrica y la transfusión de hemoderivados, posteriormente ya con la paciente en terapia intensiva el manejo médico fue adecuado.

4.- Si el Hospital Materno Infantil Inguarán cumplió con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

R.- Si se cumplió con la NOM-025-SSA3-2013 en lo que respecta al ingreso, internamiento y manejo durante el tiempo que la paciente permaneció en dicha unidad.

5.- Si de acuerdo al expediente clínico y de más evidencia que obra en el expediente de queja el Hospital Materno Infantil Inguarán conto con todos los insumos y personal suficiente para la atención médica, continua y de calidad a la [víctima directa].

R.- Basados en la revisión del expediente clínico y de queja no podemos concluir si el Hospital Materno Infantil Inguarán cuenta con todos los insumos y personal suficiente para brindar atención medica continua y de calidad. Dicha información podría ser verificable de manera más objetiva mediante una visita de verificación sanitaria.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA:

1.- Cuál es el procedimiento hospitalario a realizar ante el fallecimiento de una persona.

R.- Notificación de la muerte por parte del médico tratante a trabajo social, realización del certificado de defunción, obtención de la autorización o negación del estudio de autopsia por parte de los familiares, identificación completa y adecuada del cadáver e ingreso al departamento de anatomía patológica con revisión de los documentos anteriormente mencionados y entrega del cuerpo a los familiares a través de un servicio funerario en conjunto con trabajo social y vigilancia. Excepto en los casos médico legales en los cuales procede la notificación al ministerio público.

2.- En el aviso de defunción del formato realizado por la Secretaria de Salud para sus Hospitales, ¿a qué se refiere la hora que se encuentra junto al rubro señalado como "fecha del reporte"?

R.- Corresponde a la hora del fallecimiento.

3.- En una necropsia en paciente neonato, ¿cuál es la importancia de evaluar el cordón umbilical y la placenta?

R.- Es trascendental en toda muerte perinatal evaluar el cordón umbilical, las membranas amnióticas y la placenta para poder integrar un diagnóstico preciso de la causa de muerte.

4.- En el caso del hijo de la [víctima directa], si era importante la conservación de la placenta y cordón umbilical para su posterior estudio.

R.- Sí.



5.- Si considerando que el caso del hijo de la [víctima directa] se manejó como un caso médico legal, se encontraba justificado desechar la placenta y el cordón umbilical.

R.- No estaba justificado

6.- Considerando las documentales realizadas en el Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO) de la Ciudad de México de acuerdo con los hallazgos histopatológicos, se sustenta que el hijo de [la víctima directa] sí respiró al nacer.

R.- Se indujo la respiración a través de la ventilación mecánica ocurrida durante los intentos de reanimación del hijo de [la víctima directa], pero no existe ninguna evidencia que sustente que el bebé haya tenido respiración espontánea.

7.- De acuerdo con la literatura médica ¿qué tipo de docimiasias tienen un mayor grado de certeza para probar que un producto respiró al nacer?

R.- La docimasia histológica (que fue la prueba utilizada en este caso) es la prueba que tiene mayor certeza para documentar que un producto respiró al momento de nacer; sin embargo, esta prueba tiene una sensibilidad de alrededor del 40% y una alta tasa de falsos negativos, por lo tanto, no se considera un método definitivo o infalible.

8.- Si puede haber falsos negativos en cuanto a las docimiasias histológicas.

R.- Sí pueden haber falsos negativos.

9.- Si existe sustento médico lo estipulado por el Dr. Jorge Nezahualcóyotl Cárdenas Gómez, al mencionar que el hijo de [la víctima directa] vivió tres días fuera del útero y presentó un síndrome de dificultad respiratoria.

R.- No existe sustento médico para avalar esa afirmación, basados en la información contenida en el expediente clínico del caso.

10.- En caso de no presentar sustento, realizar la discusión clínica pertinente.

R.- Se trata de un producto de un embarazo de término que nace sin frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, sin tono muscular y palidez generalizada al que se le realizan maniobras de reanimación neonatal. De acuerdo a lo documentado en el expediente clínico, nunca logran revertir el paro cardiorrespiratorio en el que se recibió al hijo de [la víctima directa] al nacer. Histológicamente puede haber modificación estructural en relación al parénquima pulmonar por efecto de la ventilación mecánica.

11.- Si existen o es de su conocimiento de su área si hay métodos anatómo clínicos para poder establecer con exactitud, el tiempo de fallecimiento de un neonato.

R.- No existe método alguno anatómico, clínico o histopatológico que pueda precisar con exactitud el tiempo de fallecimiento. Hay procedimientos diagnósticos en correlación con la clínica que pueden estimar de manera aproximada el tiempo de fallecimiento pero sin ser exactos ni infalibles.

12.- Cuáles son los elementos que se deben valorar al realizar una necropsia de un neonato.

R.- Evaluación de la placenta, cordón y membranas. Evaluación del cadáver macroscópicamente, peso y medidas antropométricas, evisceración completa y peso de todos los órganos con fotografías macroscópicas y análisis histológico detallado de todos los órganos en correlación con su peso. Realización de técnicas especiales para problemas como hipoxia, infecciones, malperfusión vascular fetal, etc.

13.- Si el estudio de necropsia que se realizó al hijo de la [víctima directa], cumplió con todos los elementos de valoración patológica que debe contener la necropsia de un neonato.

R.- No. El estudio de anatomía patológica fue incompleto y faltaron elementos importantes a analizar para poder determinar la causa de la muerte.

14.- En caso de que el estudio de necropsia haya presentado deficiencias, si estas pudieron repercutir en los resultados de la misma y en qué sentido.

R.- Sí. Se encontraron deficiencias que pudieron repercutir en los resultados de la misma como fue el hecho de no contar con el cordón umbilical, placenta y membranas amnióticas para su revisión, así como no contar con el expediente clínico completo del caso para integrar la información clínica con los hallazgos histológicos haciendo poco confiable e impreciso el diagnóstico final.

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGÍA, TERAPIA INTENSIVA ADULTOS, PEDIATRÍA y NEONATOLOGÍA:**

1.- Considerando las respuestas anteriores, se consideraría que se le brindó al binomio de la [víctima directa] la atención médica integral de calidad, adecuada e integral que sus patologías requerían.

R.- Hubo deficiencias y omisiones en la atención médica que nos orientan a concluir que la atención médica brindada al binomio de la [víctima directa] pudo ser de mejor calidad.

2.- En caso de observar deficiencias y/o retraso en la atención médica de la urgencia obstétrica (bradicardia fetal) se puede establecer si estas se ocasionaron o contribuyeron en la muerte del hijo de [la víctima directa].

R.- A pesar de que existieron deficiencias, retrasos y omisiones en la atención de la [víctima directa], resulta muy difícil asegurar que dichas deficiencias hubieran contribuido de manera absoluta en la muerte del hijo de [la víctima directa] ya que consideramos que cuando el grupo de médicos detectó un riesgo de pérdida del bienestar fetal como lo fue la bradicardia durante el trabajo de parto se procedió a realizar la operación cesárea de manera expedita y a pesar de ello no se pudo evitar la muerte fetal. Existen numerosos casos y situaciones clínicas en obstetricia en donde a pesar de los mejores esfuerzos médicos no es posible evitar un mal resultado perinatal. Ejemplo de ello son el desprendimiento prematuro de placenta y los accidentes de cordón entre otros.

[...]

**102.** Acta circunstanciada de fecha 7 de junio de 2019, elaborada por un visitador adjunto de esta CDHDF, en la que hizo constar lo siguiente:

[...] sostuve llamada telefónica con la [madre de la víctima directa], quien [...] manifestó [...] que el pasado 5 de junio del año en curso acudieron a la Fiscalía de Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la PGJ-CDMX, donde la licenciada Ivón Chávez Barrera, Agente del Ministerio Público adscrita esa Fiscalía, les informó que ella no continuará en su cargo y, por tanto, la carpeta de investigación [...] será asignada al nuevo agente que la sustituya, aunque les aseguró que no cambiará de Unidad de Investigación; sin embargo, al solicitarle la consulta de la carpeta, ésta se negó y les dijo que no le era posible debido al exceso de trabajo que tenía, aunado a que en ese momento no recordaba dónde la había dejado, ya que se encontraba en proceso de entrega del cargo. En consecuencia, solamente les indicó que el Hospital Materno Infantil Inguarán ya había remitido la historia clínica del producto de la gestación de la [víctima directa], por lo que el asunto fue turnado nuevamente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para la elaboración del dictamen correspondiente, pero a la fecha la carpeta de investigación continúa sin ser determinada ni judicializada por parte de esa autoridad ministerial, lo cual considera una burla ante la dilación en la integración y determinación del caso a casi tres años de acontecidos los hechos materia de la presente queja. [...]

**103.** Opinión psicológica de la víctima directa del 10 de junio de 2019, suscrita por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta CDHDF, en la que se determinó lo siguiente:









**104.** Acta circunstanciada de fecha 20 de junio de 2019, elaborada por personal de esta esta CDHDF, en la que hizo constar la reunión de trabajo sostenida con personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos, en la que señaló lo siguiente:

**1. ¿se le quitó la [redacted] a la agraviada y por eso ya no puede tener [redacted] ?**

[...] la [redacted] es un procedimiento que se realiza en el útero, pero no [redacted]. En el presente caso, la agraviada [...], tuvo complicaciones ya que al momento de que le realizan la cesárea

Refirió que el procedimiento realizado no impide que la agraviada [redacted] pero como fue señalado por personal del Hospital General Balbuena, sí hay riesgo de un embarazo [redacted] porque se le pueden formar [redacted], sería más complicado ya que inclusive ella tiene el antecedente de [redacted]

**2. ¿Dicho procedimiento [redacted] se estableció en el consentimiento informado que firmó la agraviada?**

Esta situación no se encontraba en el consentimiento informado que la agraviada firmó, lo cual es una deficiencia en los consentimientos ya que no se les explican riesgos y beneficios, dando así la autonomía al paciente de decidir si acepta o rechaza un procedimiento.

[El Director de Servicios Médicos y Psicológicos, refirió] que no es jurídicamente aceptable que las personas firmen un consentimiento informado general, sino que debe ser un consentimiento informado por procedimiento, el cual debe de recabarlo el médico ya que éste tiene que brindarle toda la información del procedimiento, el diagnóstico, alternativas del diagnóstico, ventajas y desventajas de cada una de las alternativas y que así sea el paciente quien decida.

**3. ¿A través de qué estudio o mediante cuál aparato, se puede identificar un nudo verdadero?**

En relación al nudo verdadero, se indicó que solo el Doppler puede identificarlo con mayor precisión y sin ser invasivo, es decir, sin afectar al producto.

[...]

**5. En el presente caso se tardaron veintiséis minutos, ¿fue demasiado tiempo?**

[El personal médico refirió que] no existe una guía de práctica clínica o algún documento en el que se establezca el tiempo en el que se debe de sacar el producto durante una cesárea, pero en forma general, una vez que se anestesia a la paciente son de quince a veinte minutos, el tiempo para obtener el producto.

En el caso, en esos veintiséis minutos fue cuando al parecer falleció el producto. Ya que al detectar los médicos el sufrimiento fetal es porque el producto estaba aún vivo, pero en esos minutos que tardaron en sacar al producto fue cuando falleció, ya que al hacerlo ya estaba flácido, ya era un óbito.

**6. ¿Dicha tardanza constituye un tema de derecho a la vida o de generar un riesgo innecesario?**

[El personal médico] consideró que se generó un mayor riesgo, ya que explicó que lo que se tenía es una causa de muerte clínica y no una causa de muerte, es decir, sólo tenemos la causa que señala el Hospital Materno Infantil Inguarán sobre el nudo verdadero porque el Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO), señaló (asfixia) lo cual es un mecanismo no una causa y por ello no tenemos la certeza de la causa de muerte, solo contamos con la causa de muerte clínica que señala el Hospital la cual no se puede comprobar ya que no se analizó el cordón y la placenta, al ser desechados y el médico legista al elaborar su acta médica no considera estos elementos. Por lo anterior se puede decir que el nudo verdadero si (Sic) aumenta el riesgo o que el tiempo que tardaron en realizar la cesárea más la circular de cuello y el nudo verdadero incremento (Sic) el riesgo de muerte.

Indicó que el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) también mencionó en su informe que existieron otras deficiencias como fue la administración de líquidos, el retirarle la que se dejara a libre evolución, etcétera, todo ello pudo provocar el fallecimiento del producto, pero no se puede asegurar dicha situación, por lo que sólo se puede decir que todas estas circunstancias si (Sic) aumentaron el riesgo.

**7. En relación a la falta de conservación de la placenta y el cordón umbilical, lo cual podría comprobar la existencia del nudo verdadero, explicaron que:**

[El personal médico] señaló que para la diligencia de levantamiento de cadáver se debe enviar a un médico legista junto con el criminalista, ya que en la actualidad es el criminalista quien realiza el levantamiento de cadáver y lo lleva al anfiteatro de las agencias del Ministerio Público, lugar al que acude el médico legista a levantar lo que se conoce como “acta médica”, la cual no tiene relevancia para una investigación al haberse ya movido el cadáver del lugar de los hechos, es decir ya fue manipulado por el criminalista.

Indicó que el criminalista debe continuar a cargo de la escena del crimen o de investigación, que le pueden tomar fotografías al cadáver, pero no



deben tocar el mismo, ya que es el médico quien debe realizar el “levantamiento”, quien lo debe examinar y obtener muchos datos como son el nivel de enfriamiento que tiene el cuerpo, las livideces, la rigidez cadavérica, la temperatura del ambiente, etcétera.

No existe un lineamiento que establezca el tiempo en que debe realizarse el levantamiento del cadáver, ya que éste debe ser lo más pronto posible al momento en que se tuvo conocimiento del mismo, por eso es importante que la diligencia la realice el médico legista junto con el criminalista.

**8. En el expediente clínico del Hospital General Balbuena, ¿se tiene documentado el consentimiento firmado por la agraviada o sus familiares para que el 15 de septiembre de 2016, se le realizara una ?**

No, para el procedimiento en específico del 15 de septiembre de 2016 no hay consentimiento firmado. Si (Sic) hay un consentimiento del 8 de septiembre de 2016, que firmó la agraviada, pero es aparentemente general, esto es que normalmente cuando las personas llegan al Hospital les dan un consentimiento general en el cual aparece la leyenda de que: se otorga el consentimiento para que se realicen todos los procedimientos y tratamientos necesarios. Después de dicho consentimiento ya no les vuelven a dar ningún otro consentimiento en el cual otorguen su autorización para un procedimiento en específico.

[...]

**13. A la agraviada se le realizó una cesárea. ¿A qué se debió el daño en los y el que presentó posteriormente?**

Por la pérdida de sangre tuvo

**14. ¿El tiene relación con la hemorragia?**

No, el que se originó por la pérdida de sangre puede ser un factor que ocasiona que disminuya por ejemplo el sistema inmunológico, bajan las defensas, pero no hay una relación directa.

**15. ¿El está señalado como riesgo en el consentimiento informado?**

No, inclusive es importante que en el consentimiento se señale como (Sic) actuar en caso de emergencia. y el daño renal fueron complicaciones, que no están marcadas en la literatura porque no es común que a una persona que le hacen una cesárea presente estos datos.

**16. ¿El “desgarro” irregular de cuatro centímetros si es una complicación propia de la cesárea?**

El desgarro a nivel de útero, sí es un riesgo inherente a la cesárea, el cual pudo ser por cuestión de la técnica al momento de sacar el producto, por la emergencia.

**105.** Acta circunstanciada de 18 de junio de 2019, suscrita por personal de esta Comisión, en la que consta lo siguiente:

[...] la víctima directa [...] se constituyó en las instalaciones de esta Comisión en compañía de las víctimas indirectas [...], madre y hermanas de la víctima directa, a efecto de conocer el estado que guarda la presente queja y realizar manifestaciones al respecto.

En ese orden de ideas, la víctima directa, su madre y su hermana [...] aseguraron y habitan el mismo hogar. La [madre] manifestó que ha visto severamente afectado su estado psicoemocional, ya que ella ha estado acompañando en todo el proceso; primero ante los hospitales HMII y HGB, buscando la recuperación de su hija y después los procesos jurídicos de la integración de la carpeta de investigación ante la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, así como el amparo que tramitaron.

La madre [...] señaló a personal de esta Comisión que el apoyo de [su hermana] fue fundamental a lo largo de todo este tiempo, ya que durante la hospitalización de [la víctima directa] en el HMII y posteriormente en el HGB se turnaban para cuidarla y cumplir con el trabajo. El padre de [la víctima directa] pasaba diariamente a dejarles dinero para las comidas y ellas dormían donde se podía, porque los referidos hospitales no cuentan con salas de espera dignas. Por su parte, [otra hermana] se dedicó fundamentalmente al cuidado de su hija, pues al momento de los hechos tenía aproximadamente . La [madre] refirió que [la hermana de la víctima directa] fue quien llamó a diversas instancias, incluyendo a esta Comisión, por eso es la peticionaria. Al respecto, [la hermana] aseguró que se ha sentido muy culpable durante todo este proceso, toda vez que fue ella quien le recomendó a [la víctima directa] que acudiera al HMII cuando fue rechazada en HGI, pues a ella la habían atendido bien en su parto.

Asimismo, señalaron que el hijo de [la víctima directa] era muy esperado por toda la familia porque era un niño y los recientes nacimientos habían sido niñas, por lo que la familia estaba muy ilusionada.

Durante 34 meses, [las hermanas] han sido un soporte importante para [la víctima directa], ya que la apoyan en todo. La [madre] refirió a personal de esta Comisión que quisieran que [la víctima directa] retomara su vida, saliera y si quisiera que se embarazara de nuevo, pues todavía es joven.

En el aspecto económico, el proceso ha sido muy desgastante, ya que los primeros abogados les solicitaron una cantidad importante de dinero y “no hicieron nada”. Debido a que ellas habían sido inconstantes en el

trabajo, su padre es quien ha erogado los gastos ocasionados por el proceso jurídico, así como en la atención del estado de su salud al acudir con médicos particulares debido a la desconfianza generada en hospitales públicos. [...]

**106.** Acta circunstanciada de 25 de junio de 2019, suscrita por personal de esta Comisión, en la que consta lo siguiente:

[...] nos constituimos en las instalaciones del INCIFO en donde nos trasladamos al lugar donde se encuentra el cuerpo marcado como “RN hijo de [...]” y se constató el lugar en el que el cadáver lleva resguardado 34 meses de ocurrido el primer hecho motivo del presente asunto [...] Posteriormente los suscriptor y personal médico nos trasladamos a uno de los anfiteatros del INCIFO, donde el cuerpo fue examinado por personal médico de esta Comisión [...]

**107.** Acta circunstanciada de 26 de junio de 2019, suscrita por personal de esta Comisión, en la que consta lo siguiente:

[...] la víctima indirecta [...] madre de la víctima directa [...], se presentó en las instalaciones de este Organismo, a fin de sostener una entrevista con la suscrita.

En ese sentido, la [madre] manifestó que a casi 34 meses de sucedidos los hechos materia de la presente queja, ella y su familia han vivido al ver a [la víctima directa] que “llora y no está en paz”. Asimismo, comentó que le preocupa el tema del cuerpo del producto de la gestación de [la víctima directa] que está en el Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO) del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, el cual no se ha podido sepultar, además de la salud de su hija debido a que ha tenido , pues no cuentan con los recursos económicos para llevarla su atención médica en un servicio particular, ya que no quiere acudir a ningún hospital de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por temor a “volver a vivir lo que le hicieron” en el Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII) de esa Secretaría.

Al respecto, destacó que en dicho nosocomio trataron mal a [la víctima directa], toda vez que “le hicieron una cesárea que no era normal y le quitaron la vida al bebé”, además de que “mintieron en la documentación y dieron documentos falsos”, pues “el pediatra dice una cosa, el certificado de muerte fetal dice de otra muerte que no es y el Instituto de Ciencias Forenses dice que el bebé murió por asfixia neonatorum”, pero después del parto “la doctora Martha Yta les dijo que los doctores se equivocaron y que el bebé murió por un nudo verdadero”, sin que le explicara qué es un nudo verdadero, limitándose únicamente a decirle que “le enseñaba la placenta”, lo que a su entender no tenía relación alguna con lo que el doctor Constantino le había comentado momentos antes en cuanto a que el producto “había muerto por el cordón umbilical enredado en el cuello”; sin embargo, a su parecer, esa versión tampoco

concordaba con el ultrasonido que le habían practicado a [la víctima directa] 15 días antes, en donde se apreciaba al “bebé en posición y sin ningún cordón enredado en el cuello”.

En relación a las razones por las cuales arribaron al HMII, respondió se debió a que no quisieron aceptar a [la víctima directa] en el Hospital General Iztapalapa de la SEDESA, ya que una enfermera le dijo que “no había doctores” y que “los doctores estaban atendiendo un parto delicado y que no la podían atender.”

De acuerdo con la [madre], a las 5:40 de la mañana del 3 de septiembre de 2016 arribaron al HMII, donde aceptaron a [la víctima directa] porque “ya llevaba la fuente rota”, pero no supieron de ella hasta las 18:40 horas de esa fecha cuando le avisaron a su esposo que “el bebé había muerto” y su nieto le dijo: “abuelita, dicen que su bebé de [la víctima directa] murió”, lo que provocó que le reclamara al personal de ese nosocomio y por ello se apersonó la doctora Martha Yta, quien después de discutir le enseñó el cuerpo en una “cunita con sabanitas azules”, al cual no cargó pero observó su cuello para constatar si estaba marcado, pero no pudo observar ninguna marca o hematoma aunque tampoco lo pudo reconocer porque a ella nunca le enseñaron el brazalete, entonces no sabe si se trataba del producto de la gestación de [la víctima directa] o no. Por tanto, manifestó que ella y toda su familia estén con la idea de que “el bebé está vivo”, ante la incertidumbre que les ha causado “tanta mentira”, pues “no hay un relación de todo lo que dicen”.

Al preguntarle quién otorgó el consentimiento informado para la realización de la cesárea de [la víctima directa], contestó que fue la propia [la víctima directa] quien firmó el consentimiento, pues a pesar de que ella era la familiar responsable, jamás le dieron un sólo papel para la autorización de la cesárea, pero no se enteró hasta después de que la realizaron.

Cuando se permitieron ver a su hija se percató que la tenían acostada si suero ni transfusión de sangre, pero la doctora Martha Yta -ante los reclamos de la [madre]- mandó llamar patrullas para detenerlas a ella y [las hermanas de la víctima directa]. En consecuencia, salieron del hospital les cerraron las puertas del mismo, sin dejarla entrar hasta la 1:00 de la madrugada del 4 de septiembre de 2016, cuando personal médico de ese hospital le comentó que [la víctima directa] “estaba muy grave y le habían puesto un catéter para hacerle transfusión de sangre”. Cuando se le permitió ver a su hija, platicó con ella, lloró y le pidió a la directora del hospital ver a su “bebé”, pero ya no le dijeron ni le informaron absolutamente nada hasta el día 5. En ese sentido, afirmó que la última vez que habló con la directora del hospital, ésta le dijo que “esos son los riesgos que corre una mujer cuando se embaraza”, a lo cual le respondió que “los riesgos no se pueden correr aquí en la Ciudad de México, porque tenemos todos los aparatos necesarios para que una persona embarazada pueda tener a su bebé”.

El 5 de septiembre de 2016, una doctora le dijo que [la víctima directa] traía y que le iban a poner un sello de agua, por lo que debía autorizarlo, a lo cual le contestó que no era normal que tuviera un

Posteriormente, el 7 de septiembre de ese año, la Directora del HMII la referenció al Hospital General Balbuena de la SEDESA, donde una doctora -a su consideración- la amenazó, ya que le dijo que “su hija no podía tener hijos y que más valía que quitara la demanda sino me la iban a voltear todo”. En dicho nosocomio la catalogaron como grave y en cinco ocasiones le quitaron y le pusieron el sello de agua, por lo que considera que la torturaron. A pesar de ello, egresó de ese hospital con y debido a esa situación optó por llevar a [la víctima directa] con una doctora particular, la cual sin ponerle sello de agua y a base de tratamiento le quitó

En cuanto a la investigación penal que se realiza en la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, afirmó que se trata de un retardo de justicia, porque “les traen vuelta y vuelta y vuelta”. Al respecto, señaló que en el 2017 o 2016, la una agente del Ministerio Público le dio a su hijo un certificado de muerte fetal que dio el hospital y la orden para que les entregaran el cuerpo; sin embargo, al momento de acudir al Instituto de Ciencias Forenses, le querían dar la documentación del funeral, pero al ir Registro Civil le dijeron que “no podían hacer el trámite porque el niño vivió tres días” y necesitaba la hoja de alumbramiento y el certificado de defunción.

Bajo esa tesitura, aseguró que no les han explicado en qué parte de la investigación va el Ministerio Público, e incluso ahora ya le negaron la carpeta de investigación a [la víctima directa] y le dijeron que no saben sobre lo que informó el hospital, pero se supone que mandaron el asunto a la CONAMED para hacer un peritaje. Le dijeron a [la víctima directa] que fuera en 20 días que porque ya cambiaron de agente del Ministerio Público, lo cual es la quinta ocasión que sucede a lo largo de este proceso.

Por otra parte, indicó que -a su parecer- [la víctima directa] continúa igual, pues al principio llegaban sus amigas y se escondía, porque no quería que supieran lo que le pasó a su “bebé”. No ha retomado su vida como antes, ya que se encierra y no quiere salir de casa, porque aunque la inviten no va. “Como que le da pena, pues le dolió mucho esto, tenía mucha ilusión de tener ese bebé.”

Por lo que hace al comportamiento de [la víctima directa], sostuvo que ésta se ha tornado muy enojona, pues todo le molesta al ver que su hermana [...] tiene a su niña [...], y no ver a su hijo ahí jugando con su prima.

Afirmó que no se puede quedar impune una situación como esta, porque tiene tres nietas, que son el futuro y no le gustaría que también a ellas les pasara lo mismo que a [la víctima directa].

Al preguntarle por qué no la defiende un abogado, la [madre] respondió que por corruptos, ya que el primero empezó bien, pero después empezó a sacar dinero, por lo que hasta el momento han erogado alrededor de \$100,000.00 pesos, que ha cubierto en su mayoría el padre de [la víctima directa].

Por otro lado, explicó que cuando [la víctima directa] salió del Hospital General Balbuena, el doctor Mejía le dijo que tenía que regresar para ponerse un aparato, porque ella iba a tener embarazos fuera de la matriz, por lo que resultaba muy peligroso para ella embarazarse, porque podía perder la vida también ella; sin embargo, la propia [la víctima directa] tiene miedo de embarazarse de nuevo por temor a sufrir lo mismo que vivió.

Al preguntarle cómo cambió la vida en su familia después de lo que le pasó a [la víctima directa], respondió que fue una cosa inesperada, toda vez que nunca esperaron que en un hospital hicieran ese tipo de actos. Señaló que “le cambia a uno la vida” porque dejaron de trabajar, además de que la ven triste y enojada porque el “bebé” no está con ellos. Afirmó que [la hermana] también se siente culpable porque ella le recomendó ese hospital a [la víctima directa]. En ese sentido, dijo que no sabe si vayan a descansar cuando les entreguen al “bebé” y todo se acabe o sigan así. No lo quieren aceptar, rechazan esa situación “como que estuviera más seguro ahí o porque no es”. Quisieran se lo regresaran vivo, ya que [la víctima directa] llegó al HMII con la ilusión de tener a su “bebé” y “hasta la fecha tiene guardada su ropita”. [...]

