

Queja 7803/2009-V  
Recomendación 22/2011  
Asunto: violación al derecho a la vida y a la salud

Guadalajara, Jalisco, 19 de mayo de 2011

Doctor Alfonso Petersen Farah  
Secretario de Salud y director general del OPD  
Servicios de Salud Jalisco

### *Síntesis*

*El 30 de julio de 2009, la señora [agraviada], con 9 meses de embarazo, acudió junto con su concubino al Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, donde después de revisarla la ingresaron para iniciar con el trabajo de parto; sin embargo, después de tener a su bebé, le sobrevino una hemorragia que no fue debidamente controlada y que finalmente terminó con su vida. Al realizar la investigación, la CEDHJ documentó la violación de los derechos humanos a la vida y a la salud, que redundaron en el fallecimiento de la señora.*

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4°; 7,° fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75 y 79 y demás relativos de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 7803/09-V, iniciada a favor de quien en vida llevó el nombre de la [agraviada], por la posible violación de su derecho a la protección de la salud y a la vida atribuida a personal médico del Hospital Materno Infantil, Esperanza López Mateos (HMIELM).

### I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 2 de septiembre de 2009 se recibió en Oficialía de Partes de esta CEDHJ el escrito del señor [quejoso 1], presidente de la Liga Mexicana por la Defensa de los Derechos Humanos en Jalisco (Limedh), donde se queja contra quienes resultaran responsables por hechos y omisiones que consideró

violatorios de los derechos humanos de quien en vida llevó el nombre de [agraviada]. Al respecto textualmente manifestó lo siguiente:

... el pasado día 30 de julio de 2009 en un acto discriminatorio y de negligencia médica y probablemente con intencionalidad de tráfico de órganos, la [agraviada] víctima, quien por su situación económica y de vecindad con su pareja fabricante y comerciante de muebles rústicos de madera que los vemos en sus jacales provisionales por diferentes rumbos de la ciudad que durante nueve meses estuvo yendo a chequeos y citas médicas en razón de su embarazo al sanatorio “Esperanza López Mateos” de dudosos antecedentes a quienes señalamos como sus victimarios, ya que ese día le encargó la pareja a sus vecinos los niños y el negocio, y al llegar temprano por la mañana le dijeron que todo iba bien que no hay problema y le entregaron la ropa para que regresara en una hora o dos, él se quedó en las cercanías y se comenzó a tardar la situación notó movimientos sospechosos de prisas y preocupados, hasta que alrededor de las 4 de la tarde le informaron que algo se había complicado y que se le practicaría una cesárea y habría que llevarla al hospital civil nuevo lo cual así lo hicieron y a las 7 de la noche le informan que no pudieron controlar la hemorragia y la señora murió en el quirófano [...].

2) Las irregularidades: A) nació la niña sana en el ya mencionado sanatorio mucho antes de las 4 de la tarde B) No era necesario sustraerle la matriz o sí? C) Por que? Y para que? El traslado al hospital civil nuevo. Esto es una actitud de negligencia y criminal.

2. El 9 de septiembre de 2009, personal adscrito a la Tercera Visitaduría General de esta CEDHJ suscribió un acta circunstanciada con motivo de la entrevista que sostuvo con los doctores Félix Rafael Huériz Casillas y Alfredo Machain Loera, director y subdirector, respectivamente, del HMIELM, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ), y asentó lo siguiente:

... a quienes les hago saber el motivo de mi presencia respecto de los hechos ventilados en la presente inconformidad y en uso de la voz refieren que el 30 de julio del año en curso la señora [agraviada] al momento de estar recibiendo atención médica de trabajo de parto vía cesárea presentó algunas complicaciones la señora [agraviada] por lo que el personal médico se avocó a su atención, que era urgente, aclarando que el producto del parto que en el caso concreto fue del sexo femenino no tuvo ninguna consecuencia y nació viva, por lo que se le expidió la constancia de nacimiento por parte del Hospital aunque por el estado de salud de la señora [agraviada] no se estampó su huella digital en el acta, situación que a la brevedad se subsanará con la nota marginal correspondiente para que el padre de la niña pueda realizar el trámite correspondiente ante el Registro Civil para que se le expida el acta de nacimiento correspondiente y se le de la certeza jurídica que confirme a derecho le corresponde.

Acto continuo, el suscrito funcionario diligenciante de conformidad con lo previsto por los artículos 35 fracción V1, 85 y 86 de la ley que rige esta defensoría pública de Derechos Humanos, le solicito a los servidores públicos entrevistados me

expidan fotocopias certificadas del expediente clínico de la señora [agraviada], toda vez que dicha documentación resulta necesaria para la debida integración de la queja.

En uso de la voz el director acepta la entrega de fotocopias del expediente en cita...

3. El 23 de septiembre de 2009 compareció ante personal de la Tercera Visitaduría General de este organismo el [quejoso 2], quien señaló ser concubino de la ahora occisa [agraviada], y señaló:

... el motivo de mi comparecencia en esta oficina es para ratificar en todo sus términos la queja presentada a consecuencia de la muerte de mi concubina la [agraviada], la cual fue registrada en esta oficina bajo el número 7803/09/III, misma que una vez que tengo a la vista y he leído su contenido, lo ratifico en parte y es mi deseo precisar que no considero que en este caso haya motivos que hagan pensar en tráfico de órganos pero lo cierto es que debido a consecuencia de la atención médica que recibió mi concubina ésta falleció y podría deberse a negligencia médica porque ella era una persona sana que había recibido todos los cuidados de control del embarazo y prenatales para lo cual es mi deseo narrar a esta comisión que el día 30 de julio a las 9:00 de la mañana nos presentamos mi concubina y yo al hospital y la registramos en la libreta de control, una hora y veinte minutos mas tarde la pasaron a revisión y durante todo el tiempo estuvo tranquila sin quejarse de dolores y acudió al sanitario dos veces. Después de su revisión salió una enfermera y al darme la ropa que traía [agraviada] me informó que se quedaría porque ya estaba en trabajo de parto. Pasaron varias horas y cuando vi que todos los familiares de el resto de las mujeres que habían entrado mas o menos a la misma hora habían sido avisados del estado de salud de la mujer y su hijo o hija, me acerqué por primera vez a trabajo social mas o menos a las 2:00 de tarde, pero el personal de trabajo social reiteradamente me dijo que si no me decían nada, era porque no había dado a luz todavía. Cerca de las 3:30 de la tarde me dijeron que ya había nacido mi hija pero que mi esposa continuaba en quirófano, que podía pasar a conocer a mi hija. Como a las 6:20 de la tarde me avisó el cuerpo médico compuesto por dos mujeres y uno o dos hombres que mi esposa había tenido complicaciones y estaba grave y que había tenido que extraerle la matriz y que la mandarían a examinar para ver el motivo de su estado de salud, que a la [agraviada] la estaban preparando para trasladarla al Hospital Civil Nuevo donde por los aparatos con los que cuentan recibiría mejor atención. Cabe mencionar que cerca de la tres de la tarde había salido una ambulancia que regresó mas tarde sin poder precisar a que hora con una hielera que supongo traía sangre para la [agraviada]. Aproximadamente a las 6:40 de la tarde partió la ambulancia con mi concubina y yo me tuve que ir por separado porque un médico la acompañaba en la parte de atrás en la ambulancia. A las 10:00 de la noche me avisaron que la [agraviada] había muerto porque la habían recibido ya muy mal de salud. Cabe mencionar que la histerectomía que le practicaron de acuerdo al expediente clínico se practicó con su consentimiento y estampó su huella dactilar pero sin contar con la firma de los testigos que validen su consentimiento y sin que yo firmara a su ruego como legalmente procedía. Cabe hacer mención que ya acudimos a que se hiciera la nota marginal al certificado de nacimiento de mi

hija y para acreditar mi dicho acompaño copia simple del documento. Siendo todo lo que tengo que manifestar...

4. Resumen clínico suscrito el 31 de julio de 2009 por el doctor Alfredo Machain Loera, subdirector médico del HMIELM, en el cual asentó lo siguiente:

... Se trata de paciente femenino de 40 años de edad de nombre [agraviada] la cual acude al servicio de urgencias el día 30 de julio de 2009 a las 09:05 horas por presentar un embarazo de 39 semanas y trabajo de parto. Dentro de sus antecedentes más importantes son analfabeta, tabaquismo positivo durante su embarazo de 1 por día, empleada doméstica, que llevó su control prenatal en esta unidad en 5 ocasiones y 10 parejas sexuales, con una cesárea hace 11 años por macrosomía fetal (3,800) y un parto posterior hace 6 años. Sus antecedentes Gineco-obstétricos: menarca 15 a, ritmo 30 x7, IVISA. 26 años, G3, P1, C1. FUR: 29/11/08 y FPP. 06/09/09, cursando actualmente con un embarazo de 39 semanas por fecha de última regla y trabajo de parto activo. Exploración física. Paciente en regulares condiciones generales, la cual es ingresada por embarazo de término y trabajo de parto, a su ingreso se reporta producto cefálico dorso lado izquierdo con una frecuencia cardiaca fetal de 152 latidos por minuto, el cérvix con 4 centímetros de dilatación y amnios íntegro a su ingreso su T/A 160/100 en este momento niega sintomatología vaso espasmódica, se toman exámenes de laboratorio reportando Hb de 12.9 plaquetas de 262 mil, g. rojos de 3.95 millones y g blancos de 9.7 mil. Glucosa de 67, ácido úrico de 4.8 urea de 14.4 y creatinina de 0.7, TGO de 34 y TGP 16.0 el examen de orina glucosa negativo pH de 8.0 leucos de 16-20 por campo por lo que se descarta preclampsia y se inició inducto conducción, al presentar ruptura espontáneos de membranas el líquido se encontraba meconial y alteraciones en frecuencia cardiaca fetal con desaceleraciones de 110 latidos por minuto por lo que se decide realizar cesárea. La cual se realiza a las 13:30 horas obteniendo un producto único femenino de 3000 grs. Y Apgar de 8/9 se refiere que su abordaje fue muy difícil ya que la pelvis estaba completamente congelada, se cierra la cavidad sin sangrado aparente, pero la paciente presenta sangrado vaginal por lo que se maneja con oxitócicos y observación, en quirófano, pero a las 14:30 horas presenta sangrado T/V importante por lo que es reintervenida, encontrando un vaso sangrante de la arteria uterina del lado izquierdo, por lo que se liga y aparentemente el útero se encontraba contraído se revisa la hemostasia y se cierra la cavidad, al terminar este procedimiento se observa que la paciente continua con sangrado vaginal por lo que es reintervenida nuevamente, encontrando útero flácido infiltrado y se decide realizar histerectomía subtotal, y en la histerectomía, durante el acto quirúrgico se transfunden 2 paquetes globulares. La paciente presenta sangrado en capa por lo que se empaqueta y se envía a tercer nivel (Hospital civil nuevo Juan I Menchaca) a la terapia donde la paciente fallece a las 23 horas de este mismo día. Durante el acto quirúrgico se reporta sangrado aproximado de 2,200 ml.

Los diagnósticos de la defunción fueron:

ATONÍA UTERINA  
PUERPERIO PATOLOGICO

ANOXIA CEREBRAL  
SHOK HIPOVOLEMICO.

5. Por acuerdo del 26 de octubre de 2009 se admitió la queja y se requirió al director del HMIELM para que rindiera su informe de ley y remitiera copia certificada del expediente clínico y documentación que guardara relación con los hechos. Asimismo, se solicitó al director del Hospital Civil Nuevo que remitiera copia certificada del expediente clínico que se hubiera formado con motivo de la atención que se brindó a la [agraviada].

6. El 27 de enero de 2010 se recibió el oficio IJCF/341/2010/12CE/ML/17 suscrito por los doctores Raymundo Flores Pérez y Ramón A. Hernández García, peritos médicos forenses del IJCF, mediante el cual emitieron el dictamen pericial de responsabilidad médica sobre mala praxis, negligencia o alguna otra irregularidad en la atención brindada a quien en vida llevó el nombre de la [agraviada], y en el cual asentaron lo siguiente:

... Los suscritos Peritos Dr. Raymundo Flores Pérez Médico Cirujano y Partero, con cedula profesional 1001974 y especialidad en Medicina Forense cedula 3153347 ambas expedidas por la secretaria de Educación Pública, certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Legal y Forense A.C. perito oficial de esta H. Institución con más de 15 años de experiencia Dr. Ramón Alejandro Hernández García Médico Cirujano y Partero cedula profesional 1997447, especialidad en Urgencias Médicas, traumatología y ortopedia, diplomado en toxicología clínica, y certificado por el consejo mexicano de medicina legal y forense A.C. y designados como peritos en relación a los hechos que dieron origen a esta causa.

En relación a la designación como peritos Médicos oficiales dentro del expediente descrito en antecedentes, respecto de llevar a cabo en **DICTAMEN SEBRE MALA PRAXIS, NEGLIGENCIA O ALGUNA OTRA IRREGULARIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA** a quien en vida llevara el nombre de [AGRAVIADA].

El dictamen médico-legal tiene como función primordial el enlace de la medicina con el derecho, es un documento que se elabora con la metodología científica, de forma ordenada y sistemática cuando es requerido, el cual deberá sustentarse a partir de los elementos obtenidos de los documentos medico legales que sean proporcionados, de tal manera que se puede llegar a una conclusión demostrable al final del mismo.

Para la elaboración del presente dictamen por parte de los suscritos, se expresan los hechos y circunstancias que sirven de fundamento, practicando las operaciones bajo el siguiente procedimiento:

Utilizar para su realización el método científico inductivo deductivo.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA:

SI EXISTIÓ MALA PRAXIS, NEGLIGENCIA O ALGUNA OTRA IRREGULARIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A quien en vida llevara el nombre de [agraviada].

DEL ANÁLISIS DE:

INFORME DE HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LOPEZ MATEOS.

En respuesta a la queja 7803/2009-V oficio 989/09/V informo a usted que en este hospital infantil la [agraviada] fue atendida en tiempo y forma correspondiente a quien en vida llevara el nombre de la [agraviada]. El día 30 de julio de presente año, fue atendida la paciente [agraviada], en el servicio de admisión urgencias a las 09:05 hrs. según consta en el expediente clínico, paciente de 40 años de edad, cursando embarazo de 39 semanas de gestación, sangrado transvaginal escaso y contracción uterina irregulares tipo trabajo de parto.

Antecedentes, paciente analfabeta tabaquismo positivo durante el embarazo de un cigarrillo por día, empleada doméstica, acudió a cinco consultas para control prenatal en esta unidad.

Antecedentes ginecobstétricos, menarca a los 15 años, ritmo 30x7, eumenorreica número de parejas sexuales 10, gesta 3 para 1 aborto 0, cesárea hacia 6 años. FUM 29/11/08, fpp 06/08/2009 CURSANDO CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Y TRABAJO DE PARTO, PASA A LABOR PARA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

Exploración física paciente consciente, tranquila en regulares condiciones generales, tensión arterial 160/100 sin referir síntoma vaso espasmódicos, reflejo osteotendinosos normales, producto en presentación, cefálica, dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de 152 latidos por minuto, al tacto vaginal cervix anterior, 4 centímetros de dilatación, 50% de borramiento y amnios íntegro, en la sala de labor de trabajo de parto se toman exámenes de laboratorio, los que reportan hemoglobina de 12.9g, plaquetas de 262,000 glóbulos rojos 3.95 millones, glóbulos blancos 9.7 millones, glucosa de 67, ácido úrico de 4.8 g. urea 14.4 y creatinina de 0.7 TGO 34 y TGP 16.0 en examen general de orina, proteína + leucos de 16-20 se inició conducción del trabajo de parto.

Durante la evaluación de trabajo de parto a las 12:48 la paciente presenta ruptura espontánea de membrana, observándose líquido amniótico meconial, con variaciones en la frecuencia cardiaca fetal de 130 hasta 110 latidos por minuto, por lo que se decide pasar a operación cesárea, la cual se practica a las 13:00 hrs. Del mismo día, obteniéndose un producto único vivo, femenino de 3000 grs. con Apgar 8/9.

En la nota quirúrgica se manifiesta lo difícil del abordaje, marcado como pelvis congelada, se realiza cierre de la cavidad uterina y se verifica en sagrado aparente, al término de la cirugía la paciente presenta sangrado transvaginal, continua su manejo con oxitócicos, aplicándosele ergonivina, gluconato de calcio y carbetocina. La paciente continúa con sangrado transvaginal importante, por lo que se decide reintervenirla, **encontrando un vaso sangrado (según nota del expediente**

**clínico) arteria uterina del lado izquierdo** la cual se liga y se observa útero contraído, se revisa hemostasia y se cierra nuevamente la cavidad abdominal.

Al término del procedimiento se observa nuevamente que el sangrado transvaginal continúa en regular cantidad, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente por tercera ocasión, solicitando sangre al banco estatal para la atención de la Sra. [agraviada], encontrando útero flácido e infiltrado, decidiendo la realización de histerectomía subtotal, durante el acto quirúrgico la paciente fue transfundida con dos paquetes globulares, durante la cirugía la paciente presenta cambios importantes en el estado metabólico, por lo que se solicita apoyo a un Hospital Civil de tercer nivel como lo es el Hospital Civil Juan I Menchaca, posterior a la terminación del acto quirúrgico se envía para su soporte a la unidad de cuidados intensivos.

NOTA DE EVOLUCIÓN

30/07/09

12:45 HORAS

**TA: 140/95** FC 90x´

Paciente de 40 años G 3 C 1 P 1 con embarazo de 39 SDG x FUM + obesidad.

La paciente niega datos de vasoespasmos.

A la EF paciente en mal estado general, con edema palpebral cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con útero globoso por PUV FCF 130X´ que desciende hasta 110X´ durante la contratación y tarda en recuperar FCF; cérvix central con 6 cms. de dilatación y 80% de borramiento LA meconial +++/+++ producto en estación **1 extremidades inferiores con edema** + +/+ + + ROTS normales resto SDP

Labs. ac. úrico 4.8, AST 34 ALT 16 Creat. 0. 7 Hb 12.9. EGO prot + 15-20 leuc. x campo c/acumulo leucocitarios.

I Dx. G3 C1, P1, emb. 39 SDG + preeclampsia leve + SFA + DCP

Plan: pasa a cesárea de urgencia.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA HALLAZGOS OPERATORIO  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y OBSERVACIONES.

BPD Asepsia y antisepsia, sondeo vesical y colocación de campos estériles.

Incisión Pfennestliell

Disección por planos hasta cavidad abdominal encontrando múltiples adherencias de peritoneo portal y vicral, con pérdida de la anatomía

Histerotomía segmentaria

Obteniendo a las 13:30 horas RN vivo femenino de 3000 grs. y OSDG

Extracción manual de placenta

Histerorrafia crómico #1

Cierre de pared abdominal c/técnica habitual.

Sangrado 700cc

Con complicaciones para abordaje pelvis congelada.

Recuento completo de gasas.

COMENTARIO FIAL:

No se visualiza anexos por adherencias.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

Ginecología y Obstetricia

DGP 4082970

NOTA DE REVISION PRE QUIRURGICA:

30/07/09

14: 10 horas TA 90/56 FC 112 FR 18

Paciente de 40 años a la que se recibe en la sala de quirófano que se encuentra consciente se le realizó cesárea KERR por pre eclampsia severa y sufrimiento fetal. Se explora ginecológicamente apreciándose cérvix completamente permeable y útero aumentado ligeramente por arriba de cicatriz umbilical.

Apreciándose sangrado transvaginales abundante por lo que se administra Lonactene, respondiendo adecuadamente consiguiendo un buen tono uterino. Sin embargo el sangrado continúa por lo que se decide realizar Laparotomía Exploradora.

Dr. Manuel Antonio Díaz Ochoa.

Ginecología y Obstetricia

DGP 231488

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA HALLAZGOS OPERATORIO

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y OBSERVACIONES MARCO TEORICO DE REFERENCIA:

30/VII/09 Previa asepsia y antisepsia de la región colocación de campos estériles y bajo anestesia general se realiza disección media disecando por planos hasta cavidad abdominal, encuentro útero hipotónico infiltrado por lo que se decide realizar.....infundíbulo pélvica se disecciona peritoneo posterior se ligan ambas arterias uterinas y extracción de pieza quirúrgica y transfundiéndola en el acto operatorio 2 paquetes globulares, se deja empaquetada (MIKULIS) Y SUTURA APONEUROSIS Y PIEL Y TEJIDO CELULAR.

Se dejan 3 compresas en la cavidad abdominal

Sangrado Transoperatorio 1000cc en total 2,200cc

Se traslada al Hospital Civil Nuevo Terapia Intensiva.

Cirujano Dr. Ubiarce

Ayudante Dr. Díaz Ochoa

Dra. Mar López

Anestesiólogo Dr. Aldrete.

Instrumentista Sergio Gómez

HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

“Dr. Juan I. Menchaca”

División de Ginecología y obstetricia.

EVOLUCIÓN.

30/07/2009

Ingresar paciente referida de Hospital Materno Infantil López Mateos, regulada por SAMU. Se realizó atención obstetricia por embarazo de término y preclampsia leve, cesárea a las 13:00 hora, se informó como procedimiento difícil con pérdida de la anatomía, posteriormente presentó sangrado, se realiza Laparotomía a las 16:00 encontrando adherencias y pelvis congelada, **así como laceración de arteria uterina izquierda y arteria derecha, se reparan** pero por hallazgo de atonía se decide realizar histerectomía subtotal, al final de la cual persiste sangrado en capa y se deja empaquetamiento. Sangrado total calculado 2200 ml. transfusión de 2 paquetes globulares, 2500 ml. de cristaloides y 1500 ml. de coloides inicio de aminos vasopresoras por el grado de choque y la inestabilidad de la paciente la refiere a esta unidad. A su ingreso TA indetectable, FC 62X´ Fr 20X´ T 35C mal estado general y de hidratación, palidez de piel y tegumentos, intubada y ventilada con bolsa autoinflable y oxígeno, Glasgow de 3, pupilas midriáticas, sin reflejo

corneal, normocefalica, cuello cilíndrico. Campos pulmonares con murmullo vesicular presente, ruidos cardiacos rítmicos, disminuídos en intensidad, sin ruidos agregados. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, heridas media infraumbilical u Pfannestiel, limpias, afrontadas, sin sangrados, Penrose izquierdo sin gasto, no se auscultaparistalsis. Al tacto vaginal cérvix central, dehiscente, sangrado escaso, Sonda foley permeable, hematuria. Extremidades inferiores con edema, fófea 2mm No se palpa pulsos distales.

Se toman exámenes, se solicitan hemoderivados y se realiza interconsulta a terapia intensiva, a donde ingresa inmediatamente. No se considera reintervención quirúrgica en este momento.

### **MARCO TEORICO DE REFERENCIA**

Se entiende como hemorragia interna a aquella que por sus características la sangre no fluye al exterior del cuerpo, sino que se queda en el interior, generalmente acumulándose debajo de la piel o en una cavidad orgánica, siendo éste caso el más grave. Las hemorragias internas incluyen las lesiones graves que pueden causar shock, ataque cardiaco o falla pulmonar. Pueden ser provocados por aplastamiento, funcional, **desgarros en órganos y vasos sanguíneos** y fracturas. Cualquiera que sea el tipo de hemorragia se produce disminución de la sangre circulante, que el organismo trata de mantener especialmente, en los órganos más importantes como: corazón, cerebro y pulmones.

### **SEÑALES DE LAS HEMORRAGIAS INTERNAS**

Abdomen muy sensible o rígido, hematomas en diferentes partes del cuerpo.

#### **Pérdida de sangre por recto o vagina.**

Vómito con sangre.

Fracturas cerradas.

Manifestaciones de shock.

**Las hemorragias o sangrado se producen por rotura accidental o espontánea de los vasos capilares, arterias o venas que transportan la sangre por el cuerpo y pueden ser externas y visibles o internas y ocultas.**

Las hemorragias o sangrado externo o interno que se produce por la rotura de uno de los vasos sanguíneos que componen el sistema circulatorio supone algunas veces un problema grave que requiere atención médica; sus características varían según se trate de una hemorragia arterial, venosa o capilar.

**En el caso de la hemorragia arterial, la sangre mana a borbotones y tiene color rojo brillante;** en la hemorragia venosa, en cambio, la sangre sale a chorro de la herida y tiene un color oscuro; en la rotura de capilares, la sangre es de un tono apagado y su pérdida es poco intensa.

Toda vez revisado todos los elementos médicos, ofertados para su estudio que se le practicaron a la C. [agraviada], y en donde podemos encontrar situación de negligencia e impericia, en la atención brindada, haciendo una correlación lógica, de las diferentes declaraciones podemos arribar a las siguientes conclusiones.

1.- QUE EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A LA [AGRAVIADA] **SÍ EXISTIÓ**, MALA PRAXIS SITUACIÓN DE

IMPERICIA, NEGLIGENCIA siendo que en procedimiento de la CESÁREA se produjo **laceración de arteria uterina izquierda y arteria ovárica derecha, no detectándose las mismas laceraciones a tiempo (siendo esto hasta tres horas después)** y las cuales no fueron corregidas oportunamente.

**Lo anterior lo hacemos de su conocimiento para los efectos legales que haya lugar. Y ratificamos en todas y cada una de sus partes.**

7. El 9 de noviembre de 2009 se recibió el oficio SSJ//DIRECCION.674/2009 suscrito por el doctor Félix Rafael Huerta Casillas, director del HMIELM, mediante el cual rindió el informe que le fue solicitado por este organismo y refirió lo siguiente:

... informo a usted que en este Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, fue atendida en tiempo y forma correspondiente a quien vida llevara el nombre de la [agraviada].

El día 30 de julio del presente año, fue atendida la paciente [agraviada], en el servicio de admisión urgencias a las 09:05 hrs. según consta en el expediente clínico, paciente de 40 años de edad, cursando embarazo de 39 semanas de gestación, sangrado transvaginal escaso y contracciones uterinas irregulares tipo trabajo de parto.

Antecedentes, pacientes analfabeta, tabaquismo positivo durante su embarazo de un cigarrillo por día, empleada doméstica, acudió a cinco consultas para su control prenatal en esta unidad.

Antecedente Gineco-Obstétricos, menarca a los 15 años, ritmo 30 X 7, eumenorreica número de parejas sexuales 10, gesta 3, para 1, aborto 0, cesárea 1 por macrosomía fetal hace 11 años, el parto fue posterior a la cesárea hacia 6 años. FUM 29/11/08, FPP 06/08/2009, cursando con embarazo de 39 semanas por fecha de última menstruación y trabajo de parto, pasa a labor para vigilancia del trabajo de parto y la frecuencia cardíaca fetal.

Exploración física: Paciente consciente, tranquila, en regulares condiciones generales, tensión arterial 160/100, sin referir síntomas vaso espasmódicos, reflejos osteotendinos normales, productos en presentación cefálico, dorso izquierdo con frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto, al tacto vaginal cervix anterior, 4 centímetros de dilatación, 50% de borramiento y amnios integro, en la sala de labor de trabajo de parto se toman exámenes de laboratorio, los que reportan hemoglobina de 12.9 g. plaquetas 262,000, glóbulos rojos 3.95 millones, glóbulos blancos 9.7 millones, glucosa de 67, ácido úrico de 4.8 g. urea 14.4 y creatinina de 0.7, TGP 16.0, en el examen general de orina, proteínas +, leucos de 16—20. se inició conducción de trabajo de parto.

Durante la evolución del trabajo de parto a las 12:48 hrs. La paciente presenta ruptura espontánea de membranas, observándose líquido amniótico meconial, con variaciones en la frecuencia cardíaca fetal de 130 hasta 110 latidos por minuto, por lo que se decide pasar a operación cesárea, la cual se practica a las 13:00 hrs. del

mismo día, obteniéndose un producto único vivo, femenino de 3000 grs. con apgar 8/9.

En la nota quirúrgica se manifiesta lo difícil del abordaje, marcado como pelvis congelada. Se realiza cierre de la cavidad uterina y se verifica sin sangrado aparente, al término de la cirugía la paciente presenta sangrado transvaginal, continua su manejo con oxitócicos, aplicándosele ergonovina, gluconato de calcio y carbetocina.

La paciente, continúa con sangrado transvaginal importante, por lo que se decide reintervenirla, encontrando un vaso sangrante (según nota del expediente clínico), arteria uterina del lado izquierdo, la cual se liga y reobserva útero contraído, se revisa hemostasia y se cierra nuevamente la cavidad abdominal.

Al término del procedimiento se observa nuevamente que el sangrado transvaginal continua en regular cantidad, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente por tercera ocasión, solicitando sangre al banco estatal para la atención de la Sra. [agraviada], encontrando útero flácido e infiltrado, decidiendo la realización de Histerectomía subtotal, durante el acto quirúrgico la paciente fue trasfundida con dos paquetes globulares, durante la cirugía la paciente presenta cambios importantes en el estado metabólico, por lo que se solicita apoyo a un hospital de tercer nivel como lo es el hospital Civil Juan I. Menchaca, posterior a la terminación del acto quirúrgico se envía para su soporte a la unidad de cuidados intensivos.

1.- Con el debido respeto el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, NO pone en duda sus antecedentes, ya que su vocacionamiento ha sido y continúa siendo para la atención de la población abierta orientada a la atención de las mujeres embarazadas de escasos recursos o que no cuenten con un programa de protección social en su salud. Brindando atención a 12, 430 pacientes hospitalizadas y un promedio de 774 nacimientos mensuales durante el año 2008.

2.- como se hace constar en las notas de expediente clínico.

a).- El nacimiento de la niña fue en tiempo y forma ya que esto garantizó la salud de la Recién Nacida a las 13:30 hrs.

b).- Actuando bajo los LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA, Si era necesaria la extirpación del útero o matriz para el control de sangrado.

c).- Conforme a los niveles de atención en nuestro país, el Hospital Infantil Esperanza López Mateos, esta catalogado como hospital de segundo nivel y la Sra. [agraviada], debido a la gravedad de su estado de salud, requería la atención de una unidad de cuidados intensivos, que se encuentran en los Hospitales de tercer nivel como son Hospitales Civiles y Hospital General de Occidente, motivo por el cual la paciente fue trasladada para su atención.

Es de hacer notar que el personal que brindó atención a la Sra. [agraviada], en ningún momento descuidó a la paciente, ya que desde su ingreso a este hospital, la paciente se mantuvo en estrecha vigilancia, por lo que se pudo detectar el sufrimiento fetal del producto y atender las complicaciones que se fueron presentando.

La vigilancia que se llevó durante los procedimientos quirúrgicos tratando de preservar la vida de la Sra. [agraviada], en todo momento se trató de controlar la pérdida sanguínea que presentó la paciente, realizando las medidas médicas que nos dictan los lineamientos técnicos médicos operativos y basados en los principios en que todos somos humanos, en apego a los 3 primeros artículos, así como al 25, punto 2, de la Declaratoria Universal de los Derechos Humanos. Afirmo que en este Hospital a ninguna persona se le trata de manera diferente, ya que el personal que laboramos en esta institución contamos con principios fundamentales, morales, éticos y profesionales.

Se anexa copia certificada de expediente clínico.

8. Por acuerdo del 2 de febrero de 2010 se solicitó al director del HMIELM que proporcionara los nombres del personal médico que intervino en la atención que se brindó a la paciente [agraviada], y por su conducto los requiriera para que rindieran su informe de ley.

9. El 9 de febrero de 2010 se recibió el oficio SSJ/HMIELM/DIRECCIÓN.072/2010, firmado por el doctor Félix Rafael Huerta Casillas, director del HMIELM, mediante el cual proporcionó los nombres del personal médico que intervino en la atención de la señora [agraviada] y adjuntó el memorándum por el cual les solicitó que rindieran su informe de ley. Dichos médicos fueron:

DRA. SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS-MEDICO GINECO OBSTETRA.  
DRA. JOSELYN EUGENIA CARDONA DIAZ-MEDICO GINECO OBSTETRA.  
DRA. BERENICE CANDELAS DELGADO-MEDICO GINECO OBSTRETA.  
DRA. MARIA EUGENIA MENDOZA GARCIA-MEDICO GINECO OBSTRETA.  
DRA. SOFIA HERNANDEZ CAMPOS-ANESTESIOLOGA.  
DR. MANUEL ANTONIO DIAZ OCHOA-MEDICO GINECO OBSTETRA.  
DR. JORGE ALDRETE SANCHEZ-ANESTESIOLOGO.  
DRA. MARTHA ALICIA LOPEZ CENTENO—ANESTESIOLOGA.  
DR. HECTOR MENDOZA UBIARCO--- MEDICO GINECO OBSTETRA.

10. El 17 de febrero de 2010 se recibió el escrito firmado por la doctora Martha Alicia López Centeno, anestesióloga del HMIELM, mediante el cual rindió su informe de ley y manifestó lo siguiente:

... el caso de la atención médica de la Sra. [agraviada], quien fue atendida en este Hospital el día 30 de julio del 2009. Participando como anestesiólogo en compañía del Dr. Jorge Aldrete Sánchez.

Siendo las 14:30 horas del 30 de julio del 2009 nos informa el ginecólogo en turno que se encuentra una paciente en quirófano post-quirúrgica de cesárea, la cual presenta abundante sangrado trans-vaginal por lo que planea realizar una laparotomía exploradora.

Tratándose de la Sra. [agraviada] de 40 años de edad con No. Exp. 057510. realizamos valoración pre-anestésica encontrando entre sus antecedentes: cirugía previa (cesárea) en el año 1997. El día de hoy se le practica 2ª cesárea por preeclampsia bajo anestesia regional según consta en el expediente clínico. A la exploración física encontramos a la paciente con peso de 80 kg. Tensión arterial 96/56, frecuencia cardíaca 112 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, con un Glasgow de 15. Mallampati 111, distancia tiromentoniana de 3 dedos, cuello corto móvil, tórax sin datos patológicos, abdomen con ferida post-quirúrgica de cesárea, extremidades normales.

Se le informa a la paciente que se le administrará anestesia general para la cirugía, siendo la paciente analfabeta se le toma huella digital para la autorización de la reintervención quirúrgica. Los exámenes de laboratorio basales: hemoglobina de 12.9, hematocrito de 35.8, plaquetas 262,000, grupo sanguíneo O Rh positivo. Se calcula un volumen sanguíneo circulante de 5,200 ml. Y un sangrado mínimo permisible de 904 ml (30% del hematocrito). Hay que tomar en cuenta que en la cesárea presentó un sangrado de aproximadamente 700 ml según consta en el expediente clínico. Se realiza medicación pre-anestésica con volumen al 6% 500ml y midazolam 3 mg endovenosos a las 14:45 horas. Se monitoriza a la paciente encontrando tensión arterial 102/48, frecuencia cardíaca 112 por minuto con un trazo electrocardiograma con ritmo sinusal, con una saturación de oxígeno de 93% se inicia inducción rápida a las 14:50 horas administrando fentanilo 240 microgramos, ketamina 80 miligramos y cisatracurio 8 miligramos por vía intravenosa. Sevorane al 1.5%, oxígeno 4 litros por minuto inhalados. Se realiza laringoscopia directa realizándose intubación orotraqueal al primer intento colocándole tubo endotraqueal calibre 7.5 inflando el balón con 5cc de aire. Contando con 2 (dos) vías venosas periféricas permeables. Se inicia cirugía a las 14:58 horas encontrando un vaso sanguíneo sangrando ligando el mismo sin más complicaciones hasta el momento. Se administraron 1500 ml. de solución Hartmann + 20 unidades de oxitocina en la solución hartmann, 500 ml de coloides. Presentó una diuresis de 10 ml y un sangrado aproximado de 500 mililitros. El mantenimiento anestésico fue con sevorane de 1.5 a 0.75%, oxígeno de 4 a 2 litros por minuto inhalados. Se termina la cirugía por lo que se realiza extubación de la paciente sin complicaciones. Presentando una tensión arterial de 96/54, una frecuencia cardíaca de 118 por minuto y una saturación de oxígeno de 93% manteniéndola con oxígeno con puntas nasales. Se decide pasar a la paciente a la sala de recuperación post-anestésica por un tiempo de 30 minutos por el servicio de anestesiología.

La paciente presenta súbitamente sangrado profundo transvaginal y atonía uterina, por lo que el ginecólogo decide realizar histerectomía abdominal. Sin sacar a la paciente de quirófano iniciamos nuevo procedimiento anestésico a las 16:30 horas. Se realiza inducción rápida a las 16:35 horas con ketamina 200 miligramos y

cisatracurio 8 mg endovenosos, oxígeno a 4 litros por minuto inhalado. Signos vitales basales de tensión arterial 91/58, frecuencia cardiaca 112 por minuto con una saturación de oxígeno de 94%, se realiza laringoscopia directa con intubación orotraqueal al primer intento colocando tubo endotraqueal de 7.5 inflando globo con 5 cc de aire. El mantenimiento se realizó con solución hartmann 1000ml. La paciente presenta una tensión arterial de 88/45, una frecuencia cardiaca de 118 por minuto y una saturación de oxígeno de 92% por lo que se inicia administración de aminos para protección renal y soporte hemodinámico. Se solicita sangre (2 paquetes globulares). Se inicia dopamina a 3 gamas terminando a 6 gamas (cloruro de sodio 0.9% 200 ml + 200 miligramos de dopamina). Dobutamina iniciando a 3 gamas terminando a 6 gamas (cloruro de sodio al 0.9% 250ml + 250 miligramos de dobutamina), volumen al 6% 100 ml, glucosa al 5% 200 ml. Por vía endovenosa. Se toma gasometría arterial a las 16:14 horas encontrado un bicarbonato de 8.9 miligramos/litro por lo que se decide administrar 6 ampulas de bicarbonato de sodio. Dexametasona 16 miligramos endovenosa a las 17:25 horas. A las 17:00 horas se aplican 200 miligramos de katamina y 8 miligramos de cisatracurio por vía endovenosa y a las 17:35 horas 2 mg de cisatracurio endovenosa. Se inicia transfusión del primer paquete globular a las 17:20 horas terminando a las 17:45 horas. El segundo paquete globular inicia a las 17:50 horas terminando a las 18:05 horas. Presentando mejoría en la tensión arterial y la saturación de oxígeno. Se administraron un total de ingresos de: solución hartmann 1200 ml, coloides 1000 ml, sangre (paquete globular) 500 ml, no presentó diuresis y un sangrado aproximado de 1000 mililitros presentando como complicación choque hipovolémico.

Durante el transoperatorio se decide iniciar trámites para el traslado de la paciente a un hospital de tercer nivel para mejor atención ya que el de nosotros es de segundo nivel.

Termina la histerectomía abdominal finalizando el evento quirúrgico con una tensión arterial de 80/50, frecuencia cardiaca de 120 por minuto y una saturación de oxígeno de 98% y con un trazo electrocardiográfico con ritmo sinusal durante todo el acto anestésico.

Se traslada a la paciente al Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca por médicos anestesiólogos siendo recibida en urgencias de gineco—obstetricia por médico de guardia.

Todo lo anterior se encuentra en las hojas de registro de anestesia que se encuentra el expediente clínico de la paciente.

11. El 17 de febrero de 2010 se recibió el escrito que en vía de informe suscribieron los doctores Héctor Mendoza Ubiaco, Sofía Hernández Campos, Eugenia Mendoza García y Soledad Castañeda Cárdenas, todos médicos especialistas, que manifestaron lo siguiente:

... En su acuerdo de fecha 02 de febrero del 2010, Usted solicita un informe respecto a la relación de hechos reclamados por quien dice ser [quejoso 1] y el [quejoso 2], donde se manifiesten, "...Circunstancias, de modo, tiempo y lugar en que acontecieron los mismos ...", informe que **NO**, es posible emitir en virtud de

que en dicho documento inicial se hacen valer las violaciones a los derechos humanos de los tres tipos, lo cual se puede ver fojas dos vuelta, y son:

**PRIMERO.-** la realización de violaciones a las **GARANTIAS DE IGUALDAD ENTRE LOS CIUDADANOS, previstas en los artículos 1, 2, Constitucionales, y agregar diversas convenciones sobre el tema.**

A la lectura el libelo, se advierte que ello es inespecífico y oscuro, ya que se ha omitido describir que actos u omisiones discriminatorios por origen étnico o género, realizamos cada uno de los Servidores Públicos adscritos a la unidad de salud, para anular o menoscabar el derecho a la Salud de la [agraviada].

**SEGUNDO.** Respecto a la realización de las violaciones a las **GARANTIAS DE SEGURIDAD JURIDICA**, mencionadas por los quejosos y realizadas por el personal del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, dependiente del OPD. Servicios de Salud, Jalisco, a razón de los artículos 14, 16, 22, Constitucionales, como lo menciona en el escrito inicial, afirmamos que los suscritos no somos Servidores Públicos con facultades jurisdiccionales o persecutorias, por ende desconocemos que actos u omisiones violatorios de esas garantías vulneramos, por ende no podemos manifestar nada respecto a ese punto.

**TERCERO.-** Así mismo el [quejoso 1] y el ratificante [quejoso 2], informan en su inicial a foja dos vuelta, la realización de violaciones a su **GARANTIAS DE DERECHOS A LA SALUD**, artículo 4, Constitucional, para lo cual nos permitimos mencionar dos puntos importantes en su inconformidad:

**A) NEGATIVA DE INFORMACIÓN, EXPLICACIÓN DE TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICOS PROBABLES, A LA SEÑORA [AGRAVIADA] Y AL RATIFICANTE [QUEJOSO 2].**

De acuerdo al contenido del expediente clínico de la paciente [agraviada], mismo que se encuentra en el hospital de adscripción, el día 30 de julio del 2009, a eso de las 9:05 a.m., una vez que fue revisada por el Médico especialista en ginecología y obstetricia, adscrito el Servicio del Servicio Urgencias del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, y ordenados los paraclínicos correspondientes, se realizó un **diagnostico probable** de: Embarazó de 39 semanas, **PRECLAMPSIA, CIFRAS TENSIONALES CON ALTERACION**, plan terapéutico: **INTERRUPCION DEL EMBARAZÓ**, Diagnostico, plan y tratamiento, que fue informado y explicando a la paciente y al [quejoso 2], sobre todo se le deja claro las complicaciones del Estado de salud que presentaba la paciente, lo cual así quedo consignado en **LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**, misma que firmó la paciente referida y el [quejoso 2], (firma de este último, que es igual a la que calza la ratificación del libelo inicial), con la cual se demuestra, que el deponente **EQUIVOCADAMENTE O FALSAMENTE**, informó o la negativa de información o de la explicación del o los diagnósticos probables, el plan de tratamiento y las complicaciones de la señora [AGRAVIADA].

**B) OMISIÓN DE RECABAR AUTORIZACIÓN DEL [QUEJOSO 2], PARA LOS EFECTOS EXTRAER PIEZA QUIRÚRGICA.(útero)**

Por último respecto a la Omisión de recabar autorización a el [quejoso 2], para los efectos extraer pieza quirúrgica de la paciente [agraviada], dentro de la explicación brindada al quejoso y quien refiere haber sido su concubina, antes de firmar LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, se explicó que en caso de una complicación, se deba autorización al personal de la unidad Hospitalaria, para la atención de o las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, consentimiento informado antes detallado que cuenta con validez jurídica plena por ser un documento que reúne los requisitos de la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM – 168 – SSA1 – 1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, objetivo 10 y específicos que rezan así:**

10.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo.

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.1.3. Título del documento;

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.1.5. Acto autorizado;

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptita; y

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos.

Por ende queda demostrado con un documento público, que SI se recabó autorización de la paciente [agraviada] y firmando como testigo el [quejoso 2], para actuar como se hizo, sin que hubiera transgredido el derecho elemental de salud.

**GARANTIA DE DERECHO DE PETICION.- RESPECTO AL DERECHO A ACCESO A INFORMACIÓN. ARTÍCULO 8 CONSTITUCIONAL,**

De acuerdo con su acuerdo de fecha 02 de febrero del 2010, se agregó a actuaciones de la queja que al rubro anoto el OFICIO IJCF/341/2010/12CE/ML/17, suscrito por peritos médicos forenses, a través del cual emiten un dictamen sobre mala praxis, negligencia...etc. En donde posiblemente, se refieran las circunstancias, de lugar, modo y tiempo de las conductas omisivas presumiblemente realizadas por el personal médico de la institución de salud, en perjuicio de los quejosos y que hoy son motivo de este requerimiento.

Por eso y en términos del artículo 8 Constitucional, 61 y 63 párrafo III, de la ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos en Jalisco, le solicitamos:

**Nos permita imponernos del DICTAMEN DE CUENTA, para conocer y analizar las imputaciones y estar en condiciones de entregarle dentro del término de quince días naturales, un informe motivado y fundado, esto con fundamento en el artículo 61 1 PARRAFO, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, pues hasta este momento NO SE DERIVA DE LOS DOCUMENTOS AGREGADOS ANTECEDENTES DIVERSOS A LOS MENCIONADOS ACTOS U OMISIONES QUE VIOLARAN LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PACIENTE Y SU CONCUBINO, además realizar un escrito sobre hechos y abstenciones que desconocemos, violaría nuestro derecho de seguridad jurídica. Y se estaría omitiendo observar los principios legales a que se debe ceñir esta autoridad administrativa.**

Concluimos este informe, agregando que el actuar de estos profesionistas en el desarrollo de nuestra actividad como servidores públicos, siempre ha sido apegada **AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE INFORMACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**, previsto en el artículo Cuarto de la Carta Magna, sin que exista posibilidad de que los suscritos hayamos desarrollado alguna conducta negligentes, omisivas en perjuicio de paciente alguno.

## **CAPITULO DE PRUEBAS**

Para los efectos de ROBUSTECER mí dicho desde estos momentos téngaseme ofertando la siguiente prueba documental consistente en:

**EXPEDIENTE ORIGINAL** de la paciente [agraviada], que se encuentra en los archivos del HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS, dependiente de OPD Servicio de Salud Jalisco, documento que bajo protesta de decir verdad no se encuentra a nuestra disposición y es propiedad de nuestra empleadora como lo marca la normatividad, por ende le solicito sea solicitado al Director de esa Institución para que sea agregado a la queja.

12. El 18 de febrero de 2010 se recibió el escrito firmado por el doctor Manuel Antonio Díaz Ochoa, mediante el cual rindió el informe de ley que le fue solicitado por este organismo y refirió lo siguiente:

... Al efecto, una vez que fuera enterado del motivo de queja planteado por el [quejoso 1] en su presumible calidad de Presidente de la “Comisión de Responsabilidad de la Liga Mexicana por la defensa de los Derechos Humanos” (sic). y de la ratificación y aclaración que de ello hace el [quejoso 2], quien dice haber sido concubino de la paciente, hoy fallecida, la [agraviada], en vías de informe entero a usted que los antecedentes, fundamentación y motivación médico-legal que propiciaron en la atención médica obsequiada a la usuaria de referencia, obran agregados en detalle según registros que de ello se hizo en el expediente Clínico número 57510, misma documental que resulta ser propiedad de la Unidad

Médica denominada Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” pudiendo enterar a ese H. Organismo, bajo protesta de decir verdad, que los servicios y atenciones médicas que por mi conducto se le proporcionaron a la paciente de merito, fueron oportunos, adecuados y brindados diligentemente, pero, desgraciadamente, el de la voz me veo limitado para poder pormenorizar los mismos, precisamente en razón de verme impedido de tener acceso a los originales de mis notas médicas elaboradas, pues como ya se dijo, dicho Expediente se encuentra resguardado en el nosocomio referido, o ya obra agregado a las constancias que integran la presente investigación.

En el mismo sentido y no obstante lo anterior, desde luego que **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, que el que esto informa hubiera provocado con mi actuar profesional daño o lesión alguna, y mucho menos la muerte, de la C. [agraviada], ni por acto, ni por omisión; de igual manera, aun y cuando el motivo de queja en ese respecto resulta ser por demás oscuro e impreciso, **NO RECONOZCO, NI ACEPTO, POR NO SER VERDAD**, que el de la voz hubiera realizado acto discriminatorio alguno en perjuicio de los intereses legales de la hoy fallecida; igualmente, **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, la pretendida acusación de que con motivo de mi relación médico-paciente establecida se hubiera manejado, tan siquiera, la atención de disponer irregularmente de los órganos de la paciente hoy fallecida, menos aun se conoce, por nunca haber sucedido, la extracción quirúrgica innecesarias de ningún órgano de la misma, que no hubiera sido lo estrictamente necesario para atender las urgencias médicas que la misma presentara.

Es así que el que esto informa sostiene, como de actuaciones se desprende y oportunamente se podrá demostrar, que mi participación en los hechos que se investigan no es motivo de conducta imprudencias negligencia, menos aun de inobservancia al deber de cuidado que como profesional de la salud tengo.

Así pues, considerando los subjetivos y aviesos motivos de la queja que los inconformes esgrimen, señalo categóricamente que el de la voz, ni por acto, ni por omisión no provoqué ningún menoscabo en la salud de la [agraviada], pues lejos de ello, mi intervención en su atención médica fue la oportuna y adecuada, ello es así, al resultar que cuando este informa estableció relación médica – paciente con la referida, actué acorde a lo que al respecto marca Lex Artis de la especialidad, pues en el caso particular realicé las acciones inmediatas y pertinentes en beneficio de la paciente, según signos y síntomas que en ese momento presentaba y en concordancia a los resultados de los diversos exámenes que en aquella fecha se le habían practicado, de tal surte que, contrario a lo que falazmente arguyen mis gratuitos quejosos, en mi calidad de Médico Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el día 30 treinta de julio de 2009, mientras la paciente se encontraba bajo mi responsabilidad médica le proporcione efectivos y eficaces cuidados para su salud, previniendo con ello potenciales y mayores riesgos que pudiera sufrir, precisamente al haber llevado a cabo la Técnica quirúrgica adecuada y el procedimiento correctamente aplicado para dicho evento, independientemente de

los factores de riesgo que posteriormente a ello se hubieran hecho presentes, lo cual, indudablemente, no guarda relación causa–efecto con mi actuar profesional.

Por lo anterior, es que puedo manifestar, bajo protesta de decir verdad, que en mi actuar profesional siempre me he conducido con probidad, honradez, ética y alto nivel de responsabilidad, cuidando siempre el bienestar de mis pacientes o usuarios, sin que para ello hubiera sido la excepción el caso que nos ocupa.

En tal sentido, manifiesto y reitero que la [agraviada], mientras estuvo bajo mis cuidados y atenciones médicas, recibió un trato amable y adecuado, respetando indefectiblemente sus derechos que como usuario del servicio médico tenía y los fundamentales que como persona disfrutaba.

Por lo antes expuesto y fundamentado, y con sustento en el contenido de la NOM-168-SSA1-198 del expediente clínico, particularmente en lo relativo al Principio de Libertad Prescriptiva, al concepto de Urgencias Médica y a lo tocante del Consentimiento Bajo Información obsequiando por la propia paciente, en concordancia con lo que al respecto ordena la diversa NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, específicamente con los conceptos “emergencia obstétrica” y “oportunidad en la atención”, es que muy atentamente.

### 13. El mismo 18 de febrero de 2010 se recibió el informe de ley que emitió el médico Jorge Aldrete Sánchez:

Al efecto, una vez que fuera enterado del motivo de queja planteada por el C. José Antonio Romero A. en su presumible calidad de Presidente de la “Comisión de Responsabilidad de la Liga Mexicana por la defensa de los Derechos Humanos” (sic), y de la ratificación y aclaración que de ello hace el C. [quejoso 2], quien dice haber sido concubino de la paciente, hoy fallecida, la C. [agraviada], en vía de informe entero a usted que los antecedentes, fundamentación y motivación médica-legal que propiciaron mi participación en la atención médica obsequiada a la usuaria de referencia, obran agregados en detalle según registro que de ello se hizo en el Expediente Clínico número 57510, misma documental que resulta ser propiedad de la Unida Médica denominada Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, pudiendo enterar a ese H. Organismo, bajo protesta de decir verdad, que los servicios y atenciones médicas que por mi conducto se le proporcionaron a la paciente de merito, fueron oportunos, adecuados y brindados diligentemente, pero, desagradablemente, el de la voz me veo limitado para poder pormenorizar los mismos, precisamente en razón de estar impedido de tener acceso a los originales de mis notas médicas elaboradas, pues ya se dijo, dicho Expediente se encuentra resguardado en el Nosocomio Referido, o ya obra agregado a las constancias que integran la presente investigación.

En el mismo sentido y no obstante lo anterior, desde luego que **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, que el que esto informa hubiera provocado con mi actuar profesional daño o lesión alguna, y mucho menos la muerte, de la [agraviada], ni por acto, ni por omisión; de igual

manera, aun y cuando el motivo de queja en ese respecto resulta ser por demás oscuro e impreciso, **NO RECONOZCO, NI ACEPTO, POR NO SER VERDAD**, que el de la voz hubiera realizado acto discriminatorio alguno en perjuicio de los intereses legales de la hoy fallecido; igualmente, **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, la pretendida acusación de que con motivo de mi relación médico-paciente establecida se hubiera manejado, tan siquiera, la intención de disponer irregularmente de los órganos de la paciente hoy fallecida, menos aun se reconoce, por nunca haber sucedido, la extracción quirúrgica innecesaria de ningún órgano de la misma, que no hubiera sido lo estrictamente necesario para intentar solucionar las urgencias médicas que la misma presentara, lo cual fue atendido por diverso personal médico.

Es así, que el que esto informa sostiene, como de actuaciones se desprende y oportunamente se podrá demostrar, que mi participación en los hechos que se investigan no es motivo de conducta imprudencial o negligente, menos aun de inobservancia al Deber de Cuidado que como profesional de la salud tengo.

Así pues, considerando los objetivos y avisos motivos de queja que los inconformes esgrimen, señalo categóricamente que el de la voz, ni por acto, ni por omisión, no provoque ningún menoscabo en la salud de la C. [agraviada], pues lejos de ello, mi intervención en su atención médica fue la oportuna y adecuada, ello es así, al resultar que cuando el que informa estableció relación médico-paciente con la referida, actué acorde a lo que al respecto marca la Lex Artis de la especialidad, pues en el caso particular realice las acciones inmediatas y pertinentes en beneficio de la paciente, según signos y síntomas que en ese momento presentaba y en concordancia a los resultados de los diversos exámenes que en aquella fecha se le habían practicado, de tal suerte que, contrario a lo que falazmente arguyen mis gratuitos quejosos, en mi calidad de Médico Especialista en Anestesiología, el día 30 treinta de julio de 2009, mientras duró nuestra relación médico-paciente, le proporcione efectivos y eficaces cuidados para su salud, previniendo con ello potenciales y mayores riesgos que pudieran sufrir, precisamente de los factores de riesgo que posteriormente a ello se hubieran hecho presentes, lo cual, indudablemente, no constituye Nexo Causal alguno para con mi actual profesional.

Por lo anterior, es que puedo manifestar, bajo protesta de decir verdad, que en mi actuar profesional siempre me he conducido con propiedad, honradez, ética y alto nivel de responsabilidad, cuidando siempre el bienestar de mis pacientes o usuarios, sin que para ello hubiera sido la excepción en caso que nos ocupa.

En tal sentido, manifiesto y reitero que la C. [agraviada], mientras estuvo bajo mis cuidados y atenciones médicas, recibió un trato amable y adecuado, respetando indefectiblemente sus derechos que como usuario del servicio médico tenía y los fundamentales que como persona disfrutaba.

Por lo antes expuesto y fundamentado, y con sustento en el contenido de la NOM-168-SSA1-198 Del Expediente clínico, particularmente en lo relativo al principio de Libertad Prescriptiva, al concepto de Urgencias Médica y al Consentimiento

Bajo información obsequiado por la propia paciente, amén de lo que al respecto ordena la diversa NOM-170-SSA1-1998, para la practica de la Anestesiología...

14. De igual forma, el mismo 18 de febrero de 2010 se recibió el escrito firmado por la doctora Joselyn Eugenia Cardona Díaz, quien refirió lo siguiente:

... Que en el Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, el día 30 de julio de 2009, la señora [agraviada] fue atendida médicamente por mí. Los antecedentes, fundamentación y motivación médico—legal que propiciaron mi contribución en dicha atención, se encuentran a detalle en el Expediente Clínico número 57510; documental que es propiedad de la Unidad Médica señalada.

Puedo informar a ese H. Organismo, bajo protesta de decir verdad, que los servicios y atenciones médicas que por mi conducto se le proporcionaron a la paciente de mérito, fueron oportunos, adecuados y brindados diligentemente, además de que siempre respeté los derechos a que como usuaria del servicio médico tenía y los fundamentales que como persona disfrutaba. Sin embargo, la de la voz me veo impedida de poder pormenorizar lo anteriormente aseverad, precisamente en razón de no tener acceso a los originales de mis notas médicas, pues como ya se señaló, dicho Expediente se encuentra resguardado en el Nosocomio Referido, o ya obra agregado a las constancias que integran la presente investigación.

En el mismo sentido y no obstante lo anterior, desde luego que **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, que quien esto informa hubiera provocado con mi actuar profesional daño o lesión alguna, y mucho menos la muerte de la [agraviada], ni por acto, ni por omisión; de igual manera, aun y cuando el motivo de la queja en ese respecto resulta ser por demás oscuro e impreciso, **NO RECONOZCO, NI ACEPTO, POR NO SER VERDAD**, que la de la voz hubiera realizado acto discriminatorio alguno en perjuicio de los intereses legales de la hoy fallecida; igualmente, **NIEGO ROTUNDA Y CATEGÓRICAMENTE, POR NO SER CIERTO**, la pretendida acusación de que con motivo de mi relación médico-paciente establecida se hubiera manejado, tan siquiera, la atención de disponer irregularmente de los órganos de la paciente hoy fallecida, menos aun se reconoce, por nunca haber sucedido, la extracción quirúrgica innecesaria de ningún órgano de la misma.

15. Por su parte, la doctora Berenice Candelas Delgado, al rendir su informe de ley manifestó lo que a continuación se transcribe:

... Al efecto, una vez que fuera enterada de motivo de queja planteada por el C. [quejoso 1] en su presumible calidad de presidente de la Comisión de Responsabilidad de la Liga Mexicana por la Defensa de los Derechos Humanos (sic), así como, de la ratificación y de la declaración que en ello hace el [quejoso 2], quien dice haber sido concubino de la paciente extinta [agraviada], en vía de informe entero a usted que, **NIEGO POR NO SER CIERTOS** los hechos que sin fundamento en forma por demás tendenciosa y subjetiva se pretende hacer valer en

mi contra, ya que durante mi atención médica en ningún momento por acción o por omisión provoqué daño o lesión alguna a la paciente de cuenta, de la misma forma niego que hubiera realizado acto discriminatorio alguno en perjuicio de la paciente, así como tampoco provoqué su deceso y menos aun dispuse o intenté disponer irregularmente de los órganos vitales de la paciente hoy fallecida, manifestando bajo protesta de decir verdad, que en mi actuar profesional siempre me he conducido con propiedad, honradez, ética y responsabilidad, cuidando siempre el bienestar de mis pacientes o usuarios, brindándoles una atención adecuada, oportuna y congruente con las manifestaciones clínicas que presentan al momento de ser atendidos, en relación a la paciente del caso que nos ocupa, los antecedentes, constancias y motivación médico-legal constan en las notas médicas que elaboré y que obran el Expediente Clínico de la paciente referida, al cual no he tenido acceso al documento original pues el mismo se encuentra resguardo en Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos o ya obra agregado en constancias que integran la presente investigación por lo que me encuentro imposibilitada para abundar o detallar mas sobre mi participación y máxime cuando del Oficio numero 83/09/V de la presente queja donde se me requiera para rendir el presente informe, se menciona que existe un dictamen pericial suscrito por peritos médicos forenses del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, del cual se desprende una supuesta mala praxis, negligencia o alguna otra irregularidad, por lo que reitero que no puedo abundar en mi informe y mucho menos responder a dicho dictamen pues si bien se menciona en el oficio señalado, el mismo no se adjunta a la documentación que se me proporciona por esta H. Comisión.

En el mismo sentido, desde este momento hago propio y ofrezco como prueba documental preconstituida en mi favor, el **Expediente Clínico** que se elaboró en el Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, mismo que obra en autos del Expediente de Queja, del cual se desprende, en primer lugar, el sustento de mi exposición y en segundo, la información técnico-científica que en su momento de análisis desvirtuará y dejará sin efectos los argumentos que injustificadamente se pretende hacer valer en mi contra, pues precisamente en ese importante documento quedó registrada mi participación hacia la paciente, atención que siempre fue otorgada en forma adecuada y oportuna, además de que, como consecuencia de ese procedimiento, no hubo ninguna relación morfológica inadecuada o algún resultado equívoco, en la paciente que atendí y que sin fundamento se queja, ni por acto ni por omisión de quien escribe.

Resulta pertinente aclarar que no hubo mala Praxis de mi parte en el procedimiento que le realizara al paciente, pues reitero que la atención que le brindé siempre fue diligente y con el respeto que se merece, al igual que lo hago con todos mis pacientes...

16. Por acuerdo del 12 de abril de 2010 se decretó la apertura de un periodo probatorio por cinco días hábiles, para que ambas partes ofrecieran los medios de convicción que consideraran pertinentes para corroborar su dicho.

17. El 27 de abril de 2010 se recibió un escrito firmado por [quejoso 1], presidente de la Comisión de Responsabilidad de la Limedh, y por la señora Cristina [...], cuyo contenido se describe a continuación:

Por medio de la presente reciba Usted un respetuoso saludo, y aprovechamos para puntualizar respecto a la queja 7803/2009-V, con relación a la finada [AGRAVIADA], en hechos que se sucedieron en el hospital materno infantil ESPERANZA LÓPEZ MATEOS y en hospital civil nuevo (el día 30 de julio del 2009).

#### PUNTUALIZAMOS:

a) Esta comisión de responsabilidad la cual preside a solicitud el de la voz somos representantes a nivel de Jalisco desde 1983 de la Liga Mexicana por la Defensa de los Derechos humanos, ONG a nivel nacional y somos miembros fundadores de la Coordinadora de Colonias Populares que preside el Presbítero José Álvarez Franco (alias) “ el padre Patillas”, quien a la vez es el presidente honorífico de la LIMEDDH—JAL, donde un grupo de naturales mazahuas, purepechas y nahuatls con quienes periódicamente nos reunimos ya que la mayoría de ellos son emigrantes avecindados en esta ciudad desde hace muchos años y que en tiempo y forma, quienes nos hicieron llegar la queja, entre los firmantes el concubino de la finada, quien con otras personas, lo ratificaron y pretendieron darle seguimiento sin tomar en cuenta a la asamblea.

b) A solicitud de parte y de manera diligente se nos atendió por parte de quien coordina la 3ra visitaduría en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Jalisco Lic. ALFONSO HERNANDEZ BARRON, en los primeros 15 días, en que hicimos llegar la queja, se comisionó a los Lics. GAUDELIO GARCIA, EDUARDO SOSA MONTES quienes nos acompañaron a una diligencia técnica y entrevista que se tuvo con el director y subdirector de dicha dependencia, y quienes de una manera amplia se nos dio una explicación técnica y fundamentada, a esta comisión donde estuvieron los familiares de la ya citada finada, el SR. ENRIQUE [...] (hermano) y esposa, SRA. CRISTINA [...] coordinadora del parlamento ciudadano por la defensa de los Derechos Humanos, y representante entre los migrantes mazahuas en la zona metropolitana. Quienes de viva voz hicieron llegar los reclamos de estas y otras etnias, tan vilipendiadas, subajadas, y reprimidas, por esta nuestra sociedad tan cristianamente racista, y sacamos en conclusión lo siguiente:

1.- “ Se le atendió bien” dijeron los directivos (en un hospital de 2do nivel que tiene deficiencias y que hubo que ser trasladada a un hospital de 3er nivel).

2.- Que se le tuvo que anestesiar dijeron ahí mismo hasta en dos ocasiones, intervenir y posteriormente trasladar a un hospital de 3er nivel a mas de 5km de distancia, con la atención DE SALVARLE LA VIDA, donde finalmente murió por que así lo quiso Dios... “la ciencia no falla”.

3.- Cuando la entrada en el 70% de los casos se ha demostrado no son necesarias las dichas intervenciones llamadas cesáreas, y además cuando se tienen los antecedentes plasmados en un historial clínico y que además aceptando sus argumentos esta comisión para no prestarnos a una desviación de caracteres pecuniarios, o de otro tipo decidimos inclinar nuestras banderas por esto es que decidimos no ratificar la queja ni en esta ni en otras instancias por nuestra parte como un acto de buena voluntad.

c) Por todo lo anterior por determinación de asamblea no se le dio seguimiento y les otorgamos el beneficio de la duda, y confiamos en el código moral y de ética de todo buen servidor público, y más cuando se trata de la vida de una mujer que dejó en el desamparo a tres pequeños niños.

En conclusión a manera de aclaración nos desligamos de cualquier diligencia, de acto intimidatorio o de chantaje, o de reclamo con relación a dicha queja, 7803/2009 y a su último oficio 269/10-V.

Que no tenemos relación, ni convalidamos ninguna acción de SR. ARTURO [...], SR. ALFONSO [...] ni a quienes se diga sus representantes, ante ninguna instancia, que con ese mismo espíritu de servicio y solidaridad, hacia los más desprotegidos que son las mujeres y los niños como es este caso procuremos en conjunto con ustedes, hacer llegar nuestro apoyo a los dos niños y a la bebé recién nacida, que se les de cobijo, apoyo, protección jurídica y social hacia quienes fungen como tutores los abuelos, y familiares más cercanos...

18. El 22 de abril de 2010 se recibió el escrito firmado por la doctora Berenice Candelas Delgado, quien manifestó lo siguiente:

... Que con la mejor intención y a efecto de abundar sobre mi participación respecto a la queja de que nos ocupa, por este conducto me presento, a rendir la ampliación de;

**I N F O R M E:**

1.- Al efecto, una vez que fuera enterada de motivo de queja y habiendo tenido acceso al expediente clínico original de la paciente de referencia, así como a todas y cada una de las constancias y actuaciones que obran en el expediente de queja reitero que NIEGO POR NO SER CIERTO los hechos que sin fundamento y en forma por demás tendenciosa y subjetiva se pretende hacer valer en mi contra, ya que durante mi atención médica a la paciente [agraviada], a la cual atiendo por única ocasión el día 30 de julio de 2009, encontrando a la paciente, hoy extinta, en el área de labor, la cual presenta ruptura espontánea de membranas encontrando salida de líquido meconial y con una frecuencia cardíaca fetal de 130 por minuto con desaceleraciones hasta de 110 por minuto, por lo que en esos momentos decido intervenir quirúrgicamente a la paciente realizándole una operación cesárea, la cual finalizó aproximadamente a las 13:30 horas del mismo día 30 de julio del próximo pasado, al realizar dicha intervención me encuentro que la paciente presenta una pelvis congelada, traduciendo esta patología como múltiple adherencias densas que alteran mucho la anatomía de la pelvis y ocasionan fusión de los órganos, es decir

que se pegan todos los órganos convenientes en la pelvis, lo que dificultó el acto quirúrgico ya que no se visualizaban los anexos, aun así se realizó la cirugía sin accidentes ni incidentes, obteniendo a las 13.30 un producto único vivo del sexo femenino con un peso aproximado de 3000 gramos y un apgar de 8-9, por lo que al no presentar ninguna otra complicación la paciente y al concluir mi jornada de labores en el referido hospital me retiro sin que en ese momento la paciente presentara ningún dato de sangrado, posteriormente me entero que poco después de concluida mi jornada laboral la paciente presentó atonía uterina y se le tuvo que reintervenir para controlar el sangrado.

2.- Una vez leído el contenido del expediente de queja, encuentro algunas inconsistencias de las cuales me permito hacer las siguientes aclaraciones, respecto al dictamen pericial emitido por los médicos Ramón Alejandro Hernández García y Raymundo Flores Pérez, legistas del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, señalan en opinión referida que hacen una correlación lógica de las diferentes declaraciones, lo anterior resulta inexplicable pues nadie del personal médico fue habido sido llamado a declarar para cuando hicieron dicho dictamen, así mismo determinan que (sic) “ QUE EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA SI EXISTIÓ MALA PRAXIS, SITUACIÓN DE IMPERICIA, NEGLIGENCIA SIENDO QUE EN PROCEDIMIENTO DE LA CESÁREA SE PRODUJO LACERACIÓN DE ARTERIA UTERINA IZQUIERDA Y ARTERIA OVÁRICA DERECHA NO DETECTÁNDOSE A TIEMPO (SIENDO ESTO HASTA 3 HORAS DESPUÉS) Y LAS CUALES NO FUERON CORREGIDAS OPORTUNAMENTE”, sin ser específicos, nunca refieren quien o porque no fue oportuno en la atención de la paciente por lo tanto dicho dictamen carece de validez, reiterando, por ser inespecífico e insisto ya que a decir de los peritos dichas conclusiones fueron determinadas a su decir en base a la relación lógica de las diferentes declaraciones, lo cual es absurdo pues ignoro de cuales declaraciones hicieron la correlación si no existía ninguna manifestación hecha por los médicos que intervenimos, al momento de emitir el dictamen, lo que hace a dicha opinión dogmática, por lo tanto carente de validez, así mismo, al referirse a las dos arterias laceradas señalan que estas fueron la arteria uterina izquierda y la arteria ovárica derecha, lo anterior también resulta inexplicable pues del expediente del Hospital Materno-Infantil “Esperanza López Mateos” no se desprende dichas laceraciones únicamente se refiere que la única arteria lacerada es la arteria uterina izquierda la cual fue reparada en su oportunidad, incluso en el expediente de la paciente que se elaboró a la paciente en el Hospital Civil nuevo de Guadalajara, tanto en la nota de ingreso de la paciente a la terapia intensiva, así como la nota de defunción, únicamente se refiere que la paciente presentaba sangrado de una arteria mas atónica uterina, luego entonces como es que los peritos oficiales, llegan a la conclusión que se laceraron dos arterias, sí lo anterior no se describe como hallazgo en los dos hospitales en que se le trató a la paciente y no se encuentra detallado en los expedientes clínicos que obran dentro de la presente queja, por otro lado dicho dictamen además de lo planteado anteriormente carece de validez pues los médicos que los emiten carecen de los conocimiento adecuados a fin de emitir una opinión experta en la materia ya que dichos peritos según se desprende de su dictamen uno se ostenta como medico legista y el segundo de ellos se refiere como especialista en traumatología y ortopedia, así como en toxicología, sin que ninguno de ellos cuente

con la especialidad de Ginecología y Obstetricia, especialidad sobre la que versa el paciente caso, por lo tanto no tienen los conocimientos especializados para emitir un dictamen en el caso, por lo que desde este momento solicito se me tenga objetando el dictamen de cuenta por carecer de validez.

3.- Por otro lado considero oportuno señalar que tal y como se encuentra señalando en la nota quirúrgica que realicé a la paciente de referencia cuando le practiqué la cesárea deje debidamente consignada en la misma que la paciente presentó una pelvis congelada, es decir se dificultó el acceso al área pélvica por encontrarse múltiples adherencias, lo anterior significa que los órganos se encuentran fusionados en el área de la pelvis, aun y con esta dificultad técnica no se lesionó ninguna arteria en el proceso quirúrgico pues tal y como se asienta en la nota quirúrgica de referencia la paciente presentó un sangrado de 700 c.c ., lo que nos indica que no se provocó ninguna hemorragia provocada por la manipulación quirúrgica, y que si bien la paciente presentó una pérdida de sangre esta pudo ser originada por el proceso inflamatorio provocado por el trauma obstétrico el cual generó que al encontrarse fusionados los órganos que influyen en el área pélvica al momento de incrementar su tamaño por la inflamación esto produjo tracción en los mismos órganos que a su vez desencadenaron en la laceración de la arteria uterina izquierda la cual fue reparada en su oportunidad y tal y como se describe en la reintervención inmediata posterior a la cesárea se reporta como laceración y no como sección o lesión lo que confirma que la aplicación de la paciente no fue provocada por el acto quirúrgico, sino por una reacción natural, propia e inherente al organismo de la paciente como lo fue el proceso inflamatorio, así como por la condición patológica de la pelvis congelada que presento la hoy extinta.

19. Mediante acuerdo del 28 de abril de 2010 se solicitó al director general del IJCF que informara a este organismo si fue practicada la autopsia de ley a quien en vida llevara el nombre de [agraviada], y en su caso, remitiera copia certificada de la misma. Sin embargo, no se encontró registro de que se hubiera practicado la misma.

## II. EVIDENCIAS

1. Copia certificada del expediente clínico número [...] elaborado en el HMIELM por la atención brindada a la finada [agraviada], de cuyas constancias destacan las siguientes:

a) Hoja de partograma folio número 004389, llenada por la doctora Soledad Castañeda, y en la cual asentó datos generales al ingreso de la paciente [agraviada] al HMIELM y como diagnóstico asentó: "... Emb. 39sem + T de P inicial + Hipertensión Inducida por embarazo Pb. Preeclampsia Grave control TA - Cesárea anterior..."

b) Hoja relativa a la historia clínica de la paciente [agraviada], elaborada a las 09:45 horas del 30 de julio de 2009 por la doctora Joselyn Cardona, en donde suscribió:

...Buen estado de hidratación y coloración de piel y tegumentos cardiorrespiratorio sin compromiso, útero grande, PUVLCDD, FCF 136X AU irregular, TV cerviz medio blando, 4 cm dilatación, 50% banamiento amnios íntegro, estación fetal -1, pelvis apta. Edema de pared y miembros pélvicos ++ Rots normales. En espera de exámenes de laboratorio, iniciamos conducción de TdP...

c) Nota de evolución de la paciente [agraviada], elaborada a las 09:55 horas del 30 de julio de 2009 por la doctora Joselyn Cardona, en la cual se observa que asentó el inicio de conducción de TdP y que continuaban en espera de los exámenes de laboratorio, así como vigilancia y control de TA, conducción de TdP.

d) Nota de evolución suscrita a las 12:45 horas por la doctora Berenice Candelas Delgado, en donde asentó:

... Paciente de 40 años, G; C:l pil con embarazo de 39 SDG XFUG + preeclampsia leve + obesidad  
La paciente niega datos de vasoespasmio  
A la EF: paciente en mal estado general, con edema palpebral.  
cardiorrespiratorio sin compromiso abdomen con útero globoso por PUV, FCF:130X, que desciende hasta 110X, durante la contracción y tarda en recuperar FCF; Cervix central con 6 cm dilatación y 80] borramiento. La meconial +++/+++ , producto en estación -1, extremidades inferiores con edema ++/+++ , Rots normales resto SDP  
Labs: Ac. Úrico: 4.8, AST. 34  
Alt: 16, crat: 0.7, ++ b:12.9  
Hto: 35.8, Plt: 262, leuc. 9.7  
Ego: prot + 15-20 leuc x campo y acumulos leucocitarios  
1DX: G: 3C/PI+Emb 39 SDG+preeclampsia leve +SFA+DCP  
Plan: pasa a cesárea de urgencia.

e) Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica suscrita a las 13:10 horas del 30 de julio de 2009 por la doctora Berenice Candelas Delgado, en donde se aprecia la firma de la paciente [agraviada].

f) Hoja de Descripción de Técnica (1), Hallazgos Operatorios (2), Complicaciones Transoperatorias (3) y Observaciones (4), en la cual la doctora Berenice Candelas Delgado detalló lo siguiente:

BPD

Asepsia , antisepsia, sondeo vasical y colocación de campos estériles  
Insición Pfannenstiel  
Diseción x planos hasta cavidad abdominal  
Encontrando múltiples adherencias de peritoneo parietal y viseral con  
pérdida de la anatomía  
Histerotomía segmentaria  
Obteniendo a las 13:30 hrs RN vivo femenino de 3000grs  
Extracción manual de placenta  
Histenorrafía c/crómico #1  
Cierre de pared abdominal C/técnica habitual  
Sangrado 700cc  
Con complicaciones para el abordaje pelvis congelada  
Recuento completo de gases  
No se visualizan anexos por adherencias

g) Hoja de datos del nacimiento suscrita a las 13:30 horas del 30 de julio de 2009 por la doctora Berenice Candelas Delgado, en donde como observaciones anotó: "... Múltiples adherencias de peritoneo v. (ilegible) a parietal no se distinguen planos ni anatomía..."

h) Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica suscrita el 30 de julio de 2009, en donde se aprecia la huella dactilar de la paciente [agraviada], y como diagnóstico preoperatorio se determinó: sangrado (hemorragia post cesárea) ligadura de vasos o histerectomía; diagnóstico postoperatorio: sangrado de arteria uterina izquierda; operación efectuada: laparotomía y ligadura de arteria uterina izquierda. Cirujano doctor Manuel Díaz Ochoa.

i) Carta consentimiento bajo información suscrita el 30 de julio de 2009 y en la cual se establecen como posibles riesgos: complicaciones anestésicas, hemorragia, infección, complicaciones renales o hepáticas; firmando la paciente [agraviada], la doctora Soledad Castañeda Cárdenas y como testigo el [quejoso 2].

j) Carta consentimiento bajo información suscrita el 30 de julio de 2009, donde se advierte únicamente la huella dactilar de la paciente y como acto médico requerido histerectomía para salvar la vida de la paciente.

2. Copia certificada del expediente clínico elaborado en el Hospital Civil de Guadalajara, de cuyas constancias destacan las siguientes:

a) Resumen de caso:  
Nombre: [agraviada]  
Registro: 09/22852

Fecha de ingreso: 30 de julio de 2009

Diagnóstico de Ingreso:

1. Postquirúrgica de cesárea e histerectomía subtotal con empaquetamiento.
2. Hemorragia obstétrica grado IV por lesión de arteria uterina izquierda y ovárica derecha (reparadas), más atonía uterina.
3. Preeclampsia leve

Fecha de defunción: 30 de julio de 2009

Diagnóstico final:

1. Isquemia- anoxia cerebral.
2. Choque hipovolémico.
3. Atonía uterina.
4. Puerperio patológico.

Datos generales [...]

Evolución

30/07/2009 19:10

Ingresa paciente referida del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, regulada por SAMU. Se realizó atención obstétrica por embarazo de término y preeclampsia leve, cesárea a las 13:00, se informó como procedimiento difícil con pérdida de la anatomía; posteriormente presentó sangrado, se realiza laparotomía a las 16:00, encontrando adherencias y pelvis congelada, así como laceración de arteria uterina izquierda y arteria ovárica derecha, se reparan, pero por hallazgo de atonía uterina se decide realizar histerectomía subtotal, al final de la cual persiste sangrado en capa y se deja empaquetamiento. Sangrado total calculado 2200ml, transfusión de 2 paquetes globulares, 2500ml de cristaloides y 1500ml de coloides, inicio de afecciones vasopresoras. Por el grado de choque y la inestabilidad de la paciente la refieren a esta unidad.

A su ingreso TA indetectable, FC 62x', FR 20x', T 35°C. Mal estado general y de hidratación, palidez de piel y tegumentos, intubada y ventilada con bolsa autoinflable y oxígeno, Glasgow de 3, pupilas midriáticas, sin reflejo corneal, normocefálica, cuello cilíndrico. Campos pulmonares con murmullo vesicular presente, ruidos cardíacos rítmicos, disminuidos en intensidad, sin ruidos agregados. Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, heridas media infraumbilical y Pfannensteil, limpias, afrontadas, sin sangrado, Penrose izquierdo, sin gasto, no se ausculta peristalsis. Al tacto vaginal cerviz central, dehiscente, sangrado escaso. Sonda Foley permeable, hematuria. Extremidades inferiores con edema, fóvea 2mm. No se palpan pulsos distales.

Se toman exámenes, se solicitan hemoderivados y se realiza interconsulta a Terapia Intensiva, a donde ingresa inmediatamente. No se considera reintervención quirúrgica en este momento.

Terapia Intensiva

Paciente con ventilación mecánica, FC 110, FR 18, Sat O<sub>2</sub> 93%, FiO<sub>2</sub> 50%, TA 76/42, cambios respecto a la exploración del ingreso la presencia de hemorragia por la herida quirúrgica y transvaginal, llenado capilar retardado. Laboratorio reporta hemoglobina 4.3, hematocrito 13.4, plaquetas 82 mil, leucocitos 11.2, ES PFH sin

alteraciones, creatinina 1.2, urea 21, glucosa 330, gasometría acidosis metabólica con índice de ventilación 200.

19:50 Se recibe interconsulta de ginecología, no se considera conveniente reintervención inmediata.

20:00 Se recibe interconsulta de neurología, informan Síndrome de deterioro rostro caudal en fase tardía a nivel bulbar.

22:30 Deterioro hemodinámico continuado con persistencia del estado de choque irreversible y datos de hipoperfusión tisular, anuria, ausencia de respuesta neurológica, esto lleva a la paciente a paro cardiorrespiratorio irreversible después de 30 minutos de maniobras. Se declara la muerte a las 22:30 del 30 de julio de 2009, como causas de la misma Isquemia Anoxo-Cerebral, secundaria a choque hipovolémico secundario a atonía uterina.

b) Hoja relativa al servicio de tococirugía división de ginecología y obstetricia Nota de Ingreso de Residente, suscrita a las 10:10 horas en donde se estableció como principio y evolución del padecimiento

3. Escrito firmado por Berenice Candelas Delgado, quien como pruebas ofreció las siguientes:

**1.- DOCUMENTAL PÚBLICA.-** Consistente en el **Expediente Clínico** se elaboro en el Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, mismo que se obra en autos del Expediente de Queja, del cual se desprende, en primer lugar, el suscrito de mi exposición y, en segundo, la información técnico-científica que en su momento de análisis desvirtuará y dejará sin efectos los argumentos que injustificadamente se pretende hacer valer en mi contra, pues precisamente en ese importante documento quedó registrada mi participación hacia el paciente, particularmente las notas medicas del día 30 de julio de 2009 fecha en que interviene quirúrgicamente a la paciente, con lo anterior demostraré que mi atención fue adecuada, oportuna, con apego a la Lex Artis y que la paciente cursó una condición anatómica denominada pelvis congelada, así mismo con dicho documento acredito que la paciente no presentó laceración en la arteria ovárica derecha como lo señalan los peritos Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en su dictamen médico, misma que relaciono con todos y cada uno de los puntos de aplicación de mi informe.

**2.- DOCUMENTAL PÚBLICA.-** Consistente en el Expediente Clínico se elaboro en el “hospital Civil Nuevo de Guadalajara”, mismo que se obra en autos del Expediente de Queja, particularmente las notas medicas de ingreso a la Terapia Intensiva, así, como, la nota de defunción, con dicho documento acredito que la paciente no presentó laceración en la arteria ovárica derecha como lo señalan los peritos Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en su dictamen médico, misma que relaciono con todos y cada uno de los puntos de aplicación de mi informe.

**3.- DOCUMENTAL.-** Consistente en las copias fotostáticas de la literatura especializada en ginecología y Obstetricia consistente en los siguientes títulos: EPIDEMIOLOGIA, RESULTADOS CLÍNICOS Y COSTO DEL TRATAMIENTO

DEL ABSCESO TUBO OVARICO, EN UN HOSPITAL PUBLICO DE SANTIAGO, Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, año2008, volumen 73, paginas 374 a 380, RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL; ANÁLISIS DE 10 PACIENTES CONSECUTIVAS, Revista Chilena de Cirugía, volumen 56, abril de 2004, paginas 117 a 124; MANEJO DE LOS SÍNTOMAS DOLOROSOS DE LA ENDOMETRIOSIS CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL EN UNA PACIENTE CON PELVIS CONGELADA: REPORTE DE CASO, revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, volumen 57, numero 3, bogota septiembre de 2006; TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS DEL EMBARAZO, Gleicher, tercera edición, medica panamericana; ARTICULOS ELECTRONICO DENOMINADO ANATOMIA DE LOS GENITALES FEMENINOS SALPINGOLISIS, publicado en Internet en la dirección [http://www.fertilab.net/cietifico/pro\\_t\\_sal-htm](http://www.fertilab.net/cietifico/pro_t_sal-htm), con la cual acredito que si se encuentra contemplada por la literatura medica especializada que una pelvis congelada impide el debido acceso al área quirúrgica a intervenir, así mismo produce un proceso inflamatorio importante y puede provocar la laceración de los órganos adheridos, misma que relaciono contados y cada uno de los puntos de aplicación de mi informe.

**4.- PRESUNCIONAL.-** Consistente en las presunciones legales y humanas que se desprendan de los medios de prueba, ofertadas por las partes y que tiendan a beneficiarme.

**5.- INSTRUMENTAL DE ACTUACIONES.** Consistente en todas u cada una de las actuaciones practicadas en el expediente que tiendan a beneficiarme.

4. Escrito firmado por Héctor Mendoza Ubiarco, Sofía Hernández Campos, Eugenia Mendoza García y Soledad Castañeda Cárdenas, mediante el cual ofrecieron como pruebas las siguientes:

... PRIMERO. Téngasenos REGUARDIENDO DE FALSEDAD, ASÍ MISMO OBJETANDO LA VALIDEZ DE LA OPINIÓN TÉCNICA PERICIAL, DENOMINADA DICTAMEN SOBRE MALA PRAXIS, NEGLIGENCIA O ALGUNA OTRA IRREGULARIDAD, EMITIDA, por los médicos RAMON ALEJANDRO HERNANDEZ GARCIA y el RAYMUNDO FLORES PEREZ, prueba enviada a Usted mediante el oficio 341/2010/12CE./ML, para perfeccionar nuestra objeción hacemos valer lo siguiente:

Como se desprende de la lectura del párrafo primero del documento génesis de está impugnación los Servidores Públicos peritantes no tienen capacidad médica, para emitir una opinión médica en la rama de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, pues los profesionales se acreditan respectivamente como médicos cirujano y partero, (Médico general), con la descripción de su cedula profesional, afirmando contar acreditación en medicina legal y otro con especialidad en TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, capacitación profesional que no es la indicada para peritar como se pretendió hacerlo, dado que los médicos no cuentan con la especialización, en la materia que se encarga de enfermedades de la mujer, del embarazo, parto y

puerperio, denominada GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, (Especialidad, debidamente regulada por la Secretaria de Educación Pública, y la Secretaria de Salud, tal y como se dispuso el acuerdo Presidencial de fecha 18 de Octubre de 1983, NOM-090-SSA1-1994 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS MÉDICAS; lo cual puede ser consultado en la SECRETARIA DE SALUD en lo relativo a La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la salud (CIFRHS).

Ahora bien, para los efectos de perfeccionar la OBJECCIÓN DE LA OPINIÓN TÉCNICA PERICIAL, téngasenos OFERTANDO **DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN EL AREA DE GINECOLOGIA**, a cargo de los médicos **DR. ARNOLDO GUZMAN SANCHEZ**, Médico Cirujano y Partero cedula Dirección general de Profesiones, 136720, S.S. A, 28837, S.S.A JAL 2883, Especialista en Ginecobstetricia con la cedula de especialidad 198, **DR. FRANCISCO JAVIR HERNANDEZ MORA**, Medico Cirujano y partero cedula de especialidad, número 08110, PARA QUE DICTAMINEN, EN BASE AL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

A. QUE DIGAN LOS PERITOS, DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO, EN QUÉ CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA DRA. **SOFIA HENANDEZ CAMPOS** DENTRO DEL EQUIPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS QUE ATENDIÓ A LA SRA [AGRAVIADA], EL **30 DE JULIO DEL 2009**.

B. QUE DIGAN LOS PERITOS, DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO LA PARTICIPACIÓN DE LA DRA. **EUGENIA MENDOZA GARCIA** DENTRO DEL EQUIPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNO ESPERANZA LOPEZ MATEOS QUE ATENDIO A LA SEÑORA [AGRAVIADA], EL **30 DE JULIO DEL 2009**.

C. QUE DIGAN LOS PERITOS, DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO, EN CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA DRA. **SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS** DENTRO DEL EQUIPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LOPEZ MATEOS QUE ATENDIO A LA SEÑORA [AGRAVIADA], EL DÍA **30 DE JULIO DEL 2009**.

D. QUE DIGAN LOS PERITOS, DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO, EN CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE EL DR.- **HECTOR MENDOZA UBIARCO** DENTRO DEL EQUIPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LOPEZ MATEOS QUE ATENDIO A LA SEÑORA [AGRAVIADA], EL **DÍA 30 DE JULIO DEL 2009**.

E. QUE INFORMEN LOS PERITOS, SI EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR PARTE DE LOS DRS. **HECTOR MENDOZA UBIARCO, SOFIA HERNANDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCIA, SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS** A LA SEÑORA [AGRAVIADA], EXISTIERON SITUACIONES DE IMPERICIA, NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA E INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS Y/O INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES A SU CARGO.

F.- QUE ACLAREN LOS PERITOS EN CASO DE EXISTIR ALGUNA O TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS NEGATIVAS, ANTES MENCIONADAS EN LA CONDUCTA PROFESIONAL DE LOS MEDICOS DRS. **HECTOR MENDOZA GARCIA, SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS**, DETALLEN EN QUE CONSISTIERON.

G.- QUE EXPLIQUEN LOS PERITOS LA RAZÓN DE SU DICHO Y DESCRIBAN LOS PUNTOS QUE PERMITAN ACLARAR SUS CONCLUSIONES SOBRE CADA UNO DE LOS PUNTOS MATERIA DEL DICTAMEN OFERTADO.

**SEGUNDO. DOCUMENTAL PÚBLICA:** DENOMINADA RESULTADO DE LA AUTOPSIA PRACTICADA AL PACIENTE [AGRAVIADA], prueba fundamental para acreditar qué lesión o lesiones presentaba la paciente y que fueron suficientes para causar la muerte a la paciente, motivo por el cual solicito se gire atento oficio al DIRECTOR DEL INSTITUTO JALICIENSES, a efecto de que remita copia certificada de la misma.

**TERCERA. PRUEBA DOCUMENTAL PÚBLICA:** Consistente en la totalidad del en las copias debidamente certificadas del EXPEDIENTE ORIGINAL de la paciente [AGRAVIADA], abierto en virtud de la atención médica brindada a la paciente en el HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS, dependientes de OPD. Servicio de Salud Jalisco, el día de los hechos génesis de la queja, documento que al encontrarse glosado a los autos de esta queja, hacemos nuestro en su la totalidad y en el que se describen LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN DE CADA UNO DE LOS MEDICOS OFERENTES prueba documental que tiene VALOR PROBATORIO PLENO, y que demuestra:

A). Que las suscritas **SOFIA HERNANDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCIA, SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS**, no tuvimos atención directa con las causas generadoras de esta queja, ya que no realizamos cirugía alguna en el cuerpo de la paciente.

B). Que el suscrito DR. **HECTOR MENDOZA UBIARCO**, solamente realicé un tercera cirugía reparadora dado el cuadro clínico de la paciente, realizando así todas las acciones medicas correctas sobre el cuerpo de la paciente con el único fin de restablecer su salud, todo ello sustentado en la realización de los estudios pertinentes al caso y el manejo médico de acuerdo a las normas y procedimientos, para el caso de manejo de

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, cumpliendo cabalmente con Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como con la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, relativa a la Regulación de los servicios de salud. Que establece los críticos de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

Por lo antes expuesto, con la pruebas hoy ofertadas se demuestra plenamente que los suscritos servidores Públicos, actuaron en la atención de esta paciente apegado AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE INFORMACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A QUE TIENE DERECHO como lo dispone en el artículo Cuarto de la Carta Magna, de manera rápida además de eficientemente, buscando como objetivo principal establecer su salud poniendo a su disposición todos los medios anestesiológicos, laboratoriales, clínicos, radiológicos, y en su momento una atención más especializada en un Hospital de Tercer Nivel por ende reiteramos que no hemos desarrollado alguna conducta con las características de negligencia o impericia dentro de nuestro ámbito en perjuicio del paciente o sus familiares.

Así mismo nos hemos caracterizado, por ser unos médicos en constante capacitación y en el ejercicio de nuestra profesión siempre, lo hacemos de manera profesional, con calidad y calidez en nuestro actuar, basándonos en las normas y leyes que rigen nuestra profesión.

Fundamos nuestra petición en términos del artículo 65 de la ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, por antes expuesto le:

**P E D I M O S:**

PRIMERO. Se me tenga por REGUARDIENDO DE FALSEDAD, ASÍ MISMO OBJETANDO LA VALIDEZ DE LA OPINIÓN TÉCNICA PERICIAL, DENOMINADA DICTAMEN SOBRE MALA PRAXIS, NEGLIGENCIA O ALGUNA OTRA IRREGULARIDAD, EMITIDA, por los médicos RAMON ALEJANDRO HERNANDEZ GARCIA y el RAYMUNDO FLORES PEREZ, y téngasenos ofertando peritaje médico pericial a cargo de los médicos ARNOLDO GUZMAN SANCHEZ y FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ MORA, solicitándole que les Gire atenta cedula citatoria, en su domicilio, para recibir notificaciones ubicado en la finca marcada con el número [...] de la avenida [...], en Guadalajara, Jalisco, para efectos de que sean citados, protesten el cargo y se les pongan a disposición en formal diligencia la totalidad de la actuaciones y documentos agregados al sumario.

SOLICITUD DE COPIAS.- En virtud de tratarse de una prueba eminentemente técnica y ser necesaria la revisión exhaustiva de la totalidad de la actuaciones agregadas a esta queja le solicitamos se les proporcione a los PERITOS EN GINECOLOGIA ARNOLDO GUZMAN SANCHEZ Y FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ MORA, ofertados un juego de copias certificadas de la queja para

estar en condiciones dichos profesionales de emitir el peritaje OFERTADO, ya que de otra manera se hace imposible el desahogo de la misma...

5. Oficio IJCF/CI/0292/2010 suscrito por José Nicolás Montes de Oca Solórzano, contralor del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, mediante el cual informó que, de acuerdo al contenido del oficio IJCF/228/2010/12CE/MF/03, firmado por el doctor J. Mario Rivas Souza, director del Servicio Médico Forense de ese instituto, no se encontró registro alguno a nombre de la C. [agraviada].

6. Peritaje médico suscrito por Arnoldo Guzmán Sánchez, médico cirujano y partero, cédula dirección general de profesiones, 136720, S.S.A, 28837, S.S.A JAL 2883, Especialista en Ginecobstetricia, con la cédula de especialidad 198; y por Francisco Javier Hernández Mora, médico cirujano y partero cédula dirección general de profesiones, 1811648, especialista en Ginecobstetricia, con la cédula de especialidad número 08110, cuyo contenido se transcribe a continuación:

... Una vez que en el presente asunto se nos nombró Peritos Médicos Especialistas en el Área de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, para emitir una OPINIÓN MÉDICO PERICIAL, nombramiento que previamente aceptamos y protestamos su fiel desempeño, con la finalidad de ayudar a esta Autoridad a esclarecer; SI o NO en el actuar profesional de los médicos especialistas **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNANDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, adscritos al Hospital Maternidad Esperanza López Mateos en la atención médica Ginecobstetricia de fecha **30 DE JULIO DEL 2009**, que desarrollan sobre la señora [agraviada], y analizar si o no se realizaron desviaciones, acciones u omisiones relacionadas con un daño o perjuicio, derivadas de alguna conducta negligente, carente de pericia, (nexo causal), por tal motivo y al no tener impedimento legal, ponemos en consideración lo siguiente:

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En la emisión del Dictamen Pericial, sobre al actuar profesional de los Profesionistas **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GANCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CARDEN**, en la atención ginecológica de la paciente [agraviada], se contestará en base al siguiente cuestionario dentro del cual cabe la formulación de más preguntas para aclarar debidamente el problema planteado.

A. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUÉ CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA **Dra. SOFIA HERNÁNDEZ CAMPOS** DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA SRA. [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?

B. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA **Dra. MARÍA EUGENIA MENDOZA GARCÍA** DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTA ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?

C. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA **Dra. SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS** DENTRO DEL EQUIPO MÉDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA Sra. [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?

D. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DEL **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO** DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA SRA. [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?

E. ¿QUE INFORMEN LOS PERITOS SI EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR PARTE DE LOS DOCTORES **HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS** A LA SRA. [AGRAVIADA] EXISTIERON SITUACIONES DE IMPERICIA, NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA E INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS Y/O INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES A SU CARGO?

#### **ELEMENTOS DE ANÁLISIS o MATERIAL DE ESTUDIO.**

Una vez revisado el expediente que integra la queja 7803/2009 V, y que en copias certificadas nos fue proporcionado por esta Quinta Visitaduría de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en la cual se contienen las siguientes actuaciones:

1.- La queja por comparecencia realizada por el [quejoso 1], de fecha 09 de Septiembre del 2009, la cual reza así:

“.....El pasado 30 de julio del 2009 en un acto discriminatorio y de negligencia médica y probablemente de intencionalidad de tráfico de órganos. La señora [agraviada]. Nueve meses estuvo yendo a chequeos a razón de su embarazo, al **Sanatorio ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, al llegar temprano le dijeron que todo iba bien que no había problemas y le entregaron la ropa para que regresará en una o dos horas, él se quedo en las cercanías, hasta alrededor de cuatro de la tarde, le informaron que algo se había complicado, y le practicarían cesárea, y**

**había que llevarla al Hospital Civil nuevo, a las siete de la noche le dijeron que no podían controlar la hemorragia y la señora murió.....”**

2.- Ratificación de la queja realizada por el [quejoso 2] de fecha 23 de Septiembre de 2009, la cual reza así:

“...Ella era una persona sana que había recibido todos los cuidados de control del embarazo y prenatal, el 30 de julio a las 9:00 de la mañana nos presentamos mi concubina y yo al hospital y la registramos en la libreta de control. Una hora y veinte minutos mas tarde la pasaron a revisión, salio una enfermera y al darme la ropa que traía Esperanza me informo que se quedaría porque estaba en trabajo de parto, pasaron las dos horas y a las 3:30 p.m. me dijeron que ya había nacido mi hija, como a eso de las 6:20 de la tarde me avisó el cuerpo médico compuesto por dos mujeres y uno o dos hombres, que mi esposa había tenido complicaciones y que estaba grave y que había tenido que extraerle la matriz y que la mandarían al hospital Civil para una mejor atención...”

**3.- Con el oficio de 674/2009, suscrito por el DIRECTOR DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL, ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, DEPENDIENTE DEL O. P. D. SERVICIOS DE SALUD.**

**4.-Con las manifestaciones que en vía escrita emitieron los Servidores Públicos DRS. MANUEL ANTONIO DÍAZ OCHOA, JORGE ALDRETE SÁNCHEZ, MARTHA ALICIA LÓPEZ CENTENO.**

**5.- Con las manifestaciones que en vía escrita emitieron los Servidores Públicos DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ COMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS.**

6.- Peritaje IJCF, oficio: 341/2010/12CE/MCH, Dictamen sobre Mala Praxis Negligencia, suscrito por Raymundo Alejandro Hernández García. Médico forense 315334785. Ramón Alejandro Hernández García. Médico 1007447 urgencias, traumatología y ortopedia....(ilegible) Toxicología.

**7.- COPIAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA PACIENTE [AGRAVIADA], DEL HOSPITAL MATERNO—INFANTIL, ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, DEPENDIENTE DEL O. P. D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO, EN DONDE CONSTAN PARA EL CASO A PERITAR LAS SIGUIENTES NOTAS RELEVANTES:**

**Notas Médicas control prenatal.**

\*19/03/09 16:30. Fem. de 40<sup>a</sup> de edad, G3 P1 C1, embarazo de 15.5 SDG por FUM.

**S:** No percibe movimiento fetales, asintomática.

**O:** Buen edo. General, AFU: 17cm, FCF 142x', no actividad uterina, tacto diferido, resto SDP aparente.

**A:** Embarazo de 15.5 sdg por FUM normoevolutivo.

**P:** Ac. Fólico, señales de alarma, cita abierta a urgencias, cita en 1 mes con labs. Y USG.

Dr. Pérez Medina.

**30/04/09 Control Prenatal.**

Fem. de 40ª de edad, G3 P1 C1, embarazo de 20.5 SDG por FUM.

FUM: 29/10/08 FPP: 06/0809. asintomática, Motilidad fetal +

FCF. Normal, cita en 4 semanas. 77Kgs. TA: 120/80

**02/06/09 control Prenatal.**

Fem. De 40ª de edad, G3 P1 C1, embarazo de 31 SDG por FUM.

FUM: 29/10/08 FPP: 06/08/09, asintomática. Motilidad fetal +

FCF. Normal, cita en 4 semanas. 79Kgs. TA: 100/60

**02/07/09 Control Prenatal.**

Fem. De 40ª de edad, G3 P1 C1, embarazo de 35 SDG por FUM.

FUM: 29/10/08 FPP: 06/08/09. asintomática, Motilidad fetal +

FCF, Normal, cita en 4 semanas 88Kgs. TA: 140/60 edemas en extremidades inferiores. Rot's normal....(resto ilegible)..

**28/07/09 Control Prenatal.**

Fem. De 40ª de edad ,G3 P1 C1, embarazo de 39 SDG por FUM.

FUM: 29/10/08 FPP: 06/08/09. asintomática. Motilidad fetal +

FCF: Normal, plan: alta del servicio. Datos de alarma 90Kgs. TA: 140/80

**\*Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Expediente:** 57510

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Fem.

Peso: 71 kg. Talla: 1.50mts. Analfabeta. FUM: 29/11/08 FPP: 06/09/09 IVSA: 26 años.

No. PS: 10 parejas sexuales. G3P1 C1 Cesárea hace 11 años por Macrosomía fetal.

Mas de 22 meses el intervalo entre el último parto y el actual.

19/03/09. 15.5 SDG Altura de fondo: 17cms. FC142x' TA madre: 110/60 peso 73Kg.

30/04/09 20 SDG Altura de fondo: --cms. FCf:140x' TA madre: 120/80 peso 77Kg.

02/06/09 30 SDG Altura de fondo: 22cms. FDF: 140x' TA madre: 100/80 Peso 79Kg.

02/07/09 35 SDG Altura de fondo: --cms. FCf: 140x' TA madre: 149/90 Peso 88Kg.

28/07/09 29 SDG Altura de fondo: --cms. FCf: 140x' TA madre: 140/80 peso 91Kg.

**\*Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, Historia clínica, de ingreso 30 de julio del 2009, 09:45 am.**

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San Silvestre #3 col. 12 diciembre. Zapopan, Jal.

**Folio No:** 004389.

**Seguro Popular:** 1404108869.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** fem.

**Peso:** 71 kg. **Talla:** 1.50mts.

**Motivo de consulta:** STV + dolor tipo cólico.

**Principio y evolución del padecimiento:** Hoy a las 6:30am.

**AHF:** madre HAS.

**APP:** cesárea 27/jun/07 ignora causa.

**AGO: FUM:** 29/11/08 **FPP:** 06/09/09 **IVSA:** 26 años.

**No. PS:** 10 parejas sexuales. **G 3 P1 C1 Menarca:** 15<sup>a</sup>.

**Signos vitales:** 133/82 TA, FC 89, FR21, Tem. 36.5, Gpo. Sanguíneo 0+

**Datos de atención médica y exploración física:**

Buen estado de hidratación y coloración de piel y tegumentos. Cardiorrespiratorio sin compromisos, útero grávido, PUVLCDD, FCF 136x', AU irregular, TV cerviz central, blando, 4cm dilatación, 50% de borramiento, amnios íntegro, estación fetal—1, pelvis apta. Edema de pared y miembros pélvicos ++, Rot's normales.

En espera de exámenes de laboratorio, iniciamos conducción de TdP.

Dra. Joselyn Cardona.

**\*Nota de evolución TOCO.**

**09:45am fecha: 30/07/09.**

**P:** fem. 40 años G3 C1 A1 (¿) con embarazo de 39 semanas de gestación por FUM que ingresa con diagnóstico de Preclampsia grave.

**S:** asintomática.

**O:** buenas condiciones de hidratación y coloración de piel y tegumentos, cardiorrespiratorios, útero grávido PVMDD, FCF 138x', AU irregular, TV cerviz central, blando, 4cm dilatación, 50% de borramiento, amnios íntegro, estación fetal-1, pelvis apta. Edema de pared y miembros pélvicos + +, Rot's aumentados. Resto sin alteraciones.

**A:** se hidrató a paciente, se encuentran cifras tensionales estables. Se aplicó hidralazina 30mg VO por indicaciones de admisión. En este momento y a su ingreso no se observa ningún EGO con proteinuria, además las fibras tensionales y la ausencia de vasoespasmo descartan el diagnóstico de preeclampsia severa. Inicio conducción de TdP y continuamos en espera de exámenes de laboratorios.

**P:** vigilancia y control de TA. Conducción de TdP.

Dra. Joselyn Cardona.

**\*Nota de evolución.**

**12:45am fecha: 30/07/09 TA: 140/95 FC: 90x'**

**P:** Fem. 40 años G3 C1 A1(?) con embarazo de 39 semanas de gestación por FUM que ingresa con diagnóstico de Preeclampsia leve + obesidad.

**S:** la paciente niega datos de vasoespasmo.

**O:** a la exploración física: paciente en mal estado general, con edema palpebral, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con útero globoso por PUV, FUF: 130x', que desciende hasta 110x' durante la contracción y tarda en recuperar FCF, Cervix central con 6cm dilatación y 80% de borramiento, LA meconial +++/++++, producto en estación - 1, extremidad inferiores con edema ++/++++, rot's normales, resto SDP.

Labs: ac. Úrico: 4. 8, AST: 34, ALT: 16, creat: .7, hb: 12.9, EGO: prot, +, 15- 20 leocos por campo.

Ldx: con embarazo de 39 semanas de gestación por FUM G3 C1 P1+ Preclampsia leve + obesidad + SFA + DCP

Plan: pasa a cesárea de urgencia.

Dra. Berenice Candelas Delgado.4082970.

### **PARTOGRAMA:**

**Fecha:** 30/07/09.

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San silvestre #3 col. 12 diciembre, Zapopan, Jal.

**Folio No:** 004389.

**Seguro Popular:** 1404108869.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Fem.

**Peso:** 71 Kg. **Talla:** 1.50mts **FUM:** 29/11/08 **EPP:** 06/09/09 **IVSA:** 26 años.

**No. PS:**10 parejas sexuales. **G3 P1 C1.**

**Motivo de consulta:** Emb + CUTTP + STV

**Antecedente importantes:** alérgicos -, tabaquismo + (1xdia), APP negados

**T/A:** 160/100. **Tem:** 36.8° **pulso:** 98 **Rsp:** 22 **consciente:** sí.

**Primera mitad del embarazo:** refiere acufenos el mes de junio. CPN en esta unidad en 3 ocasiones.

**Segunda mitad del embarazo:** 39 SDG. Edema ++. Hemorragia +. Dolor: cólico.

Contracciones x 10min: 1-2. Tono uterino: normal. Membranas: Integras. Movimientos fetales presentes. FCF: 152x'. Ritmo regular.

Cervix central, blando, borramiento 50%.

Rot's normales, niega sintomatología vasoespástica en este momento.

**Otros datos:** USG 3 julio: Embarazo de 37 sdg.

**Diagnóstico:** Emb. 39SDG + de P inicial + hipertensión inducida por el embarazo. Pble: Preeclampsia grave.

**Plan:** control TA—Cesárea Interrupción del embarazo.

**Método anticonceptivos solicitado:** hormonales.

Anotaciones: Dra. Joselyn Gardona: 3cm dilatación. 50% borramiento. 9:45 hr.

Dra. Berenice Candelas Delgado: LA meconial. FCF basal 130x' que desciende hasta 110x' durante la contracción y tarda en recuperar.

Pasa a cesárea. 12:05hs.

**\*Indicaciones médicas.**

**Fecha: 30/07/09 09:10hrs.**

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

AHNO

Canalizar sol. Hatman 1000cc asar 500cc en 20min y el resto p/2hrs.

Hidralacina 50mg VO c/6hrs.

Para clínicos, tricotomía.

TA c/hr y CGE. Pasa a labor.

Dra. Soledad Castañeda Cárdenas.

10:00hrs.

Sol. Hartman 1000cc + oxitocina p/20gotas x min. Butihioscina 20 mg. IV DU.

Dra. Joselyn.

12:45 hrs.

Sol. Hartman 1000cc p/30 min. Ranitidina 50mg IV c/12hrs.

Metroclorpramida 10mg IV c/6hrs. Vendaje de MsPs.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

### **HOJA FRONTAL PARA DIAGNÓSTICOS Y OPERACIONES QX.**

**Fecha:** 30/07/09 Obstetricia. Fem. 40<sup>a</sup>

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Embarazo de 39 sdg + hipertensión inducida por el embarazo. Pb: preeclampsia grave. TdP inicial. Cesárea anterior.

Dra. Soledad Castañeda Cárdenas.

Puerperio inmediato, preeclampsia leve, post cesárea.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

### **Carta de consentimiento bajo información.**

**Admisión/tococirugía.**

**Unidad:** HMIELM.

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Emb. Termino + TdP inicial + hipertensión inducida por el embarazo, se le indica manejo para parto o cesárea, con beneficios materno fetal, con los posibles riesgos de: complicaciones anestésicas, hemorragia, infección, complicaciones residuales o hepáticas.

Firmada por la paciente.

Firma del médico: Dra. Soledad Castañeda.

### **\*hoja de enfermería.**

**Admisión/tococirugía,**

**Fecha:** 30/07/09

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Fem. de 40<sup>a</sup> de edad. G3 P1 C1 Dx: Preclampsia.

Hr: 9:05 TA: 160/100 P: 98, R: 22, TEM: 36.8°

**Admisión.** Ingresas paciente multigesta, embarazo termino + preeclampsia, pasa a labor.

**Hr: 9:30 hrs.** TA: 153/85 P: 89, R:22, TEMP: 36.8°.

**Labor.** Ingresas paciente multigesta, embarazo termino + preclampsia..(ilegible)

**Medicamentos.** I ampula de butihioscina, hidralazina VO.

**13:35hrs.** TA: 96/68, P:77.

**Quirófano/expulsivo.** Ingresa paciente conciente pasa a cesárea, se instala bloqueo peridural, se inicia 13:35hrs, obteniéndose producto de sexo femenino el cual transcurre sangrado del útero, se le pasa solución a chorro y se le canaliza otra vía, pasa a recuperación.

**Medicamentos.** Orina 500ml, sangre 600ml, 20 gasas, 4 compresas.

13:40hrs 1000cc sol. Hartman + 20u de oxitocina. (Resto ilegible).

**Hoja Pre anestesia.**

**Fecha:** 30/07/09

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San silvestre # 3 col. 12 diciembre, Zapopan, Jal.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Fem.

**Peso:** 71kg. **Talla:**1.50mts.

**Antecedentes de importancia:** **AHF:** madre HAS. **APP:** cesárea 27/jun/07 ignora causa. Tabaquismo 1 por dia. Nunca ha tenido alguna reacción a la anestesia.

**Cirugía planeada:** cesárea **Anestesia planeada:** bloqueo peridural.

**Medicación pre anestésica:** sol. Hartman.

**Laboratorio y gabinete:** grupo sanguíneo O, RH +, Hb: 12.9, Hto. 35.8, Plaquetas 262.

Pruebas de coagulación: normal. Otros: EGO proteinuria + infección.

**Riesgo anestésico quirúrgico:** ASA—11.

Oxitocina 02 al 100% 3lts, (resto y dosis ilegibles)

**\*hoja de autorización de anticoncepción voluntaria.**

30/jul/09 **Nombre de la paciente:** [agraviada].

Solicita ser intervenida por el procedimiento de óclusión tubaria bilateral (OTB) **no firmó.**

Otro método de anticoncepción: hormonales.

**\*hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica.**

**30/jul/09 13:10 hrs.** **Nombre de la paciente:** [agraviada].

Hoja firmada por la paciente y se redacta lo siguiente.

Diagnóstico presuntivo: G3 P1 C1 + Bem. 39 sdg + preeclampsia leve + SFA + DCP.

Operación proyectada: cesárea.

Ayudantes: Dra. Mendoza.

**\*Registro de operación.**

Post-cesárea. Anestesia administrada: BPD Anestesiólogo. Dr. Hdez.

Cuenta de gasas y canalizaciones realizada por la enfermera Angeles Moreno.

Firma del cirujano: Dra. Berenice Candelas Delgado.

**\*Descripción de técnica hallazgos operatorios, complicaciones transoperatorias y observaciones.**

BPD. Asepsia, antisepsia, sondeo vesical y colocación de campos estériles. Incisión Pfannestiel. Disecación por planos hasta cavidad abdominal encontrando múltiples adherencias de peritoneo parietal y visceral, con pérdida de la anatomía. Histerotomía segmentaria. Obteniéndolo a las 13:30 hrs RN vivo, femenino de 3000grms y 40sdg. Extracción manual de placenta. Histerorrafia con crómico #1, cierre de pared abdominal con técnica habitual. Sangrado 700cc. Sin complicaciones para el abordaje pelvis congelada. Recuento de gasas completo. Nota final: no se visualizan anexos por adherencias.

**\*Indicaciones Médicas.**

**Fecha:** 30/07/09 14:10hrs.

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Fem. de 40<sup>a</sup> de edad . G3 P1 C1

**Anotaciones del médico.** Se indica por sangrado post cesárea e hipotonía. Carbetocina IV unidosis.

Ergonovina IM.

Vigilancia estrecha del sangrado transvaginal. POST CESÁREA.- AHNO, canalizar sol. Hartman 1000cc + 20u de oxitocina P/ 8hrs. Sol. Glucosaza 5% 1000cc + 10u de oxitocina p/8hrs. Cefotaxima 1grm IV c/8hrs. Getamicina 80 mg IV c/8hrs. Ranitidina 50mg IV c/12 hrs. Metoclopramida 10mgIV c/12hrs. Vigilar SVPT + foie permeable, TA c/2hrs c/registro a pie de cama. Repotar eventualidades.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

**SEGUNDA.- ATENCIÓN HOSPITAL MATERNO INFANIL ESPERANZA LÓPEZ MATEOS.**

**14:10hrs fecha: 30/07/09 TA: 90/56 FC: 112X´ FR: 18**

Paciente de 40 años a la que se recibe en sala de quirófano que se encuentra consciente, se realizó cesárea Kerr por preeclampsia severa y SFA, se explora ginecológicamente apreciándose cérvix completamente permeable y útero aumentado ligeramente por arriba de cicatriz umbilical, apreciándose sangrado transvaginal abundante por lo que se administra Lonactene, respondiendo adecuadamente consiguiendo un buen tono uterino. Sin embargo el sangrado continúa por lo que se decide realizar laparotomía exploradora.

Dr. Manuel Díaz Ochoa.

**\*Registro de anestesia y recuperación.**

**Fecha:** 30/07/09 14:30hrs

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San silvestre #3 col. 12 diciembre, Zapopan, Jal.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** fem.

**Peso:** 71 kg. **Talla:** 1.50mts.

**Antecedentes de importancia: APP:** cesárea 2007 y 2009. Tabaquismo 1 por día. Nunca ha tenido alguna reacción a la anestesia.

**Cirugía planeada:** Laparotomía explorada **Anestesia planeada:** general inhalada balanceada

**preanestesia:** volumen 6%, midazolam.

**Dx. Preoperatorio:** hemorragia post quirúrgica.

**Laboratorio y gabinete:** grupo sanguíneo O.RH +, HB: 12.9, Hto.35.8, plaquetas 262

Pruebas de coagulación: normal. Otros: EGO proteinuria + infección.

**Paciente que se encuentra en quirófano post qx de cesárea presentando abundante sangrado transvaginal, por lo que decide ginecólogo intervenir.**

VSC 5200cc

SMP904cc (30% hto)

**Riesgo anestésico quirúrgico:** UIIB

\*Paciente analfabeta por lo que se le toma huellas digital para autorización de reintervención quirúrgica.

**Nota pre anestésica.** Se inicia inducción rápida con fentanyl, ketamina, cisatracurio, intubación endotraqueal tubo 7.5 de primera intención, mantenimiento sevorane + O2, se realiza laparotomía explorada encontrando vaso sangrando, ligando vaso, no complicaciones, pasa 30 min. A recuperación.

Dra. Martha Alicia López Centeno. Anestesióloga.

Ayudante quirúrgico: Dra. Contreras.

Enfermero: Sergio González.

**\*Hoja de enfermería.**

**Admisión/tococirugía**

**Fecha:** 30/07/09

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Sexo:** Fem. de 40 años de edad. G3 P1 C1

**Quirófano y expulsivos.** Recibo px fem. en qx, con sangrado abundante, se le avisa al médico de guardia al cual decide realizar laparotomía, se coloca anestesia general, se intuba paciente, se encuentra durante la cirugía un vaso sangrante....(ilegible)

**\*TERCERA.- ATENCIÓN HOSPITAL MATERNO INFANTIL LÓPEZ MATEOS.**

**Descripción de técnica, hallazgos operatorio, complicaciones transoperatorias y observaciones.**

**30/11/09.** Previa asepsia y antisepsia ...(ilegible)...y bajo anestesia general se realiza cesárea por línea media descendiendo por plano hasta cavidad abdominal y encuentro útero hipotónico infiltrado por lo que se decide realizar reemplazo de procedimiento e infiltrado de ...(ilegible)... y ligar ambas arterias uterinas y extracción de piezas quirúrgicas y transfundir en el

acto operatorio y paquetes globulares, se deja empaquete (miklis) y se sutura aponeurosis y piel y tejido celular.

Se dejan 3 compresas en cavidad abdominal. Sangrado transoperatorio 1000cc, en total 2200cc.

Cirujano Dr. Ubiardo.

Ayudante Dr. Díaz Ochoa.

Anestesiólogo. Dra. MdR López . Dr. Aldrete.

**\*Registro de anestesia y recuperación.**

**Fecha:** 30/07/09 14:30hrs

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San Silvestre #3 col. 12 diciembre. Zapopan, Jal.

**Edad:** 40años.

**Sexo:** fem.

**Peso:** 71kg. **Talla:** 1.50mts.

**Antecedentes de importancia:** **AHF:** madre HAS. **APP:** cesárea 2007 y 2009. tabaquismo 1 por día. Nunca ha tenido alguna reacción a la anestesia.

**Cirugía planeada:** histerectomía abdominal **Anestesia planeada:** general inhalada balanceada. **Medicación preanestésica:** **Dx. Preoperatorio:** hemorragia uterina por atonía uterina.

**Laboratorio y gabinete:** grupo sanguíneo O,RH +, Hb: 12.9, Hto. 35.8, plaquetas 262.

**Riesgo anestésico quirúrgico:** UIIB

**Nota pre anestésica.** Paciente que se reintuba manteniéndose con Ketamina, cisatracurio, O2, se inician aminas, iniciando para protección renal y soporte hemodinámica, se transfunde 2 paquetes globulares mejorando tensión arterial y oximetría, termina histerectomía abdominal, se traslada al hospital civil nuevo.

Dra. Martha Alicia López Centeno. Anestesióloga.

Ayudante quirúrgico: Dr. Días.

Enf. Sergio González.

**\*Carta de consentimiento bajo información.**

**Admisión/tococirugía**

**Unidad:** HMIELM

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Hipotonía uterina, se le indica histerectomía, con beneficios de salvar la vida de la paciente, con los posibles riesgos de: lesión vesical o uretral, hemorragia y muerte materna.

Firmada por la paciente con huella digital.

Firma del médico: Dr. Díaz Ochoa.

**\*Hoja de Enfermería.**

1) 9:05hrs. Embarazo término.

9:30.

13:10. Qx cesárea/Bebé activo: transcurrido proceso se presenta sangrado, pasa a recuperación.

13:30hrs. Acta de nacimiento.

13:40.....

2) Cirugía 14:50

( todavía en quirófano) paciente a quirófano por sangrado abundante, se avisa a médico de guardia. Dr. Manuel Díaz. Se decide realizar laparotomía. Se le indican medicamentos para contraer el útero: sol. Glucosaza + calcio + ergonovina +\_\_\_\_\_.

16:30 hrs.

Se encuentra al momento de poner el apósito y vendaje sangrado a “chorro” por útero. Se avisa al jefe de área, decide histerectomía (17:00).

Medicamentos: infusión de amins por médicos; Dopamina... (Dosis y resto de medicamentos olegibles, dobutamina y bicarbonato?).

Se pasa paquetes globular 17:20 y otro paquete globular a las 17:45.

Quirófano: al terminar la cirugía pasa a la paciente para colocar vendaje ... (ilegible)... la paciente sigue sangrando y arroja sangrado a chorro por la vagina...(resto ilegible).

**\*Sistema de transferencia de Paciente.**

**Recibe:** Dra. Elizabeth Camarena.

**Fecha de referencia:** 30/07/09

**Edad:** 40 años

**Sexo:** fem.

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San silvestre #3 col. 12 diciembre. Zapopan, jal.

**Motivo de envío / impresión diagnóstica:** Post Qx histerectomía obstétrica, Pble. CID.

**Unidad a la que refiere:** Hospital Civil Nuevo.

**Servicio:** Ginecología y Obstetricia / terapia Intensiva.

**Urgente:** Si.

**\*Hoja de referencia.**

**Nombre de la paciente:** Morales Bolaños Esperanza.

**Número del expediente:** 004389.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Fem.

**Unidad que refiere:** Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos.

**Unidad a la que se refiere:** Hospital Civil Nuevo.

**Domicilio:** Salvador Quevedo y Zubieta #750 Centro.

**Servicio al que se envía:** Gineco—Obstetricia/ Terapia Intensiva.

**Motivo de referencia/ Resumen clínico del padecimiento:**

**8.- COPIAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL CIVIL NUEVO. “JUAN I. MENCHACA”**

**Intensivista:** Sergio Gómez.

Ingresa paciente referida del Hospital Esperanza López Mateos por regulación de SAMU se realizó atención Obstetricia por embarazo a término y preeclampsia leve, cesárea 13:hrs. (se informa como procedimiento difícil, pérdida de anatomía) pst. Presentó sangrado, encontrado adherencias y pelvis congelada, laceración arteria uterina izquierda, arteria ovárica derecha, se repara pero por datos de atonía uterina, se decide histerectomía subtotal, persiste sangrado total 2,200 L. Trans Qx: se pasan 2 paquetes globulares, se pasa 2,500 cristaloideos, 1500----, inicio de aminas vasopresoras por inicio de choque se refiere a esta unidad. A su ingreso: T/A indetectable. Fc: 62xmin. Fr: 20x´ T: 35°, Mal estado general de salud, palidez en piel y tegumento. Entubada y ventilador con bolsa autoinflable y H2O.

Glasgow 3, pupilas midráticas, sin reflejo corneal, normo reflexivas, cuello cilíndrico, campos pulmonares, con mormullo vesicular, presenta ruidos cardiacos rítmicos, disminuidos, sin ruidos agregados, abdomen globoso, panículo adiposo blando, depresible y pfnnestel limpias, afrontadas, sin sangrado, no gasto, no peristalsis. Tumo vespertino.

Cérvix central dehiscente, sangrado escaso, sondafoie, permeable, hematórica. Extremidades interiores con edema\_\_\_2mm. No se palpan pulsos dístales.

Se toman exámenes, se solicitan hemoderivados, se interconsulta, NO SE CONSIDERA RE-INTERVENIR.

9.- Con los demás anexos, acuerdos y constancias agregados a la queja 10307/2008 IV, que se encuentra radicada en la Quinta Visitaduría de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos en Jalisco.

### **ANÁLISIS MÉDICO:**

Ahora bien, haciendo un enlace lógico médico entre el material de estudio entregado analizado, la literatura médico bibliográfica, la comprobación, el análisis médico, podemos establecer que la paciente [agraviada] al presentar una urgencia obstétrica, identificada así en el expediente clínico, se presentó al hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, el 30 de julio de 2009, siendo recibida con el siguiente cuadro clínico, edema palpebral, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdominal con útero globoso por PUV, FCF: 130x´, que desciende hasta 110x´ durante la contracción y tarda en recuperar FCF: Cérvix central con 6cm dilatación y 80% de borramiento, La meconial + + +/ + +, producto en estación-1, extremidades inferiores con edema + +/ + +, ROT´S normales, resto SDP, mostrando los laboratoriales AC. Úrico: 4.8, AST: 34, ALT: 16, CREAT: 7, hb: 12.9, EGO: PROT: + 15-20 leucos por campo, arribando la **DRA. BERENICE CANDELAS DELGADO**. 4082970, al diagnóstico probable de embarazo de 39 semanas de gestación por FUM G3 C1 P1 + Preeclampsia leve + obesidad + SFA + DSP, ordenado, pasar a la paciente a cesárea de urgencia, motivo por el cual se

recaba por parte de la **DRA. SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS**, previa información del cuadro clínico tanto a la paciente [AGRAVIADA] y al [quejoso 2] la HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, como lo especifica la NORMA OFICIAL DE EXPEDIENTE CLÍNICO. Posteriormente la paciente fue vigilada por las **DRA. JOSELYN CARDONA, DRA. BERENICE CANDELAS DELGADO**. 4082970, hasta ser pasada a el área de cirugía, para la práctica de una operación cesárea de urgencia, en donde se integran como equipo de trabajo como la primer ayudante **SOLEDAD CASTAÑEDA CARDENAS y como anestesióloga SOFIA HERNANDEZ CAMPOS** la como consta en la notas clínicas agregadas al expediente clínico.

**Signos vitales:** 133/82 TA, FC 89, FR 21, tem. 35.5, Gpo. Sanguíneo o+.

**Datos de atención médica y exploración física:**

Buen estado de hidratación y coloración de piel y tegumentos. Cardiorrespiratorios si compromisos, útero grávido, PUVLCDD, FCF 136x', AU irregular, TV cervix central, blando, 4cm dilatación, 50% de borramiento, amnios integro, estación fetal -1, pelvis apta. Edema de pared y miembros pélvicos + +, Rot's normales.

En espera de exámenes de laboratorio, iniciamos conducción de TdP.

Dra. Joselyn Cardona.

**\*Nota de evolución TOCO.**

**09.45am Fecha: 30/07/09.**

**P:** Fem. 40 años G3 C1 A1(?) con embarazo de 39 semanas de gestación por FUM que ingresa con diagnóstico de Preclampsia grave.

**S:** asintomática.

**O:** buenas condiciones de hidratación y coloración de piel y tegumentos, cardiorrespiratorios, útero grávido PVMDD, FCF 138x', AU irregular, TV cérvix central, blando, 4cm. Dilatación, 50% de borramiento, amnios integro, estación fetal -1, pelvis apt. Edema de pared y miembros pélvicos + +, Rot's aumentados. Resto sin alteraciones.

**A:** se hidrató a paciente, se encuentra cifras tencionales estables. Se aplicó hidralazina 30mg VO por indicaciones de admisión. En este momento y a su ingreso no se observa ningún EGO con proteinuria, además las cifras tensionales y la ausencia de vasoespasmo descartan el diagnóstico de preeclampsia severa. Inicio conducción de TbP y continuamos en espera de exámenes de laboratorio.

**P:** vigilancia y control de TA. Conducción de TbP.

Dra. Joselyn Cardona.

**\*Nota de Evolución.**

**12:45am Fecha: 30/07/09 TA: 140/95 FC: 90x'**

**P:** Fem. 40 años C3 C1(?) con embarazo de 36 semanas de gestación por FUM que ingresa con diagnóstico de preclampsia leve + obesidad.

**S:** la paciente niega datos de vasoespasmo.

**O:** a la exploración física: paciente en mal estado general, con edema palpebral, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con útero globoso por PUV, FCF: 130x', que desciende hasta 110x' durante la contracción y

tarda en recuperar FCF. Cerviz central con 6cm dilatación y 80% de borramiento. LA meconial + + + / + + +, producto en estación -1, extremidades inferiores con edema + + / + + +, rot's normales, resto SDP.

Labs: ac. Úrico: 4.8, AST: 34, ALT: 16, creat: 7, hb: 12.9, EGO: prot. +, 15-20 leucos por campo.

Idx: con embarazo de 36 semanas de gestación por FUM G3 C1 P1+ Preclampsia leve+ obesidad + SFA + DCP.

Plan: Pasa a cesárea de urgencias.

Dra. Berenice Candelas Delgado. 4082970.

**\*Observaciones en puerperio inmediato.**

14:00 hrs. Múltiples adherentes de peritoneo visceral a parietal, no se distinguen planos ni anatomía.

**PARTOGRAMA.**

**Fecha:** 30/07/09

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

**Domicilio de la paciente:** San silvestre #3 col. 12 diciembre, Zapopan, Jal.

**Folio No:** 004389.

**Seguro Popular:** 1404108869.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Fem.

**Peso:** 71kg, **Talla:** 1.50mts. **FUM:** 29/11/08 **FPP:** 06/09/09 **IVSA:** 26 años.

**No.PS:** 10 parejas sexuales. **G 3 P1 C1**

**Motivo de consulta:** Emb + CUTTP + STU

**Antecedentes Importantes:** alérgicos --, TS--, Tabaquismo +(1 x día), APP negados.

**T/A:** 160/100. **Tem.** 36.8° **Pulso:** 98 **Resp:** 22 **conciente:** Sí.

**Primera mitad del embarazo:** refiere acufenos el mes de junio. CPN en esta unidad en 3 ocasiones.

**Segunda mitad del embarazo:** 39 SDG. Edema + + Hemorragia +. Dolor : cólico.

Contracciones x 10min: 1-2 tono útero: normal. Membranas: integras. Movimientos fetales presentes. FCF: 152x', Ritmo regular. Cérvix central, blando, borramiento 50%.

Rot's normales, niega sintomatología vasoespástica en este momento.

**Otros datos:** USG 3 julio: embarazo de 37 sdg.

**Diagnóstico:** Emb 39SDG + TBP inicial + hipertensión inducida por el embarazo. Pble: Preclampsia grave.

**Plan:** control TA—cesárea – Interrupción del embarazo.

**Método anticonceptivo solicitado:** hormonales.

Anotaciones: Dra. Joselyn Gardona: 3cm dilatación. 50% borramiento. 9:45hrs.

Dra. Berenice Candelas Delgado: LA meconial, FCF basal 130x' que desciende hasta 110x' durante la contracción y tarda en recuperar.

Pasa a cesárea 12:05hrs.

**\*Indicaciones Médicas.**

**Fecha: 30/07/09 09:10 hrs**

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

AHNO

Canalizar sol. Hartman 1000cc asar 500cc en 20min y el resto p/2hrs.

Hidralacina 50mg VO c/6hrs.

Paraclínicos, tricotomía.

TA c/hr y CGE. Pasa a labor.

Dra. Soledad Castañeda Cárdenas.

10:00hrs

Sol. Hartman 1000cc + oxitocina p/20 gotas x min. Butilhioscina 20 mg IV DU.

Dra. Joselyn.

12:45 hrs.

Sol. Hartman 1000 cc P/30 min. Ranitidina 50mg IV c/ 12grs

Metroclopramida 10mg IV c/6hrs. Vendaje de MsPs.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

**HOJA FRONTAL PARA DIAGNÓSTICOS Y OPERACIÓN QX.**

**Fecha:** 30/07/09 Obstetricia. Fem. 40<sup>a</sup>

**Nombre de la paciente:** [agraviada].

Embarazo de 39 sdg + hipertensión inducida por el embarazo. Pb: preclampsia grave. TdP inicial. Cesárea anterior.

Dra. Soledad Castañeda Cárdenas.

Puerperio inmediato, preclampsia leve, post cesárea.

Dra. Berenice Candelas Delgado.

Posteriormente a las 14:10 hrs. aún en la sala de quirófano se advierte a la paciente se encontraba conciente **como se advierte en la nota de revisión quirúrgica, con los siguientes signos vitales Fecha: 30//07/09, el Dr. Manuel Díaz Ochoa, y su equipo de trabajo advirtieron que la paciente presentó Tensión Arterial: 90/56, Frecuencia cardíaca: 112X', y Frecuencia Respiratoria de: 18,** a la exploración a ginecológica el profesionista apreció el cérvix completamente permeable y útero aumentado ligeramente por arriba de cicatriz umbilical, apreciándose sangrado transvaginal abundante por lo que se administra Lonactene, respondiendo adecuadamente consiguiendo un buen tono uterino, sin embargo el sangrado continúa por lo que se decide realizar laparotomía explorada (véase nota médica):

**Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos.**

**Nota de revisión quirúrgica.**

**14:10hrs Fecha: 30/07/09 TA: )=/56 FC: 112x' FR: 18**

Paciente de 40 años a la que se recibe en sala de quirófano que se encuentra conciente, se le realizo cesárea Kerr por preclamsia severa y SFA. Se

explora ginecológicamente apreciándose cérvix completamente permeable y útero aumentado ligeramente por arriba de cicatriz umbilical, apreciándose sangrado transvaginal abundante por lo que se administra Lonactene, respondiendo adecuadamente consiguiendo un buen tono uterino. Sin embargo el sangrado continúa por lo que se decide realizar laparotomía explorada.

**Dr. Manuel Díaz Ochoa.**

Concluido dicho evento, se advierte que el profesionista encontró sangrado proveniente de arteria uterina izquierda secundario a desgarro, el cual se reparo, con un sangrado aproximadamente de 400 ml. Dando por terminado el procedimiento Qx. Antes de pasar a la paciente al área de recuperación; se advierte por parte de enfermería el agravamiento del cuadro clínico con sangrado a chorro por lo cual la enfermera informa al encargado del servicio **Dr. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO**, mismo que en unión de su equipo de trabajo, se avoca a la atención de la Sra. [agraviada]. Realizando una tercera cirugía reparada llamada **HISTERECTOMIA**, cirugía mediante la cual el profesionista resuelve la complicación, y ante la grave complicación se hizo necesario derivar a la paciente al hospital de tercer nivel Hospital Civil Nuevo. “J.I. Menchaca, para ser vigilada en una unidad de cuidado intensivo, por ende este profesionista Sí realizó todas las acciones médicas correctas sobre el cuerpo de la paciente con el único fin de restablecer su salud, todo ello sustentando en la realización de los estudios pertinentes al caso y el manejo médico de acuerdo a las normas y procedimientos descritas en La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, los criterios y procedimientos para la prestación del servicio que informa que para el caso de una **URGENCIA OBSTÉTRICA**, el lineamiento técnico Para la Prevención, Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, la NOM-206-SSA1-2002, que describe la regulación de los servicios de salida y establecer los criterios del funcionamiento y atención en los servicios de urgencia en los establecimientos de atención medica. Una vez en la unidad médica de tercer nivel Hospital Civil Nuevo, “J.I. Menchaca, el **Intensivista**: Sergio Gómez. La ingresa, con la siguiente Historia clínica:

“...Se realizó atención Obstétrica por embarazo a término y preeclampsia leve, cesárea 13:00hrs. (se informó como procedimiento difícil, pérdida de anatomía) post. Presentó sangrado, encontrando adherencias y pelvis congelada, laceración arterial uterina izquierda, arteria ovárica derecha, se repara pero por datos de atonía uterina, se decide histerectomía subtotal, persiste sangrado total 2,200 L.

Trans Qx: se psan 2 paquetes globulares, se pasa 2,500 cristaloides, 1500\_\_\_inicio de aminas vasopresoras por inicio de choque se refiere a esta unidad. A su ingreso: T/A indetectable. Fc: 62 x min. Fr: 20 x´ T: 35°...”

A la revisión física, se advierte que la paciente esta en mal estado general de salud, palidez en piel y tegumentos. Entubada y ventilador con bolsa

autoinflable y H2O. Glasgow 3, pupilas midriáticas, sin reflejo comeala, normo reflexicas, cuello cilíndrico campos pulmonares, con mormullo vascular, presenta ruidos cardiacos rítmicos, disminuidos, sin ruidos agregados, abdomen globuloso, panículo adiposo blando, depresible y pfnestel limpias, afrontadas, sin sangrado, no gasto, no peristasis, laceración de Arteria uterina izquierda y arteria ovárica derecha. **Diagnostico que no corresponde al expediente clínico....**”...se toman exámenes, se solicitan hemoderivados, se interconsulta, **NO SE CONSIDERA RE-INTERVENENIR....**”

Como se advierte del conjunto de razonamientos médico científicos y la experiencia en la materia para arribar a las condiciones dentro de este análisis y la discusión medica, se identifico lo siguiente:

**Primero.** Se identificó a los prestadores de servicio que intervinieron en el acto medico en estudio.

**Segundo.** En este caso en estudio se valoró SI O NO los **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SIFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARNCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS,** Cumplieron con su obligación de medios, **el día 30 de julio de 2009, es decir SI O NO los DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS** actuaron correctamente dentro de los principios técnicos aplicables al caso (lex artis) y si o no dispusieron de acuerdo a su participación en los hechos de los instrumentos, materiales y recursos necesarios atendiendo las circunstancias del caso, lugar donde se prestó el servicio, y se dedicó tiempo necesario para desempeñar correctamente el mismo en la atención de [AGRAVIADA].

**Tercero.** Con base a lo anterior, se arribó a la conclusión de la existencia o la no existencia de conducta u omisiones, en el desarrollo de la actividad profesional medica de los **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HENÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS,** en la atención de la paciente y de ser posible precisar el tipo de la misma conducta desarrollada, mejor conocidas como: negligencia, impericia, dolo, lesiones, violaciones a los derechos humanos, incumplimiento de responsabilidad administrativa.

**Por lo tanto, los suscritos arribamos a la Conclusión de que:**

**La ACTUACIÓN MÉDICA** de la Dra. **EUGENIA MENDOZA GARCÍA,** fue adecuada pues su actividad médica **NO FUE LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA,** dado que ella solo cumplió cabalmente con la obligación de informar debidamente a la paciente y a su familiar del procedimiento, conforme consta con la existencia de carta de consentimiento informado debidamente llenada y firmada como lo dispone la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

Respecto a las Doctoras **SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, está acreditado que ellas solo estuvieron presente en la cesárea en su **calidad de ANESTESIÓLOGA y PRIMER AYUDANTE**, es decir ellas no realizaron el procedimiento quirúrgico génesis de esta queja por ende su actuaciones **NO FUERON LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA.**

**Por último respecto DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, su ACTUACIÓN MÉDICA NO FUE LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA;** pues es claro que el 30 de julio de 2009, realizó previo aviso de la enfermera circulante LAURA PÉREZ VÁZQUEZ, “Que la paciente presenta sangrado a chorro”, una tercera cirugía a la paciente, para revisar la cavidad presentando nuevamente sangrado abundante, encontrando útero con atonía, por lo que se decide pasar a histerectomía. Durante la histerectomía presenta sangrado de aproximadamente 1000 ml (un total de 2,200ml aproximadamente). Se le administra Aminas (Dopamina/Dobutamina/Atropina) mas Bicarbonato, se le solicitan paquetes globulares y se toma gasometría (Ph: 6.9 PcO2 38). Se observa sangrado en (ilegible) y se empaqueta paciente, se cierra por planos hasta piel y se decide traslado a 3er nivel. (Terapia Intensiva). Se deja empaquetamiento por sangrado en CAPI.

Por ende no existiendo impericia, en el actuar los **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, mismos que cuentan con el **registro médico correspondiente y consultable en el REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS. PORTAL DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA. Link.- [www.sep.gob.mx](http://www.sep.gob.mx).** Por ende están capacitados para la atención de este tipo de pacientes

No hablando negligencia, porque el manejo médico y quirúrgico de la paciente, pues fue realizado con todos los cuidados que marca la Normatividad intrahospitalaria, donde se establecen

A) Manual de Organización Especifico Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” Subdirección Médica. Consultable en **Servicios de Salud Jalisco**, Código DOM—M74—1, Fecha de emisión OCTUBRE DEL 2005, No/Fecha de revisión 001/NOVIEMBRE 2005.

B) La información científica actual relacionada con el manejo de una complicación posterior a una cesárea.

C) La **Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio que informa que para el caso de una URGENCIA OBSTÉTRICA como en el caso de la paciente su atención era prioritaria que reza así:**

“5. 1. 1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores públicos, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

D) El Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, consultable en:

PAGINA SECRETARIA DE SALUD FEDERAL PUBLIN  
**Autor:** México Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva\*,  
**Título:** Prevención, Diagnóstico and Management of Obstetric. Hemorrhagic. Techni Guideline.- **Fuente:** D. F; Secretaría de Salud; jun. 2002. 76 p. tab.  
**Localización:** MX10.1/78/D7100

No hubo imprudencia, entendiendo este concepto como la ausencia de moderación o reflexión en las acciones que se requiere para realizar un diagnóstico y tratamiento en la rama de obstetricia y ordenar su tratamiento, pues los profesionistas **DRS. SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, realizaron como ya se explicó realizaron todas las actividades inherentes a su asignación laboral en el área de admisión y quirófano de la Maternidad Esperanza López Mateos. Por lo que respecta al **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO**, una vez que el Dr. Manuel Díaz Ochoa, concluyó su laparotomía exploradora, y antes de pasar a recuperación, la paciente se agravó su cuadro clínico y el **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO**, en unión de su equipo de trabajo, atiende a la Sra. [agraviada], realizando una **tercera cirugía reparadora** denominada extracción de útero secundaria a probable perforación uterina.

Tampoco hubo inobservancia de los reglamentos, pues los profesionista **DRS. SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, pues cumplieron cabalmente con la normatividad intrahospitalaria como se desprende del expediente clínico y que son:

A) MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECIFICO HOSPITAL MATERNO INFANTIL “ESPERANZA LÓPEZ MATEOS” SUBDIRECCIÓN MÉDICA, CONSULTABLE EN **SERVICIO DE SALUD JALISCO**, CÓDIGO DOM-M74-1, FECHA DE EMISIÓN OCTUBRE DEL 2005, NO/FECHA DE REVISIÓN 001/NOVIEMBRE 2005.

B) LA NORMA OFICIAL MEXICANA **NOM.007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

**QUE INFORMA QUE PARA EL CASO DE UNA URGENCIA OBSTÉTRICA COMO EN EL CASO DE LA PACIENTE SU ATENCIÓN ERA PRIORITARIA QUE REZA ASÍ:**

“5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores públicos, social t privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la mujer y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.”

**C) EL REGLAMENTO A LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA**

**CAPITULO I**

Disposiciones generales:

Artículo 7. Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

**ATENCIÓN MÉDICA.-** El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud:

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.-** El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

**ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.-** Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya que sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

**DEMANDANTE.-** Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicio de atención médica;

**USUARIO.-** Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicio de atención médica;

**PACIENTE AMBULATORIO.-** Todo aquel usuario de servicio de atención médica que no necesite hospitalización;

**POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS.-** Las personas que tengan ingreso equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos;

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaria de la zona correspondiente, y todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

**Artículo 8.** Las actividades de atención médica son:

**PREVENTIVAS:** Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

**CURATIVAS:** Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temporal de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

**REHABILITACIÓN:** Que incluyen acciones tendientes a liminar el daño y corregir la invalidez física o mental.

**Artículo 9.** La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

**Artículo 10.** Serán considerados establecimientos para la atención médica:

Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas:

Aquellos en los que se presta atención odontológica:

Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

A) Ambulancia de cuidados intensivos;

B) Ambulancia de urgencias;

C) Ambulancia de transporte; y

D) Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría. Las unidades móviles se sujetarán a las Normas Técnicas correspondiente, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones aplicables.

**Artículo 16.** La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría.

#### **Capítulo IV**

**Artículo 69.** Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación;

Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personas para la salud y de investigación.

**Artículo 70.** Los hospitales se clasifican atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

1.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama.

Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica;

II. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personas para la salud, así como de investigación científica, y;

III.- HOSPITAL: Es el establecimiento de tercer nivel, principalmente a la investigación científica la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedad que afecten a un grupo de edad.

**Artículo 71.** Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermo, está obligado a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

**Artículo 88.** En todo hospital, de acuerdo a su grado de complejidad y poder de resolución, se integrarán las comisiones y comités señalados por la ley, los Reglamentos y las Normas Técnicas que emita la Secretaria.;

**Artículo 95.** Los hospitales deberán contar con una dotación de medicamentos para su operatividad, las veinticuatro horas del día durante todo el año.

Tampoco hubo inobservancia de los deberes a su cargo, debido a que los profesionistas en su carácter de servidores públicos y profesionales de la salud, realizaron todas las acciones médicas correctamente encaminadas a dar la información necesaria del cuadro clínico de la paciente informándole, los procedimientos para curar y estabilizar a la paciente para reintegrarle su estado de salud; **poniendo su disposición todo el conjunto procesos auxiliares de diagnóstico, personal auxiliar y médicos disponibles en el Sector Salud, con el**

**único objeto de brindarle con calidad, eficacia y humanismo un tratamiento médico que resolviera su patología ginecológica de urgencias**, situación que esta plenamente documentado en el expediente clínico por todos los profesionales y auxiliares de la salud, que la paciente [AGRAVIADA], desde que solicitó por primera ocasión la atención médica ginecológica de urgencia el **30 de julio del 2009**, en las instalaciones del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, fue atendida entre otros profesionales: por la Dra. **EUGENIA MENDOZA GARCÍA**, misma que cumplió cabalmente con la obligación de informar debidamente a la paciente y a su familiar de su diagnóstico, evolución inicial de trabajo de parto, y necesidad de internamiento, como se evidencia con la existencia del consentimiento informado mismo que esta adecuadamente llenado y firmado, mismo que es visible en actuaciones de esta queja. Respecto a la participación de las Doctoras **SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, en el evento obstétrico, esta acreditado que ellas solo estuvieron presentes en la cesárea en su calidad de **ANESTESIÓLOGA y PRIMER AYUDANTE**, es decir ellas no realizaron el procedimiento quirúrgico génesis de esta queja, por ende su actividades **NO FUERON LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA**.

**Por último respecto al DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, su ACTUACIÓN MÉDICA NO FUE LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA**; pues esta plenamente acreditado con las constancia de la queja motivo de esta pericia que el 30 de julio de 2009, realizó previo aviso de la enfermera circulante LAURA PÉREZ VÁZQUEZ, en el sentido que: “La paciente presentaba sangrado a chorro, “ tomando la determinación de realizar de urgencia una tercera cirugía, para revisar la cavidad uterina advirtiendo que la paciente presentaba nuevamente sangrado abundante encontrando a la exploración manual útero con atonía, por lo que se realiza una histerectomía urgente, en dicho procedimiento quirúrgico, se presentó sangrado de aproximadamente 1000 ml (un total de 2,200 ml aproximadamente), administrándose Aminas (Dopamina /Dobutamina/Atropina) más Bicarbonato, se le solicitan paquetes globulares y se toma gasometría (Ph: 6.9/ Pc02 38/ p02 98), se empaqueta a la paciente, dadas las graves condiciones de la paciente y ordena a Internación A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, en virtud de que esa Unidad médica no cuenta con ese servicio se solicita **REGULACIÓN y TRANSFERENCIA DE PACIENTE** a Hospital, Juan I. Menchaca.

Por lo que, haciendo en enlace lógico, médico, entre el material de estudio analizado, los comentarios médicos bibliográficos enunciados, la comprobación y análisis médico legal de la presente queja, podemos establecer que la intervención médica quirúrgica del **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO** fue necesaria y la práctica de la cirugía fue adecuada para resolver una urgencia obstétrica, como lo marca la normatividad intrahospitalaria y la información bibliográfica, por ello **NO** existe situación de impericia, negligencia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos y/o inobservancia de los deberes a su cargo, porque el manejo médico quirúrgico de la paciente, fue demostrativa de una complicación posterior a la práctica de un cesárea practicada por otros profesionistas y **respecto a las acciones de las DRAS. SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA**

**GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, no tienen intervención directa en la cirugía génesis de esta queja, ni en la segunda realizada por **Dr. Manuel Díaz Ochoa** o en tercera cirugía reparadora realizada por el primer profesionalista antes descrito.

**POR LO ANTES, DESCRITO LOS HOY ESPECIALISTA EN LA MATERIA DE GINECOLOGIA, ARRIBAN A CONCLUSIÓN DE QUE LAS ACCIONES MEDICAS DESARROLLADAS, POR LOS MÉDICOS DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS, EL 30 DE JULIO DEL 2009, SI FUERON CORRECTAS.**

#### **BIBLIOGRAFIA:**

FUNDAMENTAMOS Y JUSTIFICAMOS LA EDUCADA ACTIVIDAD MÉDICA Y QUIRURGICA QUE LOS **DRS. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, REALIZARON A LA PACIENTE [AGRAVIADA], LA INFORMACIÓN BIBLIOGEAFICAS MÁS RELEVANTES QUE HEMOS ENCONTRADO, LA CUAL TRANSCRIBIMOS TEXTUALMENTE:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO

NOM 007-SSA2-1993 PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 206-SSA1-1993 RELATIVA A LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA. MEXICO 2010.  
GOBIERNO FEDERAL. SALUD.

La perforación es una complicación potencialmente severa pero poco frecuente del aborto.

Los dos peligros principales de la perforación son la hemorragia y la lesión del contenido abdominal (perforación de vísceras hueca). Las perforaciones laterales en la región cervicoistmica son particularmente peligrosas debido a la proximidad de los vasos uterinos. Es más probable que las perforaciones del fondo del útero sean inocuas. De hecho, muchas de ellas no son ni sospechadas ni detectadas.

Si se produce una hemorragia no manejable, un hematoma en expansión o una lesión del contenido abdominal es necesaria una laparotomía inmediata, para documentar la perforación y evaluar el daño.

Grimes DA. Manejo del aborto capitulo 23. Pág. 495-518 Ginecología quirúrgica de Te Linde. Roock JA, thompson JD. Editorial médica panamericana. Octava edición. Buenos Aries Argentina. 1998.

Con base al contenido de la paciente experticia, damos contestación a las interrogantes que hoy son motivo de este dictamen y se formulan a manera de:

#### CONCLUSIONES.

**A. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA DRA. SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTA ADCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA SRA. [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?**

La participación de la **Dra. SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS**, dentro del quipo de médicos especialistas adscritos al Hospital Maternidad esperanza López Mateos, que atendió a la Sra. [agraviada] el 30 de julio de 2009, consistió exclusivamente en otorgarle a la paciente una anestesia para que le pudieran realizar la primera cirugía u operación cesárea dicha anestesia fue aplicada por la mencionada Doctora con calidad, calidez, profesionalismo y oportunidad, conforme a los lineamientos técnicos que deben observarse para la aplicación de dicha anestesia.

**B. ¿Qué DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA Dra. MARÍA EUGENIA MENDOZA GARCÍA DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ADCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA Sra. [AGRAVIADA], EL 30 DE JULIO DE 2009?**

La participación de la **Dra. Maria Eugenia Mendoza García**, dentro del equipo de médicos especialistas adscritos al Hospital Materno Esperanza López Mateos, que atendió a la Sra. [agraviada], el 30 de julio de 2009, consistió exclusivamente en fungir como ayudante en la primera cirugía denominada cesárea que se le practicó a la paciente, cabe aclarar que el Primer Ayudante, en cirugía NO tiene participación activa en la cirugía, solo apoya al cirujano como en el secado de la sangre, presenta objetos quirúrgicos, coloca los separadores, es decir solo ayudando la acción al cirujano, y dicha ayudantía fue realizada por la mencionada doctora con calidad, calidez, profesionalismo y oportunidad conforme a los lineamientos técnicos que deben observarse para la atención de una mujer embarazada que va a ser sometida a una operación cesárea.

**C. ¿QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA DRA. SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITO AL HOSPITAL MATERNO [AGRAVIADA], QUE ATENDIÓ A LA SRA. ESPERANZA MORALES BOLAÑOS EL 30 DE JULIO DE 2009?**

La participación de la **DRA. SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, dentro del equipo de médicos especialistas adscritos al Hospital Maternidad Esperanza López Mateos, que atendió a la Sra. [agraviada], el 30 de julio de 2009, consistió exclusivamente en ingresar a la paciente para su atención, informando diagnóstico, inicio de trabajo de parto y necesidad de internamiento de la paciente tanto a ella como a su pareja, mismos que firmaron el consentimiento bajo información de acuerdo a la NOM OFICIAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, NOM-168-SSA1-1998.

**D. ¿Qué DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO EN QUE CONSISTIÓ LA PARTICIPACIÓN DE DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO DENTRO DEL EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS AL HOSPITAL MATERNIDAD ESPERANZA LÓPEZ MATEOS, QUE ATENDIÓ A LA SRA. [AGRAVIADA] EL 30 DE JULIO DE 2009?**

La participación del **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO**, dentro del equipo de médicos especialistas adscritos al Hospital Maternidad Esperanza López Mateos, que atendió a la Sra. [agraviada] el 30 de julio de 2009, consistió en realizar una tercera cirugía reparadora dado el cuadro clínico de la paciente realizando todas las acciones médicas correctas sobre el cuerpo de la paciente con el único fin de restablecer su salud todo ello sustentado bajo el LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA EMORRAGIA OBSTÉTRICA, CUMPLIENDO CABALMENTE CON LA NOM 007- SSA2-1993 DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO PUERPERIO, además consistió en derivarla a un tercer nivel de atención, CONFORME A LA NOM-206-SSA1- 2002 RELATIVO A LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE ESTABLECEN LOS CRITERIOS DEL FUNCIONAMIENTO Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

**E. ¿QUE INFORMEN LOS PERITOS SI EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR PARTE DE LOS DOCTORES HÉCTOR MENDOZA UBIARCO, SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, EUGENIA MENDOZA GARCÍA, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS, A LA SRA. [AGRAVIADA] EXISTIERON SITUACIONES DE IMPERICIA, NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA E INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS Y/O INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES A SU CARGO?**

La participación del **DR. HÉCTOR MENDOZA UBIARCO**, dentro del equipo de médicos especialistas adscritos al Hospital Maternidad Esperanza López Mateos, que atendió a la Sra. [agraviada] el 30 de julio de 2009, consistió en realizar una tercera cirugía reparadora dado el cuadro clínico de la paciente realizando todas las acciones médicas correctas sobre el cuerpo de la paciente con el único fin de establecer su salud, conforme AL LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, CUMPLIENDO CABALMENTE CON LA NOM 007-SSA2-1993 DE LA APENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO, además consistió en derivarla a un tercer nivel de atención, CONFORME A LA NOM-206-SSA1-2002 RELATIVO A LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE ESTABLECEN LOS CRITERIOS DEL FUNCIONAMIENTO Y ATENCIÓN EN LOS ERVICIOS DE URGENCIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA, además por las condiciones de urgencia que la paciente presentó la operación estaba correctamente indicada, por ende se concluye que No hubo impericia, porque el profesionista es especialista en este tipo de intervenciones, no hubo negligencia, por que el procedimiento fue realizado con todos los cuidados preoperatorios y operatorios para este caso, no hubo imprudencia porque el procedimiento fue realizado con todos los cuidados preoperatorios y operatorios para este caso, no hubo inobservancia de los reglamentos porque el Dr. Cumplió cabalmente con la obligación de informar debidamente a la paciente y a su familiar del procedimientos, conforme consta en la hoja del consentimiento informado, debidamente llenada, tampoco hubo inobservancia de los deberes a su cargo, porque el Dr. Es un especialista en este tipo de operaciones, realizó el procedimiento informado debidamente a la paciente y atendiéndola en todo momento de manera correcta, realizando así todas las acciones necesarias para el caso, preoperatoriamente, durante la operación y posteriormente.

Ahora bien respecto a la **ACTUACIÓN MÉDICA** de la Dra. **EUGENIA MENDOZA GARCÍA**, fue adecuada pues su actividad médica **NO FUE LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA**. Dado que ella solo cumplió cabalmente con la obligación de informar debidamente a la paciente y a su familiar del diagnóstico, inicio de trabajo de parto y motivo de internamiento, conforme consta en la carta de consentimiento informado debidamente llenado y firmado como lo dispone la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1993, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**.

Respecto a las Doctoras **SOFÍA HERNÁNDEZ CAMPOS, SOLEDAD CASTAÑEDA CÁRDENAS**, esta acreditado que ellas solo estuvieron presentes en la cesárea en su **calidad de ANESTESIOLOGA y PRIMER AYUDANTE**, es decir ellas no realizaron el procedimiento quirúrgico génesis de esta queja, por ende sus actuaciones **NO FUERON LA CAUSA QUE MOTIVÓ LAS COMPLICACIONES POST CESÁREA**.

En base a lo antes expuesto, confrontado, discutido, concluido y fundamentado a Usted C. Quinto Comisionado de esta Comisión Estatal de Derechos Humanos le:

**PEDIMOS:**

**UNICO.-** Se nos tenga en tiempo y forma presentado debidamente desahogado el dictamen en 15 fijas útiles, protestando habernos conducido con apego a la verdad científica, lo criterios éticos y Deontológicos, que el estudio requirió, y conforme a nuestro leal saber y entender a que nos facultan nuestros estudios 19 y prácticas profesionales realizadas ex profeso, sobre la materia que hoy dictaminamos, mismo que ratificamos y reproducimos en todas y cada una de sus partes, así mismo hasta hasta el día en que aceptamos en nombramiento de peritos no conocemos a las partes involucradas, no tenemos amistad, deudas, lazos filiales, o familiares, ni me liga sociedad familiar alguna y no tenemos interés personal en el resultado de la sentencia de su juicio, además de que la intención de emitir este trabajo pericial es ilustrar y orientar a la autoridad administrativa como se desarrollaron lo hechos...

7. Oficio OF/155/2011 suscrito por el doctor Jorge Guillermo Hurtado Godínez, comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, a través del cual emitió la opinión técnica que le fue solicitada por este organismo, respecto a la atención brindada a la fallecida paciente [agraviada], por parte del personal adscrito al HMIELM y de cuyo contenido se advierte lo siguiente:

... Esta Comisión procedió a revisar el caso, llamando para tal efecto en los término de lo dispuesto por el artículo 91 C, Fracción VII de la Ley Estatal de Salud, al Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco A.C., perteneciente a la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C., debidamente registrados en la Dirección de Profesiones del Estado, quienes a través de sus respectivos Presidentes designaron a los expertos de su especialidad.

Hecha la designación de expertos propuestos por el Presidente de este organismo, esta Comisión procedió a proporcionarles el material para estudio del caso, consistente en copia de actuaciones enviadas por la Quinta Visitaduría General de la CEDHJ que contiene a su vez copia del expediente del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, a fin de que realizaran un análisis individual del caso, apoyándose en los elementos técnicos y bibliográficos correspondientes, elaborando en consecuencia un reporte con la siguiente estructura:

- I. Descripción del caso, haciendo énfasis en los hechos relacionados con su especialidad.
- II. Descripción de los actos médicos identificados en la documentación analizada.
- III. Descripción de los resultados obtenidos con los actos médicos antes descritos.
- IV. Explicación detallada de lo que según su experiencia y la literatura científica establece como el manejo adecuado para el problema de salud, motivo de la opinión solicitada.
- V. Explicación de los resultados esperados al llevar a cabo el manejo explicado en el punto anterior.
- VI. Conclusión final estableciendo una correlación entre el punto III y el punto V, así como el impacto en los resultados.

3. Una vez entregados los reportes escritos, todos los expertos son convocados a una reunión plenaria en las instalaciones de la CAMEJAL en donde se analizan todas las opiniones y se discuten todas las divergencias que en su caso se detecten hasta alcanzar una conclusión colegiada que se constituye en la Opinión Técnica de esta Comisión, que es la que se adjunta, pero en forma confidencializada.

De la misma se desprenden las siguientes:

#### CONCLUSIONES :

PRIMERA: Hubo impericia en el primer Gineco-Obstetra por su inexperiencia mostrada, ya que desde un principio debió realizar en abdomen insición media para facilitar la extracción del producto y debridación de las adherencias, además evidenció falta de habilidad quirúrgica.

SEGUNDA: Hubo imprudencia por una decisión incorrecta del Gineco-Obstetra que indicó inducto-conducción y de no programar desde un inicio la cesárea; del que intervino: por utilizar una técnica quirúrgica deficiente y por no resolución del sangrado.

TERCERO: En el segundo Gineco-Obstetra hubo impericia por no realizar desde la primera reintervención la histerectomía, ya que valoró de forma incorrecta desde el punto de vista clínico, ya que intervino con un solo objetivo: buscar y ligar vaso sangrante.

CUARTO: Consideramos una llamada de atención para las autoridades del hospital en que se intervino y a la propia SSJ para que resuelvan: en tener disponible banco de sangre o convenio de disposición inmediata de la misma, así como laboratorio y gabinete en los tres turnos y todos los días del año.

QUINTO: Así mismo consideramos que se debe reparar el daño, con responsabilidad compartida entre el médico que realizó un procedimiento no indicado (primer gineco-obstetra) y la institución que exhibe las carencias.

Esperando que la presente Opinión Técnica resulte de utilidad para los fines solicitada, hago propicia la ocasión para reiterarle mi consideración y respeto.

8. Copia simple de la reunión plenaria de los peritos médicos designados por la Camejal para la emisión de la opinión técnica solicitada por este organismo y cuyo contenido se describe a continuación:

... se llevó a cabo en la aula principal de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, la Reunión Plenaria de los Peritos Médicos designados para emisión de Opinión Técnica del Expediente 312/2010, llegando a un dictamen único, que hace suyo la CAMEJAL.

I. Descripción del caso, haciendo énfasis en los hechos relacionados con su especialidad.

Entre los antecedentes: Tuvo 5 consultas en prenatal, embarazo con alto riesgo reproductivo.

Edad 40 años, gesta 3, para 1, cesárea 1 (hace 13 años), embarazo de 39 semanas que acude a urgencias el 30 de julio de 2009 a las 9:05 hrs. con trabajo de parto, con dilatación de 4 cms., aminios íntegro, producto en cefálica, dorso izquierdo, FF 160 X', con T.A. 160/100, reporte de perfil pre-eclampsia normal, deciden inducto-conducción, como no hay avance en el T de P y aparecen signos de sufrimiento fetal, deciden operación cesárea que se realiza a las 13:30 hrs. Incisión en abdomen tipo Pfannenstiel, histeretomía segmentaria, abordaje difícil por pelvis congelada, sin complicaciones aparentes.

Una hora después sangrado transvaginal importante que requiere reintervención con Laparotomía Exploradora encontrando vaso sangrante de arteria uterina del lado izquierdo, el cual se liga (desgarro de rama arteria uterina izquierda). Continua con sangrado vaginal postcesárea, se reinterviene encontrando útero flácido infiltrado por lo que le realizan histerectomía subtotal. Presenta sangrado en capa, por lo que se practica empaquetamiento abdominal y se envía a tercer nivel a terapia intensiva donde la paciente fallece a las 23:00 hrs; sangrado aproximado de 2 200 mls.

II. Descripción de los actos médicos identificados en la documentación analizada.

Bien indicada su hospitalización de acuerdo a cifras tensionales. Hipertensión inducida por el embarazo.

Con amnio íntegro, no estaba indicada la inducto-conducción (sin documentar razones), pero al no avanzar y presentar ruptura prematura de membranas con presencia de líquido amniótico meconial y bradicardia, causa de la cesárea urgente, cuya decisión fue correcta.

Mala decisión de practicar en abdomen incisión de Pfannenstiel, cuando se trata de cirugía de urgencia, en paciente obesa y cesárea previa.

La segunda intervención bien indicada realizada en esta ocasión por incisión media para facilitar exploración abdominal. Buena decisión de empaquetamiento abdominal y envío a tercer nivel al observar sangrado en capa que muy probablemente nos está hablando de una CID.

La hemorragia obstétrica no fue diagnosticada con oportunidad, por lo que el resultado fue malo. El envío a terapia intensiva fue adecuado, aunque tardío por el deterioro que presentaba que la llevó a la muerte.

Desde un principio se debió haber realizado histerectomía.

Valoración inadecuada de los sangrados tanto en la cesárea como en la histerectomía, transfusión deficiente (dos paquetes globulares). La atención en terapia intensiva adecuada, pero no alcanzó a estabilizar a la paciente que finalmente la llevó a la muerte.

### **III. Descripción de los resultados obtenidos con los actos médicos antes descritos.**

Control prenatal fue deficiente, ya que se trataba de embarazo de alto riesgo y se debió haber transferido al tercer nivel.

Cesárea bien indicada por SFA obteniendo producto en buenas condiciones; inexperiencia (impericia) del cirujano para su realización, ya que desde un principio se debió haber hecho incisión media abdominal para facilitar la extracción del producto y debridación de las adherencias reportadas como pelvis congelada, por lo mismo no detectó con oportunidad una lesión vascular y no la reparó.

No se contaba con el recurso de sangre para la transfusión, lo que agravó en forma rápida su estado de salud.

La segunda intervención bien indicada con incisión media, aunque desde un principio se debió de haber efectuado la histerectomía. En la tercera cirugía, que fue cuando hicieron la histerectomía, buena decisión de empaquetar cavidad abdominal y enviar a tercer nivel cuando observaron sangrado en capa.

Hallazgo transoperatorio: Laceración de la arteria uterina del lado izquierdo, persiste sangrado abundante, infusión de líquidos para compensar cifras de la T.A. causando coagulación por dilución.

### **IV. Explicación detallada de lo que según su experiencia y la literatura científica establece como el manejo adecuado para el problema de salud, motivo de la opinión solicitada.**

Ante la presencia de una mujer con embarazo de alto riesgo se debe programar la intervención quirúrgica.

No existe evidencia en el expediente de haber una indicación para haber realizado la inducto-conducción de la paciente (imprudencia); el abordaje en el abdomen para hacer una cesárea de urgencia siempre se realiza con una incisión media infraumbilical para facilitar la exploración de los órganos, identificar lesiones y su manejo apropiado.

Es fundamental el contar con sangre disponible en quirófanos en cantidad suficiente durante los tres turnos.

Al concluir un evento obstétrico por vía de la operación cesárea si se presenta un sangrado de mil mls. O mayor se debe considerar que existe una hemorragia

obstétrica y se deberá apegar de inmediato a la guía de práctica clínica para evitar riesgo de deterioro y muerte.

**V. Explicación de los resultados esperados al llevar a cabo el manejo explicado en el punto anterior.**

La conducción de T de P tiene sus indicaciones muy precisas y como requisito indispensable requiere de vigilancia estrecha, por lo que es una contraindicación relativa; ya que se tornan en cesáreas de urgencias que condicionan cirugías de mucho riesgo y complicaciones.

La incisión media facilita la exploración y manejo adecuado de lesiones vasculares, órganos vecinos o complicaciones que se puedan presentar en cirugías de urgencias; el tener sangre suficiente en cantidad, siempre será un soporte importante en las resoluciones de shock hipovolémico.

Es indispensable tener el conocimiento pleno de lo que es una hemorragia obstétrica, saber como manejarla de acuerdo a las guías de práctica clínica y lineamientos de la SSA, así como contar con el servicio de medicina transfusional en la unidad.

**VI. Conclusión final estableciendo una correlación entre el punto III y el punto V, así como el impacto de los resultados.**

La inducto-conducción sin fundamento para su aplicación, por lo que el haberla realizado ocasionó complicaciones.

Origina SFA y por tanto cesárea de urgencia con el riesgo de complicaciones que implica esta clase de intervenciones.

Decisión incorrecta al practicar incisión tipo Pfannenstiel en abdomen por los antecedentes de la paciente (obesidad, cesárea previa y cirugía de urgencia), que limita la visibilidad y no le permitió al cirujano valorar en forma adecuada el campo operatorio al final de la cirugía.

Debió haber practicado histerectomía desde el inicio de la segunda cirugía ya que el sangrado transvaginal abundante ponía en evidencia atonía uterina como consecuencia del desgarro de la arteria uterina izquierda.

La decisión de histerectomía fue correcta, pero si el sangrado era significativo y no tenía sangre disponible pudieron optar por colocar un balón de Bakri para el manejo de la hemorragia, en tanto mejoraban las condiciones generales de la paciente.

El empaquetamiento abdominal adecuado al observar sangrado en capa que posiblemente ya manifestaba una CID, así como su envío a un tercer nivel.

Transfusión de dos paquetes globulares insuficientes para el tipo de hemorragia que presentaba (grado IV).

## RESOLUCIÓN Y RECOMENDACIONES

Lo que verdaderamente está a debate es ¿si existió mala praxis médica o no?, la mayoría está en que si, debido a que: hubo una técnica quirúrgica deficiente y por no disponer de la cantidad de sangre apropiada para una probable complicación.

[...] que en este hospital son resolutivos, por lo que no requiere poner: envió al tercer nivel. El no hacer todas las medidas preventivas, de hecho estaba programada para cesárea.

De haber negligencia médica, ¿De parte de quién?

Claramente vemos que fue una muerte materna prevenible y evitable, con responsabilidad: tanto médica como institucional.

Existe responsabilidad médica en este hospital, por no otorgar un buen control prenatal. Se le puede catalogar de impericia e inadvertencia, por no haber hecho todas las medidas preventivas por lo que requiere se le haga un extrañamiento.

Existe una responsabilidad institucional al ofertar servicios de obstetricia y no contar con un Banco de Sangre o al menos esa impresión dio, porque los dos paquetes que transfundieron fueron insuficientes.

Si la paciente la programan, tiene que tener como requisito previo, sus cuatro donadores de sangre.

Es fundamental el contar con sangre disponible en quirófanos en cantidad suficiente para corregir shock hipovolémico que ponga en peligro la vida de los pacientes, por lo que amerita una llamada de atención para las autoridades del hospital y la SSJ, que se deberá exigir solución este problema, lo mismo que debe contar con laboratorio y gabinete los tres turnos y todos los días.

Irregularidades en la atención médica:

Hubo impericia en el primer Gineco-Obstreta, por su inexperiencia mostrada, ya que desde un principio debió realizar en abdomen, incisión media para facilitar la extracción del producto y debridación de las adherencias, además falta de habilidad quirúrgica.

Habría que descartar negligencia: Hubo Imprudencia por una decisión incorrecta de indicar inducto-conducción, de no programar desde un inicio la cesárea (o respetar la decisión tomada con anterioridad, ya que estaba programada), por utilizar una técnica quirúrgica deficiente, por no resolución del sangrado.

En el segundo Gineco-Obstreta hubo impericia, por no realizar desde la primera reintervención histerectomía, ya que valoró de forma incorrecta desde el punto de vista clínico, entró con un solo objetivo: buscar y ligar vaso sangrante.

Otra pregunta que nos hacemos es ¿Habría que reparar el daño?

[...] partir la responsabilidad entre el médico que indica un procedimiento no indicado y la institución que exhibe las carencias.

Consideramos que sí, por lo que recomendamos a la SSJ reparar el daño...

### III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

De los antecedentes, hechos, evidencias e investigaciones practicadas por este organismo, y del análisis lógico-jurídico de los mismos, esta Comisión determinó la violación de los derechos humanos a la salud y a la vida de la señora [agraviada], con base a los siguientes razonamientos:

El señor [quejoso 2], quien señaló ser concubino de la ahora occisa la [agraviada], manifestó que a las 9:00 horas del 30 de julio de 2009 se presentaron en el HMIELM, se registraron en la libreta de control y una hora con veinte minutos después pasaron a su concubina a revisión. Posteriormente, una enfermera le entregó la ropa de Esperanza, en virtud de que ya se encontraba en trabajo de parto. Agregó que fue cerca de las 15:30 horas cuando le dijeron que ya había nacido su hija, pero que su esposa continuaba en quirófano. Señaló que aproximadamente a las 14:20 horas, el cuerpo médico, compuesto por dos mujeres y uno o dos hombres, le avisaron que su esposa había tenido complicaciones y se encontraba grave, que le habían tenido que extraer la matriz y que la mandarían a examinar para ver el motivo de su estado de salud, por lo que la estaban preparando para trasladarla al Hospital Civil Nuevo. Aclaró que cerca de las 15:00 horas salió una ambulancia de ese hospital y que regresó con una hielera que suponía traía sangre para Esperanza. Dijo que como a las 18:40 horas partió la ambulancia con su concubina hacia el Hospital Civil Nuevo, en donde a las 22:00 horas le avisaron que la [agraviada] había muerto porque la habían recibido en muy mal estado de salud. Cabe mencionar que la histerectomía que le practicaron, de acuerdo al expediente clínico, fue con su consentimiento y estampó su huella dactilar, pero sin contar con la firma de los testigos que validen su consentimiento y sin que él firmara, como legalmente procedía.

De la opinión técnica que emitió la Camejal (evidencia 7) se advierte que la primera ginecobstetra que atendió a la [agraviada] debió desde un principio realizar inscisión media en abdomen para facilitar la extracción del producto y la debridación de las adherencias.

Al respecto, se aprecia que la ginecobstetra que realizó la primer intervención quirúrgica a la señora [agraviada] fue Berenice Candelas Delgado, quien al rendir su informe de ley refirió que el día de los hechos atendió a la paciente en el área de labor de parto, la cual presentaba ruptura espontánea de membranas y salida de líquido meconial, con una frecuencia cardiaca fetal de 130 por minuto con desaceleraciones hasta de 110 por minuto, por lo que decidió intervenirla quirúrgicamente realizando una operación de cesárea. Señaló que la paciente presentó pelvis congelada, traduciendo esta patología como múltiples adherencias densas que alteran mucho la anatomía de la pelvis y ocasionan fusión de los órganos; es decir, se pegan todos los órganos convenientes en la pelvis, lo que dificultó el acto quirúrgico, ya que no se visualizaban los anexos, pero que aun así realizó la cirugía sin accidentes ni incidentes, y que al no presentar ninguna otra complicación se retiró del hospital, ya que en esos momentos la paciente no presentó ningún dato de sangrado. Agregó que posteriormente se enteró que la mujer tuvo atonía uterina y se le reintervino para controlar el sangrado (antecedentes y hechos 15 y 18).

Es importante considerar que fue acertada la decisión de la ginecobstetra de intervenir de urgencia a la paciente, tal como se señaló en la reunión plenaria de los peritos médicos en la Camejal: "... al no avanzar y presentar ruptura prematura de membranas con presencia de líquido amniótico meconial y bradicardia, causa de la cesárea urgente, cuya decisión fue correcta" pero también que el haber practicado en abdomen incisión de Pfannenstiel no fue lo mejor, ya que se trataba de una cirugía de urgencia en paciente obesa y con cesárea previa, por lo que desde un principio debió haber hecho incisión media abdominal para facilitar la extracción del producto y debridación de las adherencias reportadas como pelvis congelada, en virtud de que la incisión de Pfannenstiel debilitó la posibilidad de detectar con oportunidad la lesión vascular, y por ello, ésta no se reparó con oportunidad.

El abordaje en el abdomen para hacer una cesárea de urgencia siempre se realiza con una incisión media infraumbilical para facilitar la exploración de los órganos, identificar lesiones y su manejo apropiado. Asimismo, este tipo de incisión media facilita la exploración y el manejo adecuado de lesiones vasculares, órganos vecinos o complicaciones que se puedan presentar en cirugías de urgencias, motivo por el cual se puede establecer que la decisión de la ginecobstetra Berenice Candelas Delgado, de practicar una incisión tipo Pfannenstiel en abdomen, fue incorrecta, ya que limitó la visibilidad y no le permitió valorar en forma adecuada el campo operatorio al final de la cirugía,

además de que no consideró los antecedentes de la paciente (obesidad, cesárea previa y cirugía de urgencia).

En cuanto a la inducto-conducción ordenada a la finada [agraviada] por la doctora Joselyn Eugenia Cardona Díaz, se pudo determinar que ésta fue incorrecta. Lo anterior, de acuerdo con la opinión técnica emitida por los especialistas en la materia en reunión plenaria en la Camejal (evidencia 8), en el sentido de que al presentar la paciente amnio íntegro, no estaba indicada la inducto-conducción; además de que se debió programar a la paciente desde un inicio para cesárea considerando los antecedentes registrados, motivo por el cual se determinó que: "...hubo imprudencia por una decisión incorrecta del Gineco-Obstetra que indicó inducto-conducción y de no programar desde un inicio la cesárea..."

Así pues, del expediente clínico que se elaboró en el HMIELM se advierte que la doctora Joselyn Cardona fue quien inició la conducción de trabajo de parto (TdP), de acuerdo con la hoja de historia clínica elaborada a las 09:45 horas del 30 de julio de 2009, y en la nota de evolución, realizada en la misma fecha a las 09:55 horas (evidencias 1, incisos b y c), en las cuales se aprecia que dicha doctora anotó el inicio de conducción de TdP y que se estaba en espera de los exámenes de laboratorio.

Es importante considerar que la conducción de trabajo de parto tiene indicaciones muy precisas, y como requisito indispensable requiere de vigilancia estrecha, por lo que es una contraindicación relativa, ya que se tornan en cesáreas de urgencias que condicionan cirugías de mucho riesgo y complicaciones. Es por ello que se puede establecer que, en este caso, la inducto-conducción sin fundamento para su aplicación ocasionó complicaciones que se pudieron haber evitado si desde un inicio se hubiera programado la cesárea de la paciente, y máxime aún, si se hubieran tomado en cuenta sus antecedentes de hipertensión inducida por embarazo, probable pre-eclampsia grave y cesárea anterior, por lo que también se debió haber transferido a un hospital de tercer nivel.

Aunado a ello, la NOM-007-SSA2-199 relativa a la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la presentación del servicio", establece que la inducción del parto con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas han sido revaloradas en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil; es por eso que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados, ya que muchos de

estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones.

No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y, por ende, con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados, máxime si con ello se pueden llegar a evitar casos como éste.

Por lo que respecta a la intervención del doctor Manuel Antonio Díaz Ochoa, cabe considerar que si bien es cierto que estuvo bien indicada la segunda intervención quirúrgica por incisión media para facilitar exploración abdominal, también lo es que valoró de forma incorrecta desde el punto de vista clínico, ya que al momento de su intervención, lo hizo con el solo objetivo de buscar y ligar vaso sangrante.

En efecto, en el expediente clínico elaborado en el HMIELM (evidencia 1) se advierte la nota que suscribió el 30 de julio de 2009 a las 14:10 horas el doctor Manuel Antonio Díaz Ochoa, de cuyo contenido se observa que dicho doctor recibió consciente a la paciente en sala de quirófanos, después de una cesárea por pre-eclampsia severa y sufrimiento fetal agudo, la exploró ginecológicamente, apreciando cérvix completamente permeable y útero aumentado ligeramente por arriba de la cicatriz umbilical, apreciando sangrado transvaginal abundante, por lo que administró lonactene y consiguió un buen tono uterino, pero como continuó el sangrado, decidió realizar laparotomía exploradora. Sin embargo, se considera que desde un principio debió de haber efectuado una histerectomía, ya que el sangrado transvaginal abundante ponía en evidencia una atonía uterina como consecuencia del desgarro de la arteria uterina izquierda. Lo anterior se afirma de acuerdo con la opinión técnica que emitida por la Camejal, en donde se estableció: "... En el segundo Gineco-Obstetra hubo impericia por no realizar desde la primera reintervención la histerectomía, ya que valoró de forma incorrecta desde el punto de vista clínico, ya que intervino con un solo objetivo: buscar y ligar vaso sangrante" (evidencia 7).

Así pues, se llega a la conclusión de que la hemorragia obstétrica no fue diagnosticada con oportunidad, por lo que el resultado fue malo. Aun y cuando el envío a terapia intensiva de la [agraviada], fue el adecuado, ésta ya presentaba un gran deterioro que la llevó a la muerte.

En la tercera intervención quirúrgica llevada a cabo en la paciente [agraviada] se practicó la histerectomía, empaquetando cavidad abdominal y enviándola a un hospital de tercer nivel cuando observaron sangrado en capa, decisión correcta llevada a cabo por el doctor Héctor Mendoza Ubiarco, por lo que este organismo no realiza pronunciamiento en su contra.

De igual forma, considerando las evidencias agregadas a la queja y por lo que respecta a la actuación de la doctora Soledad Castañeda Cárdenas, se evidencia que inició el internamiento e informó a la paciente y a su familiar sobre el diagnóstico. Por su parte, las doctoras Sofía Hernández Campos y Martha Alicia López Centeno, así como el doctor Jorge Aldrete Sánchez, intervinieron en su calidad de anesthesiólogos de acuerdo al expediente clínico, por lo que se establece que su actuación no fue lo que motivó el fallecimiento de la [agraviada].

Asimismo, en cuanto a la doctora María Eugenia Mendoza García, quien intervino como ayudante en la cesárea que practicó la doctora Berenice Candelas Delgado junto con la anesthesióloga Sofía Hernández Campos y la enfermera Ángeles Moreno, tampoco se evidenció que su actuación fuera irregular.

Por lo que respecta a la manifestación del [quejoso 2], en el sentido de que la histerectomía realizada a la finada [agraviada] fue practicada con su consentimiento, pero sin la firma de los dos testigos que avalaran el mismo como legalmente se establece, esta Comisión advierte que, efectivamente, al practicar la tercera intervención quirúrgica se elaboró la carta de consentimiento bajo información (evidencia j) para llevar a cabo la histerectomía, observándose únicamente la huella dactilar de la paciente y la del cirujano. Sin embargo, es de considerarse la gravedad que para esos momentos ya presentaba la paciente previo dos cirugías, sin que el sangrado cesara, y que la histerectomía fue realizada con la única finalidad de salvarle la vida. Por ello, no es posible determinar violaciones a los derechos humanos en ese sentido, ya que dentro de las circunstancias descritas se realizó lo conducente a favor de la ahora fallecida.

No pasa desapercibido para esta Comisión la falta de recurso de sangre para la transfusión por parte del HMIELM, lo que agravó en forma rápida el estado de salud de la paciente, ya que la transfusión fue deficiente (dos paquetes globulares) para el tipo de hemorragia que presentaba (grado IV). Además, resulta fundamental contar con sangre disponible en quirófanos en cantidad suficiente durante los tres turnos, ya que contar con este recurso de manera

suficiente siempre será un soporte importante en las resoluciones de shock hipovolémico.

Concatenando todo lo anterior, resulta válido tomar en consideración el dictamen que sobre responsabilidad médica emitieron peritos médicos del IJCF (evidencia 5). No obstante que el señalamiento realizado por la doctora Berenice Candelas Delgado argumenta que dicho dictamen carecía de validez porque había sido emitido por peritos médicos que carecían de los conocimientos adecuados, éste fue robustecido con la opinión técnica que hizo llegar a este organismo la Camejal (evidencia 7); misma que fue emitida de acuerdo con los reportes que en lo individual realizaron tres médicos pertenecientes al Colegio de Ginecobstetras del Estado de Jalisco, AC, registrados ante la Dirección de Profesiones del Estado, en donde una vez analizados y discutidos dichos reportes, llegaron a una sola conclusión colegiada que constituyó la opinión que presentó la Camejal ante esta Comisión.

En consecuencia, tomando en consideración todo lo anterior, se puede establecer que hubo impericia en la actuación de los doctores Berenice Candelas Delgado y Manuel Antonio Díaz Ochoa, así como imprudencia por parte de la doctora Joselyn Eugencia Cardona Díaz, evidenciando con ello que la muerte de la señora [agraviada] era prevenible y evitable, con responsabilidad tanto médica como institucional.

Existe responsabilidad médica por aplicar una técnica quirúrgica deficiente y por la no resolución del sangrado a tiempo; e institucional, por no disponer de la cantidad de sangre apropiada para una probable complicación y ofrecer servicios de obstetricia cuando no se cuenta con banco de sangre, con lo cual se violaron los derechos humanos a la salud y a la vida de la [agraviada] y, en consecuencia, la transgresión de los siguientes ordenamientos de derecho interno e instrumentos internacionales:

## EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

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

Así pues, cabe señalar que la violación del derecho a la protección de la salud ocurre cuando se verifica una acción u omisión de los servidores públicos profesionales en medicina por deficiencia, retraso, inadecuada prestación del servicio o negligencia. Los servicios de salud deben caracterizarse por mejorar el nivel y la calidad de los servicios prestados a los usuarios mediante la obtención de una atención médica oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable, así como la prioridad en la atención de la mujer durante el embarazo.

En el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece: “... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”

Por su parte, el artículo 4º de la Constitución Política para el Estado de Jalisco establece:

Artículo 4. [...]

Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del Estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o de los que celebre o forme parte.

Asimismo, no solo en la legislación interna se reconoce este derecho, sino que su sanción también se encuentra prevista en diversos instrumentos internacionales, que, de conformidad con el artículo 133 de nuestra Carta Magna y 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco, son ley suprema de la unión y de nuestra entidad, conforme a los siguientes razonamientos:

El artículo 133 dispone:

... Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.

El pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sus tesis relativas a la jerarquía de las normas jurídicas en México, derivadas de la interpretación del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha emitido un criterio que se transcribe bajo los siguientes rubros:

## TRATADOS INTERNACIONALES. SE UBICAN JERÁRQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES FEDERALES Y EN UN SEGUNDO PLANO RESPECTO DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL

Persistentemente en la doctrina se ha formulado la interrogante respecto a la jerarquía de normas en nuestro derecho. Existe unanimidad respecto de que la Constitución Federal es la norma fundamental y que aunque en principio la expresión "... serán la Ley Suprema de toda la Unión..." parece indicar que no sólo la Carta Magna es la suprema, la objeción es superada por el hecho de que las leyes deben emanar de la Constitución y ser aprobadas por un órgano constituido, como lo es el Congreso de la Unión y de que los tratados deben estar de acuerdo con la Ley Fundamental, lo que claramente indica que sólo la Constitución es la Ley Suprema. El problema respecto a la jerarquía de las demás normas del sistema, ha encontrado en la jurisprudencia y en la doctrina distintas soluciones, entre las que destacan: supremacía del derecho federal frente al local y misma jerarquía de los dos, en sus variantes lisa y llana, y con la existencia de "leyes constitucionales", y la de que será ley suprema la que sea calificada de constitucional. No obstante, esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental y por encima del derecho federal y el local. Esta interpretación del artículo 133 constitucional, deriva de que estos compromisos internacionales son asumidos por el Estado mexicano en su conjunto y comprometen a todas sus autoridades frente a la comunidad internacional; por ello se explica que el Constituyente haya facultado al presidente de la República a suscribir los tratados internacionales en su calidad de jefe de Estado y, de la misma manera, el Senado interviene como representante de la voluntad de las entidades federativas y, por medio de su ratificación, obliga a sus autoridades. Otro aspecto importante para considerar esta jerarquía de los tratados, es la relativa a que en esta materia no existe limitación competencial entre la Federación y las entidades federativas, esto es, no se toma en cuenta la competencia federal o local del contenido del tratado, sino que por mandato expreso del propio artículo 133 el presidente de la República y el Senado pueden obligar al Estado mexicano en cualquier materia, independientemente de que para otros efectos ésta sea competencia de las entidades federativas. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación del artículo 133 lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía en virtud de lo dispuesto en el artículo 124 de la Ley Fundamental, el cual ordena que las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados. No se pierde de vista que en su anterior conformación, este Máximo Tribunal había adoptado una posición diversa en la tesis P. C/92, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, número 60, correspondiente a diciembre de 1992, página 27, de rubro: LEYES FEDERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES. TIENEN LA MISMA JERARQUÍA NORMATIVA; sin embargo, este Tribunal Pleno considera oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados incluso frente al derecho federal.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tesis aislada P. LXXVII/99, novena época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación* y su Gaceta, X, noviembre de 1999, página 46.

TRATADOS INTERNACIONALES. SON PARTE INTEGRANTE DE LA LEY SUPREMA DE LA UNIÓN Y SE UBICAN JERÁRQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES GENERALES, FEDERALES Y LOCALES. INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 133 CONSTITUCIONAL. La interpretación sistemática del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos permite identificar la existencia de un orden jurídico superior, de carácter nacional, integrado por la Constitución Federal, los tratados internacionales y las leyes generales. Asimismo, a partir de dicha interpretación, armonizada con los principios de derecho internacional dispersos en el texto constitucional, así como con las normas y premisas fundamentales de esa rama del derecho, se concluye que los tratados internacionales se ubican jerárquicamente abajo de la Constitución Federal y por encima de las leyes generales, federales y locales, en la medida en que el Estado Mexicano al suscribirlos, de conformidad con lo dispuesto en la Convención de Viena Sobre el Derecho de los Tratados entre los Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales y, además, atendiendo al principio fundamental de derecho internacional consuetudinario *pacta sunt servanda*, contrae libremente obligaciones frente a la comunidad internacional que no pueden ser desconocidas invocando normas de derecho interno y cuyo incumplimiento supone, por lo demás, una responsabilidad de carácter internacional.<sup>2</sup>

En consecuencia, la interpretación del artículo 133 constitucional lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía, en virtud del artículo 124 de la Ley Fundamental, que ordena: “Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.” No se pierde de vista que en su anterior integración, ese máximo tribunal había adoptado una posición distinta, en el rubro que dice: “Leyes federales y tratados internacionales, tienen la misma jerarquía.”<sup>3</sup> Sin embargo, el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación consideró oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados internacionales frente al derecho federal y local.

A las interpretaciones y argumentaciones anteriores habría que agregar el análisis del artículo 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco, que complementa y clarifica la recepción y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en el ámbito interno, ya que de manera literal reconoce como parte del catálogo de derechos los contenidos en los diversos instrumentos internacionales que el gobierno federal haya suscrito y ratificado.

---

<sup>2</sup> Tesis aislada P. IX/2007, novena época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, número XXV, abril de 2007, página 6.

<sup>3</sup> Tesis aislada P. C/92, octava época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, número 60, diciembre de 1992, página 27.

Encontramos entonces que el derecho a la salud encuentra su fundamentación en acuerdos y tratados internacionales, como los siguientes:

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, el 10 de diciembre de 1948:

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador, adoptado por la OEA el 17 de noviembre de 1988, aprobado por el Senado mexicano el 12 de diciembre de 1995:

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

La Ley General de Salud, en sus artículos 2º, fracciones I, II y V; 27, fracciones III y IV; 33, fracción II, y 51, establece al respecto:

Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana [...] V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población...

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son: [...] II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno...

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, señala en sus numerales 8º, fracción II; 48 y 235, lo siguiente:

Artículo 8º. Las actividades de atención médica son: [...] II. Curativas: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos.

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 235. El acto u omisión contrario a los preceptos de este Reglamento y a las disposiciones que de él emanen, podrá ser objeto de orientación y educación de los infractores independientemente de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes.

Respecto a la Ley Estatal de Salud, los artículos que se dejan de observar son similares a las disposiciones de la Ley General de Salud ya analizados:

Artículo 2º. Son finalidades de la presente ley: [...] V. El acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.

Artículo 86. Son servicios públicos a la población en general, los que se proporcionen en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado, que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratitud, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los prestadores de servicios públicos de salud cumplirán, en la atención de los usuarios, con los criterios de calidad y oportunidad que se establecen en las Normas Oficiales Mexicanas.

Artículo 93. Los usuarios tienen derecho a obtener servicios de salud con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable.

Asimismo, los funcionarios involucrados, no observaron lo que establece el artículo 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, que refiere:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones:

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

## DERECHO A LA VIDA

No obstante que el término derecho a la vida no se encuentra expresado textualmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es importante señalar que el término “vida” aparece en nuestra Carta Magna por lo menos siete ocasiones en los diversos artículos: 2º, 3º, 6º, 7º, 27, 41, 123 y 130, por lo que la Suprema Corte de Justicia de la Nación lo ha identificado como un derecho humano preeminente.

La comunidad debe tratar los derechos humanos en forma global de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos la misma importancia, lo que nos lleva a considerar, de acuerdo con las doctrinas nacional e internacional, el derecho a la vida no como un derecho absoluto, sino como un elemento sin cuya existencia no tiene cabida ningún otro. Es la prerrogativa que tiene todo ser humano de disfrutar del ciclo que inicia con la concepción y termina con la muerte, sin que sea interrumpido por algún agente externo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, que dispone: “Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, el 2 de mayo de 1948, que prevé: “Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la integridad de su persona.”

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, en vigor el 3 de enero de 1976, con vinculación de México el 23 de marzo de 1981, en su artículo 6.1 dice: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José),

adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en vigor el 18 de julio de 1978, aprobada por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980; ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, dispone: “Artículo. 4.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

Los anteriores instrumentos internacionales son válidos como fuentes del derecho de nuestro país en tanto que este es integrante de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, respectivamente. Además, los tratados internacionales son ley suprema de la Unión, tal como se establece en el artículo 133 de nuestra Carta Magna, que al efecto señala:

Esta constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán Ley Suprema en toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, las leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los Estados.

## REPARACIÓN DEL DAÑO

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias fatales que en este caso se dieron, como fue la muerte de la señora [agraviada 2], merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad. Es una forma de enmendar simbólicamente una omisión atribuida a servidores públicos y un reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona.

La justa reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos, y exigirla a las autoridades es una facultad otorgada a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos en el artículo 73 de la Ley que la rige, que refiere:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de

recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, establece la creación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), cuya jurisdicción ha sido igualmente aceptada por nuestro país a partir de 1998. Dicho organismo tiene como funciones: “63.1... Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...”

La CIDH es el órgano autorizado por la propia convención para realizar estudios y jurisprudencias sobre los derechos que esta última garantiza. Por ello, su interpretación jurisprudencial de los casos puestos a su consideración es una referencia obligatoria para México como Estado miembro de la OEA, que ha reconocido la jurisdicción de la Corte para la resolución de asuntos análogos en los que se hayan sentado precedentes.

En uso de sus facultades, la Corte ha dictado los siguientes criterios:

Respecto de la obligación de reparar el daño, es conveniente invocar el punto 25 de la obra *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II, Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law American University, Washington, 1998, que dice:

Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado, incluso una concepción general de derecho, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo.

En su punto 44 asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos, como por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etcétera. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado, invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada. Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional...

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 reza:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El *desideratum* es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como sucede en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

El punto 16 menciona:

Por no ser posible la *restitutio in integrum* en caso de violación al derecho a la vida, resulta necesario buscar formas sustitutivas de reparación a favor de los familiares y dependientes de las víctimas, como la indemnización pecuniaria. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios sufridos, y como esta Corte ha expresado anteriormente, éstos comprenden tanto el daño material como el moral.

En cuanto a los elementos constitutivos de la indemnización, el punto 50 refiere:

Se ha expresado anteriormente que en lo que hace al derecho a la vida no resulta posible devolver su goce a las víctimas. En estos casos, la reparación ha de asumir otras formas substitutivas, como la indemnización pecuniaria. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios materiales sufridos. La jurisprudencia arbitral considera que, según un principio general de derecho, éstos comprenden tanto el daño emergente como el lucro cesante. [...] También, la indemnización debe incluir el daño moral sufrido por las víctimas. Así lo ha decidido la Corte Permanente de Justicia Internacional.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87: “En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños, y para la del daño moral ha recurrido a los principios de equidad.”

En cuanto a los titulares o beneficiarios de la indemnización (víctimas), sostiene el punto 38: “La Corte ha expresado en casos anteriores que la indemnización que se debe pagar por haber sido alguien arbitrariamente privado de su vida, es un derecho que corresponde a quienes resultan directamente perjudicados por ese hecho.”

El deber de sancionar a los responsables es tema del punto 61: “Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables, esa es una obligación que corresponde al Estado siempre que haya ocurrido una violación de los derechos humanos, y esa obligación debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.”

Del criterio de las resoluciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se puede citar la sentencia del 20 de enero de 1999, caso Suárez Rosero-Reparaciones (artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos):

#### V. Obligación de reparar.

40. En materia de reparaciones es aplicable el artículo 63.1 de la Convención Americana, el cual recoge uno de los principios fundamentales del derecho internacional general, reiteradamente desarrollado por la jurisprudencia [...]. Al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge responsabilidad internacional de éste por la violación de una norma internacional, con el consecuente deber de reparación.

41. La reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum*, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras).

42. La obligación de reparación establecida por los tribunales internacionales se rige, como universalmente ha sido aceptado, por el derecho internacional en todos sus aspectos, su alcance, su naturaleza, sus modalidades y la determinación de los beneficiarios, nada de lo cual puede ser modificado por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

La reparación de las consecuencias de la medida o de las situaciones que ha configurado la vulneración de derechos, se exponen en los puntos 5 y 10 del mismo *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, que dicen:

5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes. No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se adapte a las condiciones prevalecientes al interior de cada país, por cuanto debe, a *contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estado Partes.

10. El incumplimiento de las obligaciones convencionales, como se sabe, compromete la responsabilidad internacional del Estado, por actos u omisiones, sea del Poder Ejecutivo, sea del Legislativo, sea del Judicial. En suma, las obligaciones internacionales de protección, que en su amplio alcance vinculan conjuntamente todos los poderes del Estado, comprenden las que se dirigen a cada uno de los derechos protegidos, así como las obligaciones generales adicionales de respetar y garantizar estos últimos, y de adecuar el derecho interno a las normas convencionales de protección tomadas conjuntamente...

El deber de indemnizar se fundamenta, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, proclamada por la Asamblea General de la ONU el 29 de noviembre de 1985, que señala en los puntos 4 y 11:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados...

Asimismo, la reparación del daño se fundamenta en el principio general de buena fe al que deben apegarse todos los actos de autoridad, en congruencia

con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El principio de “reserva de actuación”, mediante el cual el Estado puede hacer sólo lo que la ley le marque, no puede ser invocado en este caso para ceñirse estrictamente o limitarse a lo que la legislación estatal refiere. En este sentido, es la voluntad del Estado mexicano de reconocer en los términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la competencia contenciosa de la CIDH, que lo obliga a aceptar la interpretación que de los artículos de la Convención haga dicho órgano.

Debe señalarse que en la actualidad los estados democráticos se han preocupado porque exista la obligación de cada institución de responder ante la sociedad y ante los individuos por los actos u omisiones de quienes en nombre de ella actúan y que ocasionan violaciones de derechos humanos, como en este caso, independientemente de su posible responsabilidad administrativa, civil o penal; tan es así, que el Congreso de la Unión, el 14 de junio de 2002, publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto sin número que modificó la denominación del título cuarto, y adicionó un segundo párrafo al artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que entró en vigor el 1 de enero de 2004, para quedar de la siguiente manera:

Título cuarto. De las responsabilidades de los servidores públicos y patrimonial del Estado.

[...]

Artículo 113 ... La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

En tanto que la Constitución Política del Estado de Jalisco, en su artículo 107 bis, dispone:

La responsabilidad del Estado y de los municipios por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, causen a los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una

indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

En consecuencia, el Congreso del Estado de Jalisco, mediante decreto 20089, expidió la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios, aprobada el 20 de agosto de 2003 y publicada el 11 de septiembre de 2003, con vigencia desde el 1 de enero de 2004.

Dicha ley regula en esencia la responsabilidad objetiva y directa del Estado en los daños que cause por su actividad administrativa irregular en los bienes o derechos de los particulares, quienes podrán exigir una indemnización conforme lo establece el citado ordenamiento en sus artículos 1º, 2º, fracciones I y II; 4º, 5º, 7º, 8º, 11, fracciones I, incisos a y b, y II; 12, 13, 14, 16, 19 y 20.

En el presente caso se evidenció que no se le otorgó la atención médica oportuna y adecuada que requería la señora [agraviada], lo que finalmente derivó en su fallecimiento, por lo que ante dicha actividad administrativa irregular, corresponde al Estado indemnizar de manera directa y objetiva por los daños y perjuicios causados.

Lo anterior se sustenta además en la teoría de reparación del daño al proyecto de vida por violaciones de derechos humanos, desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su sentencia del 27 de noviembre de 1998, al resolver el caso Loayza Tamayo, y que en los puntos 147, 148, 150 y 151 establece:

147. Por lo que respecta a la reclamación de daño al “proyecto de vida”, conviene manifestar que este concepto ha sido materia de análisis por parte de la doctrina y la jurisprudencia recientes. Se trata de una noción distinta del “daño emergente” y el “lucro cesante”. Ciertamente no corresponde a la afectación patrimonial derivada inmediata y directamente de los hechos, como sucede en el “daño emergente”. Por lo que hace al “lucro cesante”, corresponde señalar que mientras éste se refiere en forma exclusiva a la pérdida de ingresos económicos futuros, que es posible cuantificar a partir de ciertos indicadores mensurables y objetivos, el denominado “proyecto de vida” atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas.

148. El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si

carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte.

150. En tal virtud, es razonable afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado, y por ende alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.

151. Por todo ello, es perfectamente admisible la pretensión de que se repare, en la medida posible y con los medios adecuados para ello, la pérdida de opciones por parte de la víctima, causada por el hecho ilícito. De esta manera la reparación se acerca más aún a la situación deseable, que satisface las exigencias de la justicia: plena atención a los perjuicios causados ilícitamente, o bien, puesto en otros términos, se aproxima al ideal de la *restitutio in integrum*.

Es preciso señalar que conforme al artículo 133 constitucional, los tratados que se citaron obligan y tienen jerarquía después de lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, la legislación común no puede esgrimirse de ninguna forma a favor de que se evada lo preceptuado en un tratado internacional por la violación de derechos humanos, como en el caso acontece, sino al contrario, debe ser cubierta dicha reparación como un acto de reconocimiento y respeto a los derechos humanos. Se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que el Gobierno del Estado debe tener frente a los pacientes de las instituciones públicas que operan con patrimonio otorgado por el Estado, cuando se les causan daños o perjuicios con motivo de una omisión por parte de sus funcionarios, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La indemnización deberá cubrirse con independencia de la reparación del daño derivada de resoluciones de carácter jurisdiccional.

Conforme a los criterios expuestos, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos considera obligado el pago de la reparación del daño, en forma directa y objetiva, por parte de la Secretaría de Salud Jalisco, a favor de los hijos de la finada Esperanza Morales Bolaños. El daño material deberá cubrirse de conformidad con los artículos 2º, 161, 1387, 1390 y 1396 del Código Civil del Estado de Jalisco, en relación con los artículos 500 y 502 de la Ley Federal del Trabajo; el daño moral, según los artículos 24, 25, 26, 28, fracción I; 34, 1391 y 1393 del código antes citado, deberá corresponder por lo menos a un tanto igual a la indemnización que por concepto de daño material se le otorgue.

El más elemental sentido de justicia ordena, cada vez con mayor fuerza, que la administración pública se responsabilice, al igual que los particulares, por los daños que cause. Una administración pública que asume sus responsabilidades es un ente público que merece confianza.

El fin último del Estado es el bien común, y no podrá alcanzarlo si no acepta reparar los daños y perjuicios ocasionados por sus agentes. No puede decirse con propiedad que se vive en un Estado de derecho si éste deja de admitir sus responsabilidades derivadas de su relación con sus administrados.

#### IV. CONCLUSIONES

Los doctores Berenice Candelas Delgado, Joselyn Eugenia Cardona Díaz y Manuel Antonio Díaz Ochoa violaron los derechos humanos a la salud y a la vida de la finada [agraviada], por lo que esta Comisión dicta las siguientes:

#### Recomendaciones.

Al doctor Alfonso Petersen Farah, secretario de Salud y director del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, se le recomienda:

Primera. Lleve a cabo las acciones necesarias a fin de que la Secretaría que representa pague a favor de los hijos de la finada [agraviada], la reparación de los daños y perjuicios que fueron ocasionados por el actuar irregular de los médicos Berenice Candelas Delgado, Joselyn Eugenia Cardona Díaz y Manuel Antonio Díaz Ochoa. Lo anterior, de forma objetiva y directa, como un acto de reconocimiento, atención y verdadera preocupación por las

víctimas de violaciones de derechos humanos ocasionadas por los servidores públicos citados, con independencia de la indemnización que deba cubrirse derivada de resoluciones de carácter jurisdiccional.

Segunda. Ordene a quien corresponda que inicie, tramite y concluya, en los términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado, procedimiento administrativo en contra de los médicos Berenice Candelas Delgado, Joselyn Eugenia Cardona Díaz y Manuel Antonio Díaz Ochoa, por los hechos cometidos en agravio de la finada [agraviada], en el que se considere lo actuado y observado por esta Comisión.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver sobre la probable responsabilidad de los servidores públicos por violaciones de los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y se deja de cumplir con los fines de la aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser ejemplares, inhibitorias y educativas.

Tercera. Se realicen las acciones que estime pertinentes para que se establezca la urgencia de que el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos cuente con banco de sangre o Convenio de Disposición Inmediata de la misma, así como laboratorio de gabinete en los tres turnos y todos los días del año.

#### Petición

Aunque no es una autoridad directamente responsable, al licenciado Tomás Coronado Olmos, procurador general de Justicia del Estado, se le pide que instruya al agente del Ministerio Público que corresponda para que inicie, integre y resuelva una averiguación previa contra los médicos Berenice Candelas Delgado, Manuel Antonio Díaz Ochoa y Joselyn Eugenia Cardona Díaz, y en caso de que se acrediten los elementos constitutivos de delito, ejercite acción penal.

Esta Recomendación pretende fomentar una cobertura de servicios médicos completa y especializada, para brindar a la ciudadanía un servicio de calidad y con calidez.

Las anteriores recomendaciones son públicas y serán difundidas por los medios de comunicación, de acuerdo con los artículos 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, 76, 77 y 78 de la Ley de la Comisión y 104 de su Reglamento Interior, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que cuenta con un término de diez días hábiles, contados a partir de la notificación correspondiente, para que informe a este organismo si fue aceptada o no; en caso afirmativo, esta Comisión únicamente quedará en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los siguientes quince días hábiles a la fecha de aceptación.

Atentamente

Maestro Felipe de Jesús Álvarez Cibrián  
Presidente

Ésta es la última página correspondiente a la versión pública de la recomendación 22/2011, la cual consta de 91 fojas, que firma el Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.