

Recomendación 45/2012
Guadalajara, Jalisco, 30 de noviembre de 2012
Asunto: violación del derecho a la protección de la salud,
por imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.
Queja 5765/2011-IV

Doctor José Antonio Muñoz Serrano
Secretario de Salud y director general del organismo público
descentralizado Servicios de Salud Jalisco.

Síntesis

El día [...] del mes [...] del año [...], una señora acudió a la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal para recibir atención médica por trabajo de parto, en donde fue revisada y se encontró su presión arterial normal y frecuencia cardiaca fetal de 139 latidos por minuto. Al no encontrarse en trabajo de parto activo, le informaron los signos de alarma y se le dejó cita abierta a urgencias. Ella regresó a las [...] horas del mismo día porque presentaba contracciones y sangrando, pero tuvo que esperar varias horas para ser atendida, ya que un médico le dijo que tendría que esperar su turno, no obstante que (quejoso) insistió en su atención. Cuando se le atendió, se encontró con que la bebé ya estaba muerta, al no encontrársele frecuencia cardiaca fetal, y la paciente, por su parte, presentaba hipertensión que se agravó hasta preclampsia severa.

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; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4º; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75, 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 5765/11-IV, por la posible violación de su derecho a la protección de la salud, atribuida a personal médico de la Unidad Especializada de Atención Obstétrica y Neonatal, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El día [...] del mes [...] del año [...] compareció ante esta Comisión el (quejoso), quien presentó queja a su favor y de (agraviada), en contra de personal de la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal

(UEAON), conocido como Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud Jalisco, con base en los siguientes hechos:

... mi (agraviada) estaba esperando a nuestro primer hijo, y el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las [...] horas, acudimos al Hospital de la Mujer, al área de maternidad, para que la atendieran a ella, pues [...] presentaba muchas contracciones de parto, la anoté en el libro de registro de pacientes, y no la atendieron sino hasta aproximadamente a las [...] horas; cuando llegamos a dicho hospital mi hija todavía se movía mucho, a las [...] horas de ayer todavía se movía mucho la niña y mi pareja presentaba ya sangrado y le salía mucho líquido en sus partes íntimas, les dije a las enfermeras del lugar y a un doctor que estaba ahí que mi pareja estaba sangrando, y lo que me contestó el médico fue: “¿Dónde está tu (agraviada)?, yo no veo que esté sangrando, si estuviera sangrando, estuviera escurrida en sangre, así es que espérate hasta que les toque”. Luego se retiró, estuve insistiendo de que revisaran a (agraviada) y a la niña, pero no lo hicieron sino hasta aproximadamente las [...] horas, la metieron a revisión y a los minutos salió una enfermera a hablarme para darme la noticia de la siguiente manera: “lamentablemente unos viven y otros mueren, y al tuyo le tocó morir, fírmame esta hoja, si la quieres firmar, si no, llévatela y haz lo que tú quieras”, pues le dije que no quería firmar, en eso me dijo que yo sabía, les dije que esto no se iba a quedar así, el médico me dijo que si lo estaba amenazando, para él tomar sus represalias también, y luego de esto me sacaron de la oficina del doctor que me atendió. Considero que esto fue una negligencia médica, pues no atendieron a mi pareja y al producto que llevaba en tiempo, pues si la hayan atendido cuando les dije que estaba sangrando y saliéndole mucho líquido, quizás se hubiera salvado nuestra niña, quizás a estas horas le estén practicando el legrado...

2. El día [...] del mes [...] del año [...], un médico y un psicólogo de esta Comisión acudieron al Hospital de la Mujer, en donde se entrevistaron con el doctor (...), subdirector médico de dicho nosocomio, quien les informó que como a las [...] horas de ese día fue trasladada (agraviada) al Hospital General de Occidente (HGO), por la gravedad de su estado de salud, con diagnóstico de preclampsia severa (presión alta), y que por ese motivo no se le había practicado la cesárea respectiva.

3. A las [...] horas de la misma fecha, un visitador adjunto de guardia de esta Comisión se comunicó por teléfono al área de toco-cirugía del HGO, en donde fue atendido por quien dijo ser la doctora (...), quien le informó que (agraviada) se encontraba en el área de terapia intensiva, y que su estado era grave porque ingresó con una complicación grave de embarazo (síndrome de hellp) y presión alta. También refirió que se le practicó cesárea de urgencia, debido al cuadro clínico que presentaba, con óbito fetal.

4. El día [...] del mes [...] del año [...], la coordinadora de guardia de esta Comisión se comunicó por teléfono al área de toco-cirugía del HGO, en donde fue atendida por quien dijo ser la médica (...), a quien preguntó sobre el estado

de salud de (agraviada). Al respecto, le informó que la paciente presentaba mejoría, pero que aún se encontraba en terapia intensiva y que todavía no era conveniente entrevistarla.

5. El día [...] del mes [...] del año [...], un visitador adjunto de esta Comisión se comunicó por teléfono al área de Trabajo Social del HGO, en donde fue atendido por el licenciado (...), quien le informó que (agraviada) se encontraba en la cama [...] del área de Tococirugía, y que su estado de salud aún era delicado.

6. El día [...] del mes [...] del año [...], un visitador adjunto de este organismo se comunicó por teléfono con el subdirector médico del HGO, quien le informó que (agraviada) presentaba cierta mejoría; que permanecería en terapia y que al día siguiente sería valorada para su posible traslado a piso.

7. El día [...] del mes [...] del año [...], un visitador adjunto de esta Comisión se trasladó al HGO, en donde entrevistó a la (agraviada), quien ratificó la queja y agregó:

Que cuando llegué al hospital de la Mujer el día [...] del mes [...], aproximadamente a las [...] horas, fue porque estaba sangrando mucho. Quiero aclarar que ese mismo día ya había ido a dicho hospital aproximadamente a las [...] horas, ya que tenía contracciones cada cinco minutos aproximadamente, pero en el área de maternidad una persona que dijo ser doctora; no me dijo su nombre, me revisó y me regresó a mi casa porque dijo que necesitaba que sangrara o se reventara la fuente y que ya no se moviera el bebé. Por lo antes mencionado fue que cuando vi que sangraba de forma abundante por mi vagina, me trasladé aproximadamente a las [...] horas del día antes mencionado y en el área de maternidad fui atendida por una persona que dijo ser doctor y no me dio su nombre. Aclaro que tardaron en atenderme y por ello (quejoso) le insistió en que me atendiera, ya que le dijo a (quejoso) que una mujer cuando está sangrando es porque ya llegó hasta el piso, y no me atendería hasta que viera que estaba la sangre en el piso. Hasta aproximadamente las [...] horas del día antes mencionado fue que dicha persona me atendió, pero lo hizo molesto y me dijo que aún no me tocaba. Luego de que me pasara a un cuarto, me hizo un eco y me dijo: “Ya está muerto el bebé” y le habló a (quejoso) y le dijo la noticia. Cuando se me dio la noticia que mi bebé murió, se me subió la presión. El doctor dijo: “Ah, ¿quieres que la sigamos atendiendo aquí? o llévatela a otro lado.” Le mostró unas hojas y le dijo: “Fírmale aquí”. (Quejoso) no aceptó y le pidió que dice: me atendiera y que no me dejaran al bebé adentro. Me llevaron a una habitación donde estuve toda la noche y con la presión muy alta y no se me apoyó para que se me bajara. Por la [...] del día [...] del mes [...], una doctora me vio y ordenó que se me trasladara adonde me encuentro, donde dice: “Desde que ingresé se me controló la presión y el mismo día ingresé a cirugía y por medio de parto normal salió mi bebé, me siento mejor de salud.” Si viera a los médicos que hicieron la mala práctica desde luego que los reconocería...

8. Mediante acuerdo del día [...] del mes [...] del año [...] se admitió la queja y se requirió a los médicos Jesús Ochoa Rodríguez, (...) y (...), así como a las enfermeras que participaron en la atención de (agraviada) en la UEAON para que rindieran su informe sobre los hechos. En el mismo acuerdo se solicitó la colaboración de los doctores (...) y (...), director general del HGO y directora de la UEAON, respectivamente, para que remitieran copia certificada de los expedientes clínicos relativos a la atención médica que se hubiese otorgado a dicha paciente en los nosocomios a su cargo.

9. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el doctor (...), director general del HGO, mediante el cual remitió copia certificada del expediente clínico de (agraviada), con registro hospitalario [...]. En la misma fecha se recibió el oficio [...], signado por la doctora (...), directora de dicha unidad, al que anexó copia certificada del expediente clínico [...] que se formó en ese nosocomio con motivo de la atención que se otorgó a la referida paciente.

10. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibieron en esta Comisión los informes de los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la queja, todos pertenecientes a la UEAON.

a) Al respecto, el médico gineco-obstetra Jesús Ochoa Rodríguez manifestó lo siguiente:

... la atención brindada a la paciente arriba mencionada, la cual conocí en la sala de espera, cuando salí a dar información a familiares de otra paciente. En ese momento se acercó a mí una persona, diciendo que su mujer estaba sangrando y que requería atención urgente. Le pregunté cuál era su paciente y nos acercamos a ella, la observé y vi, clínicamente, no estaba sangrando, entonces le dije, “su (agraviada) no está sangrando y como tengo varias pacientes que llegaron antes que ustedes y quizá con mayor urgencias, por lo que tendrán que esperar su turno”.

Y continué otorgando la consulta y llegando el turno a la paciente, se le toman signos vitales en el momento de su ingreso y se le realiza interrogatorio, encontramos hipertensión de 160/100, enseguida paso a la paciente a camilla de revisión, procedo a revisar al feto, encuentro con altura uterina acorde para edad gestacional, con presentación cefálica y un centímetro de dilatación, Tarnier negativo y sin sangrado.

Después inicio auscultación con fetone y no encuentro sonidos del latido cardiaco, paso a realizar ultrasonido y corroboro por este medio la falta de movimiento del músculo cardiaco, y entonces llamo a otro compañero para corroborar mi diagnóstico, para luego confirmarlo a la paciente. Motivo por el cual paso a la paciente a labor para:

Primero, controlar la presión arterial y realizar dx. Laboratorial.

Segundo, valorar el riesgo materno y la inductoconducción del trabajo de parto.

Pasando la paciente para su atención y cuidados a otros médicos y posteriormente a mí cuando terminó mi horario de consulta. En la labor y con resultados de laboratorio, encontramos alteraciones de la glucosa, siendo esta alta, y se continúa con la conducción del trabajo parto y en el cambio de turno se entrega a los compañeros del turno matutino. Dejando información por escrito a la subdirección...

b) La médica (...), informó:

... El día [...] del mes [...] del año [...], como de costumbre, llegué a la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal del Hospital de la Mujer (U.E.A.O.N) a las [...] horas, momento en el que checo mi llegada para posteriormente pasar al área de hospitalización para realizar el pase de visita, durante la guardia de 12 horas. Somos 3 gine-cobstetras, los cuales nos dividimos la atención obstétrica por 4 horas, cada uno. Terminando el pase de visita bajé a labor, encontré varias pacientes en trabajo de parto, pero en ese momento ninguna para pasar de inmediato, pasé a admisión obstétrica, y como vi que había muchas pacientes apoyé un poco al Dr. Jesús Ochoa y valoré 3 pacientes, pero tuve que meterme a quirófano para la atención de pacientes, ya que me tocaba estar en quirófano, atendí varios eventos, un parto a las [...] paciente: (...) fue el nacimiento, y realicé la papelería, en cuanto a expediente de dicha paciente; al terminar valoré otra paciente, de la cual interrumpí su embarazo vía abdominal (cesárea) (paciente: (...)) el nacimiento fue a la [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...], terminando el procedimiento quirúrgico aprox. a la [...], al concluir dichos procedimientos salgo a labor para ver que pacientes habían de nuevo ingreso, encontrando que ingresó la (agraviada) de [...] años, quien ingresó a las [...], según vi en el expediente, al valorar su estado hemodinámico y signos vitales que estaban siendo monitorizados c/30 minutos y me encontré registros con cifras tensionales sumamente elevadas, con reportes hasta de 183/127mm/Hg., la paciente había ingresado como [...] de [...] años, gesta 1, con embarazo de término, más óbito fetal, más hipertensión inducida por el embarazo; al observar esas cifras tensionales, la reclasifico a Pre eclampsia grave, ya que se encontraba con datos de vasoespasmo (vómito) cuando yo la estaba revisando, por lo que decidí iniciar manejo con normotensores, inicié a las [...] con vía oral a dosis máximas hidralazina 50mg. vía oral c/6 horas alfametildopa 50mg. vía oral c/8 horas, y le expliqué a la paciente que se encontraba con cifras tensionales muy elevadas, que era necesario aplicarle medicamento intravenoso para el control de su presión, y le expliqué también que tenía que aplicar un medicamento para protección acerca del riesgo de crisis convulsivas (sulfato de magnesio) y que tendría que ponerle una sonda Foley urinaria, para control de su función renal; la paciente me preguntó por qué no le hacíamos una cesárea, así que le expliqué que en este momento no era posible realizarle una interrupción vía abdominal, por las cifras tensionales elevadas y el riesgo de complicaciones por su estado en ese momento, le expliqué que si la presión arterial disminuía, por el bienestar de su futuro obstétrico era mejor intentar un parto normal, y que se tomarían más exámenes para valorar su evolución y que no hubiera deterioro posterior de su estado hemodinámico, y que de verse alguna otra alteración entonces

se determinaría si era necesario realizar interrupción vía abdominal. Este manejo fue indicado por mí a las [...]; al persistir vómito, inicié manejo con hidralazina intravenosa aplicándole el primer bolo de 5mg a las [...], se tomó presión arterial a las [...], encontrándola aún en 183/127 mm/Hg. Aplico segundo bolo de hidralazina a las [...], tomando presión arterial a las [...], disminuyendo levemente a 150/108 mm/Hg. Se aplicó un tercer bolo de hidralazina presión arterial posterior 150/98 mm/hg. La (agraviada) me preguntaba cada que le aplicábamos medicamento intravenoso, qué era y para qué se le aplicaba, y yo personalmente le expliqué que era medicamento para bajar su presión arterial, ya que se encontraba vomitando y no podíamos darle medicamento vía oral.

En ese momento me entregan los exámenes de laboratorio, los cuales se reportaron con alteraciones, biometría hemática con Hemoglobina de 13.1 (normal), Hematocrito 35.1 (normal), Plaquetas 145 mil (ligeramente bajas), tiempos de coagulación normales, pruebas de función hepática, TGO 67 (alta), TGP 38 GGT 12 (NORMAL), Fosfatasa Alcalina 520 (alta), Deshidrogenasa Láctica 804 (alta).

Química sanguínea. Glucosa de 116 mg/dl (alta), Urea 31 (normal), Creatinina .5 (normal), ácido úrico 7.7 (alto); quedó pendiente recabar el examen general de orina.

Al ver el reporte de esa glucosa con las horas de ayuno que refirió la paciente, se le comentó que muy probablemente podría haber presentado intolerancia a los carbohidratos o diabetes gestacional. Y le expliqué que aunque no se podía llegar a un diagnóstico definitivo en ese momento, hasta realizar posteriormente una curva de tolerancia a la glucosa. Se le preguntó a la paciente si durante su control prenatal había presentado alguna alteración en su presión arterial, refiriendo que no, y le expliqué a la paciente que si ella ya había presentado cifras tensionales elevadas y glicemias elevadas, pudieran ser razones que la llevaron al estado en el que se encontró su bebé al momento de la revisión.

A las [...] de la mañana me toca entregar a la paciente, y le comento al Dr. (...) que la paciente persiste con cifras tensionales altas, pero que apliqué bolos de hidralazina para que esté al pendiente de la presión arterial y de que se recaben el resto de los exámenes (examen general de orina y fibrinógeno), para posteriormente determinar la mejor vía de interrupción del embarazo para la paciente, o de mostrar deterioro su envío a tercer nivel. Ya que era mi turno de estar en admisión obstétrica.

A las [...] horas indico se le tome a la paciente nuevo perfil toxémico.

A las [...] a.m. hago entrega verbal de la paciente al Dr. (...), quien le comento el manejo administrado y el estado de la paciente, ya entregándola con presión arterial diastólica de 98 mm/Hg. Y que está pendiente recabar un nuevo perfil toxémico para valorar evolución y normar conducta posterior, ya que la presión arterial se encontraba en 150/98 mm/hg...

c) La médica ginecoobstetra (...) informó:

... Se presentó en el Hospital de la Mujer la (agraviada) ante la suscrita, aproximadamente a las [...] horas, refiriendo contracciones uterinas y desecho vaginal, al interrogatorio directo negó antecedentes heredo familiares, cirugías, alergias, y desconocer su grupo sanguíneo, así como también informó que su última menstruación fue el día [...] del mes [...] del año [...].

Procedí a diagnosticar conforme su dicho que tenía un embarazo de 39 semanas con un día, haciendo la exploración física en la que le encontré:

- a) Tensión arterial de 120/80
- b) Frecuencia cardiaca fetal de 139 latidos por minuto (misma que escuchó la hoy quejosa)
- c) Sin actividad uterina palpable
- d) Al tacto vaginal, cervix posterior cerrado, blando, no pérdidas transvaginales.

Le informé que aún no presentaba trabajo de parto, ni tampoco criterios para su hospitalización, haciendo de su conocimiento los datos de alarma, consistentes en: De presentarse un sangrado mayor a una regla, salida de líquido transvaginal (como si se hubiese orinado, pero sin olor de esta), dolor de cabeza, zumbido de oídos, contracciones dolorosas, así como en el caso de que el bebé no se moviera, acudiera inmediatamente al hospital, dejando abierta la cita a urgencias. Por lo que le reiteré si me había entendido estos datos de alarma y con toda seguridad me contestó afirmativamente, con lo cual concluí mi intervención...

d) La auxiliar de enfermería (...) manifestó lo siguiente:

... siendo el día [...] del mes [...] del año [...], recibo a la (agraviada) en el área de admisión, siendo una primigesta de término, se toma signos vitales, se encuentra hipertensa, se dispone a hospitalizarla, se checa la frecuencia del bebé y no se encuentra, se verifica antes de dar un diagnóstico, pero desafortunadamente se confirma que el bebé ya estaba obitado, se llena documentación y pasa al área de labor...

e) La enfermera (...) expuso:

... informándole la atención que se le dio a la (agraviada) el día [...] del mes [...] del año [...], en turno [...] en el servicio de labor de la Unidad Especializada de Atención Obstétrica y Neonatal, U.E.A.O.N. Brindándole los cuidados generales de enfermería, tomándole signos vitales, con toma de tensión arterial cada hora, administración de medicamentos indicados, vigilancia estrecha por la preclampsia severa con edema generalizado, dos venoclisis y sonda Foley permeables, se vigila su estado neurológico y general de la paciente hasta ser trasladada a otra unidad...

f) La pasante de enfermería (...) informó:

... El día [...] del mes [...] del año [...], en el área de labor del Hospital de la Mujer, (...) recibo junto con mi compañera (...) a la (agraviada), a quien se le tomaron signos

vitales, obteniendo una T/A de 152/111, F/C 84, F/R 24 y temp. 36.5, se canaliza en vena periférica, tomando laboratoriales, asimismo se le aplicaron medicamentos indicados por el Dr. Jesús Ochoa, dichas indicaciones era estar registrando T/A cada 30 min. A las [...] am, al no bajar la presión arterial se le colocó una sonda Foley, se le brindaron los cuidados generales de enfermería, al platicar con la paciente refería estar molesta, por lo sucedido...

11. Mediante acuerdo del día [...] del mes [...] del año [...] se ordenó la apertura del periodo probatorio en el expediente de queja, a fin de que los quejosos y los servidores públicos involucrados pudieran aportar las evidencias que estimaran pertinentes.

12. El día [...] del mes [...] del año [...] compareció ante esta Comisión la (agraviada), quien manifestó lo siguiente:

... Aclaro que sólo puedo realizar manifestaciones de los informes de los doctores Jesús Ochoa Rodríguez, (...) y (...), respecto del primero señalo que no es cierto lo que narra en su informe, pues no nos dijo que tenía a más pacientes, sólo mencionó: “Yo no la veo que esté sangrando, una mujer cuando se va a aliviar es porque ya hay sangre en el piso y a ella no la veo sangrando”, después dijo: “Esperen su turno”, y se metió. Y volví a contestar las preguntas que me hizo la persona que estaba en el cubículo de recepción, no obstante que ya había realizado ese trámite ese mismo día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las [...] de la [...], ya que me había dicho la doctora que me atendió que ya me pasaran directamente, sin el papeleo. Tampoco es cierto que pasé al consultorio hasta que me tocó el turno, ya que una enfermera me vio y me pasó, porque (quejoso) estuvo insistiendo para que me checaran. Pero al llegar con el doctor Ochoa, dijo que no me tocaba todavía, que por qué me había pasado, le expliqué que estaba sangrando mucho y que ya no aguantaba, para demostrárselo me bajé el pantalón porque escurría la sangre por mis piernas, pero me dijo no se baje nada y suba a la camilla; su actitud era de molestia. Después de revisarme, al no escuchar el latido del corazón de mi bebé, sólo dijo: “Ay, hija, ya está muerta.” Sin ninguna consideración. Después de eso, es cierto que le mandó llamar a otro doctor para constatar el fallecimiento de mi bebé. Aclaro que cuando llegué al consultorio no me tomaron la presión, fue hasta después que me dieron la fatal noticia, que provocó que se me subiera la presión. Después me preguntó quién venía conmigo, le contesté, y pasaron a (quejoso), le dio la noticia, diciéndole: “El corazón del bebé ya no late, ya está muerto y desafortunadamente unos viven y otros mueren.” Y le dio unos papeles, le dijo: “Firma aquí si quieres que la atendamos o llévatela a otro lado”. (Quejoso) le contestó: “¿Cómo? Si yo le decía que la checara... eso no se va a quedar así”, y el médico le contestó que sí lo estaba amenazando. Después me pasaron a hospitalizar, y durante toda la noche solo me revisó una vez y a las demás pacientes varias veces. Respecto al

informe de la doctora (...), es cierto lo que informa, y a esa hora todo estaba bien, mi bebé y mi presión, incluso me hizo un ecosonograma y salió bien. Me dijo que en cuanto se me reventara la fuente o estuviera sangrando o ya no sintiera que mi bebé se estuviera moviendo acudiera de inmediato, porque tenía cita abierta y para que ya no hiciera el papeleo, pero cuando regresé ya estaba otra persona en el área de admisión y se realizó todo el trámite otra vez. Finalmente, del informe rendido por la doctora (...), es cierto lo que menciona en su informe y no deseo realizar manifestaciones. Del resto de los informes no puedo realizar manifestaciones, porque ya no recuerdo lo que pasó.

II. EVIDENCIAS

1. Parte médico de lesiones elaborado el día [...] del mes [...] del año [...], relativo (agraviada), signado por la doctora (...), adscrita al área médica de esta Comisión, en el que se asentó lo siguiente:

Tengo frente a mí [...] de edad igual o aparente a cronológica, conciente, tranquila, en posición decúbito dorsal (acostada sobre una cama para hospital), postura y actitud libremente encogida, complexión [...] con ligera palidez de piel y tegumentos, al igual mucosas; orientada en sus tres esferas (tiempo, espacio y persona), cooperadora al interrogatorio y a la exploración, coherente y congruente en su discurso.

Se encuentra canalizada en dorso de mano derecha, con solución salina, también presenta colocación de sonda de Foley con bolsa recolectora para drenaje urinario, además de vendaje en ambos miembros pélvicos.

Presenta múltiples equimosis localizados en pliegue y antebrazo cara anterior y dorso de mano, todos de lado izq., por punción para su atención médica.

Presenta abdomen globoso a expensas de panículo adiposo y por proceso evolutivo en remisión de su embarazo.

2. Copia certificada del expediente clínico [...], integrado en la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal, relativo a la (agraviada), del que destacan las siguientes constancias:

a) Formato de Historia Clínica Obstetricia, elaborada el día [...] del mes [...] del año [...].

4. HISTORIA CLÍNICA OBSTETRICIA

Interrogatorio Directo No Si Quien: _____ FECHA DIA [...]MES[...]AÑO[...]
HORA [...]

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE _____ (Agraviada) . EDO. CIVIL _____ [...].
FECHA DE NACIMIENTO [...] EDAD [...] SEXO [...] OCUPACIÓN [...].

DOMICILIO _____

MOTIVO DE CONSULTA	EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO
Contracciones _____ Desecho Vaginal _____	_____ _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
NEG. _____ HOSPITALIZACIONES PREVIAS SI NO ESPECIFICAR _____ ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI NO ESPECIFICAR _____ MEDICAMENTOS SI NO ESPECIFICAR _____	ALERGIAS NEG. GPO SANG. _____ _____ _____ _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

MENARCA [...] AÑOS, CON CICLOS REGULARES SI * NO RITMO IRREGULAR FUM [...] FPP [...] IVSA [...] años No. PAREJAS SEXUALES [...] G 1 P A C
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA O COMPLICACIONES EN EMBARAZOS PREVIOS _____
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN PREVIA _____ ÚLTIMO PAP _____

Signos Vitales	Datos sobre la Atención Médica y Exploración Física			
TA: 120/80	FC: _____	FR: _____	Temp.: _____	Gpo, Sanguíneo: _____
FCF 139 x', PUVLCDD, actividad uterina no palpable, al tacto cervix posterior blando cerrado				
Exámenes de laboratorio y/o Auxiliares de Diagnostico	Emb. 39.1 SDG x FUM DATOS DE ALARMA, CITA ABIERTA A URG.			

Dra. (...)

SEGUIMIENTO _____ FECHA _____ HORA _____

SEGUIMIENTO _____ FECHA _____ HORA _____

b) Formato de hoja de hospitalización:

NOMBRE: (agraviada)

Edad cumplida al ingreso [...], sexo [...], residencia habitual localidad Jalisco

Derecho habiente: Seguro [...]

Expediente [...]

Ingreso [...]

Procedencia: urgencias

Afecciones tratadas (diagnósticos finales al egreso, afección principal emb. de término

Óbito fetal, primera vez 1

Procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos:

1.- Revisión, hospitalizar

c) Formato de partograma apartado 5, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

NOMBRE (agraviada) Sexo [...] Edad [...]					
Servicio Obst Fecha Ingreso día [...] mes [...] año [...] Cama [...] No. REG [...]					
ANTECEDENTES:					
FUM día [...] mes [...] año [...] FPP día [...] mes [...] año [...] SEMANAS DE AMENORREA 39.2 EDEMA NO HEMORRAGIA NO.					
LLEVO CONTROL PRENATAL NO () SI (<input checked="" type="checkbox"/>) Cuantas Consultas [...] Donde Centro de Salud					
EMBARAZO UNICO (<input checked="" type="checkbox"/>)		GEMELA ()	MULTIPLE ()	CUANTOS	
EXPLORACIÓN OBSTETRICA:					
ACTIVIDAD UTERINA: CONTRACCIONES X 10 MIN 2-3 TONO UTERINO NC					
SITUACION DE EMBARAZO:					
LONGITUDINAL (<input checked="" type="checkbox"/>) TRANSVERSO () OBLICUO () DORSO ANTERIOR () POSTERIOR ()					
CEFALICO (<input checked="" type="checkbox"/>) PELVICO () PODALICO () CARA () COMPUESTO ()					
F.C.F 0 X MIN. NOMRAL () ANORMAL (X) RITMO . INTENSIDAD + () ++ ()					
POSTERIOR (X) CENTRAL () ANTERIOR () LATERAL ()					
RESISTENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BLANDO () LONGITUD: 3 CMS () 2 CMS (<input checked="" type="checkbox"/>) 1 CM () CON DESGARRO					
MEMBRANAS INTEGRAS (<input checked="" type="checkbox"/>) ROTAS () HRS DE EVOLUCIÓN _____ DIAS DE EVOLUCION					
ASPECTO DEL LIQUIDO AMNIOTICO _____					
DIAGNOSTICOS:					
1.- Embarazo de 39.2 s/a					
2.- Óbito Fetal					
OBSERVACIONES:					
Pasar a Labor _____					
NOMBRE, FIRMA Y DGP DEL MÉDICO:					
Dr. Jesús Ochoa Rodríguez					
Ginecología y Obstetricia					

d) Formato de partograma apartado 5b, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

FACTORES DE RIESGO 24 a G1 N 39.2 %																								
MEMBRANAS <u>Integras</u> TRABAJO DE PARTO AL INGRESO NO (/) SI () HORAS _____																								
DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO																								
FECHA		día [...] mes [...] año [...]																						
HORA		...] a.n. ...] a.n.																						
FRECUENCIA CARDIACA FETAL X MINUTO	160																							
	140																							
	120																							
	100																							
	-80																							
DILATACION EN CENTIMETROS	10																							
	9																							
	8																							
	7																							
	6																							
	5																							
	4																							
	3																							
AMNIOTOMIA:	2																							
SI ()	1																							
NO ()	0																							
Liquido:																								
VARIEDAD POSICION		cef																						
Hrs. en T. de P.		1	0.3	2	0.3	3	0.3	4	0.3	5	0.3	6	0.3	7	0.3	8	0.3	9	0.3	#	0.3	#	0.3	#
Constracciones en 10 min.																								
Uso de Oxitocina mU/ml																								
Bloqueo Analgesia																								
T.A.:																								
F.C. o Pulso																								
Temperatura																								
PELVIS	SUPERIOR	S	MEDIO	S	INFERIOR	S	S= Suficiente L= Limite R= Reduccion																	
INDICACIONES																								
conduccion																								
NOMBRE DEL MÉDICO Dr. Jesús Ochoa Rodríguez Ginecología y Obstetricia U de G.																								

e) Formato de la hoja de vigilancia estrecha, del turno [...]:

HOJA DE VIGILANCIA ESTRECHA										
FECHA		SERVICIO			REGISTRO					[...]
NOMBRE DEL PACIENTE				(agraviada)			EDAD			[...]
DIAGNOSTICO		Producto [...]								CAMA
FECHA	HORA	T.A.	PULSO	RESPIRACION	TEMPERATURA	DIURESIS	MEDICAMENTO	INFUSION	OBSERVACIONES	
	[...]	152/111								
	[...]	a. 157/114								
	[...]	a. 183/127								
	[...]	a. 150/108								
	[...]	a. 147/110								
	[...]	a. 147/110								
	[...]	a. 145/94								
	[...]	a. 139/91								
	[...]	a. 138/90								
	[...]	a. 139/85								
	[...]	a. 146/90								
	[...]	a. 66/101								
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA										
TURNO MATUTINO					COORDINADORA T. MAT.					
TURNO VESPERTINO					COORDINADORA T. VESP.					
TURNO NOCTURNO					COORDINADORA T. NOCT.					
JORNADA ACUMULADA					COORDINADORA T. J. A.					

f) Formato del registro de enfermería al ingreso, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...].

Nombre: (agraviada). Edad [...] a

Diagnóstico: producto obitado SDH término Fecha día [...] del mes [...] del año [...]

SIGNOS VITALES T/A 160/100 FC: 84 FR 20 TEMP 36

ADMISIÓN

Ingresa paciente primigesta, óbito de término, sin frecuencia, brindo bata, colocó brazalete de identificación, tiene sangrado transvaginal, sin salida de líquido meconial, presente, ropa seca.

Enfermera Aux. de enf (...) / (...)

SIGNOS VITALES T/A 152/111 F/C84 FR 24 TEMP 36.5

Muestras LABORATORIO BH QS TP TTP Gpo RH

LABOR

Recibo paciente de Emb término con un óbito, conciente, intranquila, con T/A de 152/111, se canaliza en vena periférica y se toman laboratoriales, se mantiene en observación.

Toma de T/A c/30 min, la paciente se muestra molesta y refiere que en la tarde su bebé estaba vivo con sangrado trasvaginal abundante, se revisa por médico de guardia y colocación de sonda foley 02:05, resto del turno estable se canaliza doble vía y se toman laboratoriales.

Enfermera (...) / (...)

Pasa al sig. turno [...]

MEDICAMENTOS (VÍA DOSIS HORA)

-Sol Glucos 5% 500 co

500+ 5vi oxitocina

10 gotas x´

-Hidralazina 50mg vo c/

-metildopa 500 mg vo c/

-sol. Glucosa 5% 250 ml

Y ámpulas de sulfato M de P/7 hora 2

+ sol. Ht 1000 +8 amp. p/8 2.30 en BI

*hidralazina 5mg IV 2:20

*Metoclopramida 10 mg IV

+Ranitidina 50 mg

g) Formato de registro de enfermería al ingreso, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

NOMBRE (agraviada). Edad [...]ª

Diagnóstico: óbito Fetal. Fecha día [...] del mes [...] del año [...]

Enfermera

SIGNOS VITALES T/A 7:30 146/90 F/C 26 FR 24 TEMP 37

LABOR [...]

Muestras LABORATORIO BH

LABOR

Recibo paciente conciente refiere tener vértigo, y cólico abdominal leve por el trabajo de parto obitado, presenta edema facial, hipertensa, se mantiene con doble vía y sonda Foley permeable. Se mantiene en vigilancia estrecha. Se pasa a trasladarla al Zoquipan [...]

MEDICAMENTOS (VIA DOSIS HORA)

4 SOL. Ht. 1000 + sodio de Oxi + 15gx 7

Sol. Hartman 1000 cu

Pvp 8:35

Enfermera (...)

Técnico en Enfermería.

h) Formato de evolución clínica, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

Nota evolutiva

Día [...] del mes [...] del año [...]

[...]

Fem de 24ª, G1 con embarazo de término y óbito fetal. Ingreso con Dx. de Help con TA muy elevada, por lo que se reclasifica como preclampsia grave con vómito.

TA 183/127, cardiorresp sdp, abdomen globoso, útero grávido con actividad uterina regular al tacto, cervix con extremidades ROTS normales

Día [...] del mes [...] del año [...] [...]

1er bolo hidralazina 5mg

TA/83/127

Día [...] del mes [...] del año [...] [...]

2 bolo hidralazina 5mg

TA 150/108

Paciente con exámenes de laboratorio BH HD 13, HT 0 35% PLT 145, TP y TPT normal, PFH TGO .67 TGP 38, GGT 12, FA 520 (alta), LDH 804, OS GLVC 1 16 URFA, CREAT .5, ácido úrico 7 (alto), pendiente EGO.

EGO con protenuria de 586 mg/dl Glucosa 118 mg/dl

i) Formato de indicaciones médicas, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

Día [...] del mes [...] del año [...]

[...]

1.- Glucosada 5% 1000cc

500 cc p/hidratar

500 cc + 5VI oxitocina para

a 10 gotas X 1

- 2.- Perfil Toxémico con EGO
- 3.- T/A c/30 minutos
- 4.- Vigilar STV
- 5.-

Dr. Jesús Ochoa Rodríguez

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]

- 1) Hidralazina 50mg vo c/6 horas
- 2) Metildopa 500 mg vo c/8 horas

Dra. (...).

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]

- 1) Sol. Gluc 5% 250 ml
+ 4 ámpulas de Sulfato de Magnesio para 1 hora
- 2) Sol. Hartman 1000/cc + 8 ámpulas de Sulfato de Magnesio pasa en bomba de infusión a 25 ml por hora.
- 3) Foley permeable

Dra. (...).
Ginecología y Obstetricia

j) Formato de hoja de indicaciones médicas, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]

Indicaciones
Especificar dosis, vía y periodicidad
Nombre, firma DGP del médico

- 1) Hidralazina diluir 1 amp. de 20mg en 20 ml de solución y pasar 5mg IV en bolo directo.
Checar TA a los 15 min y reportar
- 2) Metoclopramina 10 mg IV c/8 horas
- 3) Ranitidina 50mg IV c/12 horas

Dra. (...).
Ginecología y Obstetricia

5:00 Sol HT 1000 CC IV + 50/ oxitocina a 15 gotas x min
7:20
Solicito:

Glucosa control
PCR
USG
Fibrinógeno

Dr. Jesús Ochoa Rodríguez
Ginecología y Obstetricia.

k) Formato de las anotaciones de Trabajo Social:

Nombre (agraviada), sexo [...], edad [...]
Servicio Obstetricia. Fecha ingreso día [...] del mes [...] del año [...]

Fecha/Hora
Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]

Anotaciones de Trabajo Social

Afiliada al Seguro Popular con el N° [...], es originaria de [...], municipio de Zapopan, refiere que es su primer embarazo, con estudios de secundaria, se dedica al hogar, niega adicción a sustancias tóxicas, vive en [...] con (quejoso), de oficio obrero con ingresos de \$1200.00 semanales, dice vivir en casa de familiares compartida y con todos los servicios básicos, reconoce no ser alérgica a ningún medicamento, se dice católica, desconoce su tipo de sangre.
TS O Rubio

l) Formato del Sistema de Transferencia de la (agraviada), elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

IMPRESIÓN (DIAGNÓSTICA) Emb. 39.2 SDG + Óbito Fetal + HI		URGENTE: ^a SI NO	
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	HELLP HOSPITAL ZOQUIPAN	ESPECIALIDAD O SERVICIO (VER GUIA DE REFERENCIA): <u>Obst</u>	
		No. DE CONTROL:	
		URGENTE: ^a SI NO	
NOMBRE: (agraviada)			
NÚMERO DE EXPEDIENTE: [...]		EDAD: [...]	SEXO: [...]
UNIDAD QUE REFIERE: <u>UEAON</u>			
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:			
<u>Hospital</u>		NOMBRE <u>Zoquipan</u>	
MOTIVO DE LA REFERENCIA: RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO:			
G1 PtE presenta TA elevados tx con impregnación 4 gr Sulfato de Mg y Sostén con 8 gr en Sol a 125 ml/hrs Hidralazina y Alfamitildofa dosis altas, Hidralazina IV 2 bolos 5mg., <u>Laboratoriales</u>			
SIGNOS VITALES			
PRESIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA
150/100	36 ° C	22 x´	88 x´

3. Copia certificada del expediente clínico con número de registro [...], integrado en el HGO, relativo a (agraviada), del que destacan las siguientes constancias:

a) Formato de las notas de historia clínica e ingreso, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

FECHA Y HORA: día [...] del mes [...] del año [...] [...] horas.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: (agraviada). EDAD: [...] años. SEXO: [...]. RELIGIÓN: [...]. OCUPACIÓN: [...]. CIVIL: [...] ESCOLARIDAD: [...] ORIGINARIO: [...], Jalisco. RESIDENTE: [...], Jalisco. DERECHOHABIENTE: Seg. Popular.

MOTIVO DE CONSULTA

(...) 36 horas previas a su ingreso.

EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO

Por medio del interrogatorio mixto realizado al paciente y a su hija comentan que su padecimiento actual 36 horas previas a su ingresos, con dolor tipo trabajo de parto por lo cual acude a revisión hace 24 horas previas a su ingreso al Hospital de la Mujer, donde la revisan y la envían a casa con datos de alarma a las 12 horas previas a su ingreso,

acude nuevamente donde le comentan al revisarla que tiene obitado el producto por lo cual la ingresan y la trasladan a nuestro hospital.

A su llegada al hospital se documenta TA elevada 140/90mmhg la manejan con hidralaxina, así como alfa metildopa. Sulfato de magnesio 10 amp en 920ml sol salina. Se induce trabajo de parto y se pasa a terapia intensiva.

A su llegada a terapia se encuentra paciente la cual se refiere con visión borrosa niega más sintomatología.

Al interrogatorio dirigido.-

Generales.- niega fiebre, astenia, adinamia, pérdida de peso o más datos de interés

Neurológico.- comenta visión borrosa de 12 horas de evolución, cefalea leve. Niegan más datos neurológicos síncope, convulsiones, delirio o más datos de importancia para el padecimiento actual.

Cardiovascular.- Niegan precordalgia palpitaciones, disnea de medianos o pequeños esfuerzos, ortopnea, sí refiere edema de miembros pélvico.

Pulmonar.- niegan tos crónica, disnea, hemoptisis, dolor pleurítico, cianosis o más datos de enfermedad activa.

Gastrointestinal.- niega náuseas, vómitos, reflujos, pirosis o más datos de interés

Genitourinario.- comenta 3 a 4 micciones diarias, niega disuria hematuria.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Comenta padre con has con dx a sus [...] años

Niega carga genética para más enfermedades crónicodegenerativas, neoplásticas o autoinmunes.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo (-)

Exposición a biomasa (-)

Alcoholismo (-)

Vive en casa propia, la cual cuenta con todos los servicios básicos (agua, luz, gas, drenaje),

Hacinamiento (-)

Zoonosis denegada. Desconoce esquema de vacunación. COMBE negativo.

Desconoce tipo de sangre.

b) Formato de antecedentes personales patológicos, realizado a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...]:

Preguntados y negados

Menarca a 10 años, ciclos irregulares G1 P0 A0 C9

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 110/70, FC 75, FR 18, Temp 37, Dxtx 180

A la inspección se encuentra paciente [...] de edad acorde a la cronológica, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 (04 V5 M6), Pupilas isocóricas, normorrefléxicas, pares craneales con disminución de la agudeza visual, no se puede

realizar punta nariz, ni romberg por falta de cooperación, ROTS ++/++++, FM ligeramente disminuida en 4 extremidades 4 de 5, babinski y sucedáneos, faringe ligeramente hiperémica, amígdalas grado 2. Cuello cilíndrico, móvil, sin rigidez a la movilización del mismo, con tráquea central, con IY grado I sin RHY, no adenopatías, no se palpa tiroides, ni se ausculta soplos carotídeos, Tórax normolíneo con amplexión y amplexación simétrica 2 al, Campos pulmonares bien ventilados, con murmullo vesicular adecuado, sin presencia de estertores no crépitos o sibilancias, percusión claro pulmonar, no íntegra síndromes pleuropulmonar, área cardíaca arrítmica, FC 88 lpm no soplos, frote o galope, sin más ruidos o agregados. A la inspección de abdomen se observa blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, no se palpan megaleas, RsPs disminuidos en frecuencia e intensidad. Extremidades con presencia de edema bimalleolar y con pulsos periféricos presentes, temperatura eutérmica. Llenado capilar de 2 segundos

RESULTADOS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE

BH. HB 10.6, Hto 29% leucos 29 neutros 88%, plq 68 mil.

EGO. Ph 5 densidad 1.020 prot 500 cetonas 50 eritrocitos numerosos leucos 3 a 5 por campo

ES Na 133 K 4.3, Cloro 106 Mg 5.6 Ca 8.3 P 4

QS. Urea 32 BUN 15Cr 1.5 albúmina de 2.6 ast 70 alt 6 dhl 1602

PLAN

Se suspende magnesio, se deja nifedipino, soluciones isotónicas a 80ml/hora., se valora la función renal con controles y diuresis, vigilancia neurológica, de no recuperar se sugiere estudio de imagen.

Diuresis horaria, TA horaria controles cada hora Y PRN DX.TX. Horarios.

Dr. Juan Alberto Rodríguez, jefe del Servicio de Medicina Interna.

Dr. Velasco, residente de segundo año de Medicina Interna DGP 5758955

c) Formato de hoja frontal para diagnósticos y operaciones quirúrgicas, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...] horas

- 1.- G1
- 2.- Embarazo de 39.2 SDG x Fum
- 3.- Sx HELLP
- 4.- Oligohidramnios severo IP4
- 5.- Óbito fetal
- 6.- Trabajo de parto activo
- 7.- APEC H.1

Dr. (...)

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]

G1 P1
Parto único eutócico vaginal
Puerperio fisiológico complicado pos Sx. Hellp
Óbito
Episiotomía de 2° grado

Dr. (...) / Dra. (...)

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]
Alta por mejoría
Dr. (...) Dra. (...)

d) Formato de nota de ingreso a Toco-cirugía, elaborada el día [...] del mes [...] del año [...]:

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...]
NOTA DE INGRESO A TOCOCIRUGÍA

Se trata de paciente [...] de [...] años de edad, G1 con embarazo de 39.2 SDG x FUM + SX. HELLP + Oligohidramnios severo + óbito fetal + TPA
- La paciente fue enviada del Hospital de la Mujer con Dx. de SX Hellp, la cual se ingresó ayer con TA de 150/100, manejada con dosis altas de hidralazina y metildopa y 2 bolos de hidralazina, además de impregnación con sulfato de Mg.
Actualmente se refiere con visión borrosa, epigastralagia, actividad uterina.

-EF. TA 139/72 FC 88X FR 20X Temp 36.1

Paciente consciente, piensa en sus 3 esferas, buen estado general, buena coloración de piel y tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni ruidos agregados, abdomen globoso a expensas de útero grávido con PUOLCDI, chausier positivo, al tacto vaginal cervix central 8 cm de dilatación con 80% de borramiento, producto en estación 0, pelvis apta rots normales. La paciente actualmente con datos de vasoespasmo, manejada con neuroprotección con sulfato de Mg hidralazina y metildopa dosis altas, con cifras tensionales normales.
Conducción con oxitocina, monitorización estrecha y continua de la paciente e interconsulta al servicio de terapia intensiva
Hb 10.4, Hto 29, PLT 68, TGO 90, TGP 40, DHL 1133, BT 0.44 BD 0.27, AC úrico 7.3. Creat 0.88
DRA. LUNA MB. DR GLEZ. MB/ DRA ZÚÑIGA.

e) Formato de notas de evolución, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

NOMBRE (agraviada)

Día [...] del mes [...] del año [...]
[...] HORAS

NOTA DE INGRESO A HGO

Paciente [...] [...] años de edad, [...], dedicada al [...], originaria de Tala, Jalisco, residente Zapopan, escolaridad [...], religión [...].

MC.- Referida Hospital de la Mujer

PEPA.- CUTTP a las [...] horas acude al hospital de la mujer donde la revisan, dan datos de alarma y cita abierta, regresa a las [...] horas por sangrado transvaginal el revisar el dx. Óbito fetal, así trastorno hipertensivo, se trata con normotensores, el tener laboratoriales de dx Sx HELLP, motivo por el cual se envía a este nosocomio.

AHF.- Papá, abuela paterna hipertensión, papá cardiópata, abuela paterna finada C, resto preguntado y negado.

APP.- pregunta y negado.

APNP.- Casa habitación cuenta con todos los servicios, inmunización en embarazo tétanos 6to mes, tipo de sangre A+

AGO.- Menarca a los 9 años, ciclos irregulares, FUM 20/3/11, G1 CNP centro de salud 8 consultas, USG 2 normales, IVSA 19 años, PS, DOC último hace 1.5 años, resultado desconoce.

MPG ninguno. Aumento kg 9 en embarazo.

Exploración física: TA 140/90, FC 120, Fr 22, Tem 37, DXTX150

Paciente consciente, tranquila, cooperadora, orientada en 3 esferas, buena coloración mucotegumentaria, craneofacial sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero grávido, PUMCLDI, en asistolia, con chausier ++, al TV cervix central con 7 cm de dilatación y 90% de borramiento, en tensión 0, pelvis útil, amnio íntegro, extremidades sin edemas, rots normales, necrológicamente íntegra.

USG.- Placenta corporal anterior gdo II, IP4

IDX.- Embarazo 29.2 SEG X FUM + óbito fetal, oligohidramnios severo + Sx de HELLP

Plan.- Ingrese a toco cx para vigilancia materno-fetal y control de TA

Dres. Arronizmo /Quezada

f) Formato de notas de evolución, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

(AGRAVIADA)
TOCOCIRUGÍA
CAMA 10

Día [...] del mes [...] del año [...]

[...] horas

NOTA DE INTERCONSULTA A TERAPIA INTENSIVA

Se trata de paciente [...] de [...] años de edad, G1 con embarazo de 39.2 SDG x FUM + SX HELLP + Oligohidramnios severo + Óbito fetal + TPA

-La paciente fue enviada del Hospital de la Mujer con Dx de SX Hellp, la cual se ingresó ayer con TA DE 150/100, manejada con dosis altas de hidralazina y metildopa y 2 bolos de hidralazina, además de impregnación con sulfato de Mg.
Actualmente se refiere con visión borrosa, epigastralgia, actividad uterina.

-EF TA 139/72 FC88X FR 20X Temp 36.1

Paciente consciente, orientada en sus 3 esferas, buen estado general, buena coloración de piel y tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni ruidos agregados, abdomen globoso a expensas de útero grávido con PUOLCDI, chausier positivo, al tacto vaginal cervix central 8cm de dilatación con 80% de borramiento, producto en estación 0, pelvis apta.

La paciente actualmente con datos de vasoespasmo, manejada con neuroprotección con sulfato de Mg e hidralazina y metildopa dosis altas, con cifras tensionales normales.

Hb10.4, Hto 29, PLT 68 TGO 90, TGP 40, DHL 1133, BT 0.44, DB 0.27, AC URICO 7.3, Creat 0.88

Solicitamos valoración por su servicio para manejo conjunto y las posibles complicaciones de la toxemia del embarazo.

DRA (...), DR (...)/ DRA (...)

g) Formato de notas de evolución, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

NOMBRE (AGRAVIADA)

[...]

Día [...] del mes [...] del año [...]

NOTA POST- PARTO

Con dilatación completa, se pasa paciente a expulsivo, se coloca en posición gasecológica con protocolo de asepsia y antisepsia, colocación de textiles estériles se infiltra paciente con lidocaína al 1%, se realiza episiotomía con tijera metzebaul, se atiende parto único eutocito vaginal, obteniendo a las 12:05 producto único sin vitalidad, sexo femenino, con peso de 2200 gramos sin malformaciones congénitas aparentes, no presenta circular de cordón, cordón con arterias y una vena.

Se alumbró placenta tipo schultze completa, se observa zona de desprendimiento de aproximadamente 50% de superficie placentaria. Se realiza remisión de restos plascentarios leves, principalmente membranas amnióticas, se extrae en su totalidad, se realiza epistorrafia con iratico 2-0, continúa sangrado escaso, por lo que se coloca gasa sobre episiografía con lidocaína/epinefrina.

Se da por concluido el evento obstétrico, la paciente se encuentra con datos de amaurosis bilateral, además de salir de expulsivo con TA de 145/83 mm/hg

DR. (...)/DRA. (...).

h) Formato de notas de evolución, elaboradas el día [...] del mes [...] del año [...]:

Paciente [...] de [...] años de edad, G1 P1 con dx puerperio patológico sec. a sx hellp + insuficiencia renal aguda.

Actualmente cursando sus primeras 24 horas de puerperio complicado; la paciente se refiere aún con discreta visión borrosa, y presentó cefalea por la mañana; el día de hoy se le inició tolerancia a vía oral.

Desde ayer se documentó deterioro laboratorial a razón de un incremento en los azolados, descenso en las plaquetas y hemoglobina, se solicitó por parte de MI USG renal para descartar problema funcional que se asocie a la falla renal, pero verbalmente se reporta el USG como normal.

Por el momento se suspendió desde ayer la infusión de sulfato de MG y se mantiene cuantificación estricta de líquidos y orina.

Lbs de control: HB6.5, Hto 18.8, Plaq. 56, Lucos 24.09 Neutros 81.8, Glucosa 110, Urea 46, Creatinina .5, BT .8, BD .5, TGO 40, TGP 33, DHL 1045, proteínas 500, Glucosa 1000, leucos 3-5xc

Enfermería la reporta con signos vitales estables.

A la exploración física: TA 90/70, FC 89, Fr 18, Tem 36.7,

Paciente consciente, tranquila, cooperadora, orientada en 3 esferas, pupilas isocóricas normorreflécticas, con palidez de piel y tegumentos, área cardíaca rítmica sin soplos agregados, campos pulmonares bien ventilados, abdomen blando, depresible, perístasis presente, útero bien involucionado, genitourinario con urosis presente, sangrado transvaginal escaso, extremidades sin edema, rots normales, neurológicamente íntegra.

Paciente delicada, con riesgo de complicaciones, pronóstico reservado a evolución.

Paciente transfundir concentrados eritrocitarios y valorar con exámenes de control. Iniciar Dexametasona 10mg IV c/12horas 2 dosis y posterior 5mg IV c/12 horas y suspender. Continuamos pendientes de caso;

Dres. FIGUEROA-SERRANO MB/ESPARZA R2

i) Formato de nota de evolución en piso, ginecología y obstetricia, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...]:

(AGRAVIADA) con dx actual de puerperio patológico sec a sx hellp + IRA

Signos Vitales: TA: 136/78 mmHg FR 18 x' FC: 114x' Temperatura: 36.5 °C diuresis 1.4. Actualmente la paciente refiriéndose con mejoría clínica notable, la paciente refiere disminución considerable de sintomatología visual, sin otros datos de vasoespasmo.

Paciente que se encuentra consciente, tranquila, activa, cooperadora, orientada en las 3 esferas, sin palidez de piel y tegumentos, regular estado de hidratación. Cráneo normocefálico, cuello móvil cilíndrico sin adenomegalias palpables. Campos pulmonares bien ventilados con murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, sin soplos o ruidos agregados. Abdomen con Rsp's presentes con útero adecuada involución uterina. TV con muy escasos loquios no fétidos cavidad eutérmica. Extremidades íntegras, sin edema. ROTS normorefléxicos.

Se le realizó USG renal reportado riñones de características y dimensiones normales.

Labs: Hb 5.3, hto 15, plaq 73,000 leucos 6 N 76% TP 12 TPT 23 INR .92, Gluc 81, Cr 2.10 AC urico 9.3 HDL 135 LDL 39 VLDL 65, BD.2 bt. 20, AST 35 ALT 33dhl 848 Mg 3.9 Hb1AC 5.10

PLAN: continúa con tx actual, solicito continuamos manejo expectante UTI y GYO continuamos pendiente de caso.

DRA Luna MB/Maxemin R2

24-12-11
18:30

EVOLUCIÓN UCI

Fem [...] años, con DX Sd HELLP, insuf. renal aguda.

Estable afebril, TA controlada, en fase poliúrica.

Cardiopulm. Pulmones bien ventilados, corazón rítmico, sin agregados. No edema periférico, neurológicamente íntegra.

Labs: Gluc 92 mg. Urea 43, Ur 1.3 ac. úrico 7.6

PFH normales albúmina 1.6 gr. E.S hormonales.

TP 18.4 Leucocitosis y neutrofilia. Hb 60 gr. pb

Muestra diluida plaquetas 91000

Análisis. Paciente Grave, estable, con respuesta inflamatoria en resolución, mejoría de la falla renal.

Plan. Continúa tratamiento en Terapia. Se indicó reposición de diuresis al 50% para evitar deshidratación.

Pronóstico. Incierto.

Dr. (...)

j) Formato de la hoja de alta de la división de Ginecología y Obstetricia:

Número de cama [...]

Registro [...]

Fecha de ingreso: día [...] del mes [...] del año [...]

Fecha de egreso: día [...] del mes [...] del año [...]

Diagnóstico de ingreso: g1 óbito 39.2 sdg -sx hellp

Diagnóstico de egreso: g1 puerperio complicado por sx de hellp

Paciente [...] de [...] años, que se encuentra cursando 7 días horas de EIH, con dx. de: mencionados, y que actualmente presenta buen edo. general, buen edo. de hidratación, palidez de tegumentos y con los reflejos de micción y defecación presentes

FC: 88x FR: 18x T: 36.0 TA: 130/90

CARDIOPULMONAR: Curva TA dentro de 130/90 Niega síntomas y signos vasoespasmo diuresis 1.5 ml/kg/hora

ABDOMEN Sin Chaussier, Útero involucionado.

TACTO VAGINAL: Loquios escasos

EXTREMIDADES: No hay edema en miembros pélvicos, Rots normales.

DATOS DEL PRODUCTO:

SEXO: femenino PESO 2250 APGAR ----- . CAPURRO ----- .

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: [...] día [...] del mes [...] del año [...] ÓBITO
Por lo tanto, la paciente presenta mejoría sin complicaciones aparentes, por lo cual se da de alta con el siguiente tratamiento: Nifedipino 30 mg. cada 24 horas, metoprolol suspenderlo, paracetamol y sulfato ferroso con curva de TA perfil de control con depuración orina 24 Horas
CON CITA EN 10 DÍAS EN HGO
NOMBRE DEL MÉDICO:
Dr. (...) Dra. (...) y Dr. (...) R1

4. Dictamen médico emitido el día [...] del mes [...] del año [...] por esta Comisión, a cargo de la maestra en ciencias forenses (...), respecto a la atención médica que recibió la (agraviada) en la UEAON, de cuyo contenido destaca lo siguiente:

De la hoja del partograma se desprende la realización de registro gráfico de la dilatación marcado como 1, 2, 3, no se hace el registro gráfico del horario en que se realizó esta maniobra de palpación en la paciente. (solo se hace referencia a dos horarios: [...] horas y [...] horas); ni quien la realiza, no se consigna la toma de signos vitales en la hoy ofendida, mismas que debieron haber sido registradas al tiempo de su ingreso, que en ese momento lo realizara el doctor JESÚS OCHOA RODRÍGUEZ, es de resaltar que de las testimoniales otorgadas, la realizada por el galeno en cita (Jesús Ochoa Rodríguez) de su escrito dirigido a la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco describe "... la paciente arriba mencionada, la cual conocí en la sala de espera, cuando salí a dar información a familiares de otra paciente, en ese momento se me acercó a mí una persona, diciendo que su mujer estaba sangrando y que requería atención urgente. Le pregunté cuál era su paciente y nos acercamos a ella, la observé y vi, **clínicamente**, no estaba sangrando, entonces le dije, "su (agraviada) no está sangrando y como tengo varias pacientes que llegaron antes que ustedes y quizá con mayor urgencias, por lo que tendrán que esperar su turno...", más de esta narrativa no se describe que haya realizado algún tipo de maniobra exploratoria para acreditar lo que él clínicamente "**no observó**" como sangrado, ya que considerando lo que en la bibliografía especializada en materia de semiología médica, se establece a la **inspección** como parte de los procedimientos integrales en las maniobras exploratorias en materia ginecológica, considerada eje rector en todos los procedimientos de evaluación física, mas es de clarificar que, de esta sola maniobra no es posible obtener la totalidad de la información en el rubro exploratorio, ya que se complementa con las maniobras de las que se acompaña; es decir, auscultación, percusión, palpación.

Continuando con este orden de ideas, se debe tener en consideración, que por las características intrínsecas de una sala de espera no es posible que el galeno en cita haya desarrollado la totalidad de dichas maniobras exploratorias en la evaluación ginecológica, como lo son la auscultación de la zona abdominal (maniobras de Leopold), palpación (tacto vaginal), para que, tal y como lo describe el médico en su escrito, clínicamente no haya advertido la presencia de sangrado genital, ya que, para tal efecto tuvo que haberla ingresado a un espacio privado, hecho que no sucedió porque no lo describe, dejando claramente preestablecido que tuvo contacto verbal con el (quejoso) de la paciente, y contacto visual con la hoy ofendida, mas no así refiere

haberla pasado a un cubículo de revisión, haberle despojado de sus prendas de vestir, colocado una bata para paciente, haberle observado si en su ropa interior (pantaleta) vestigios o huellas de manchas, líquido hemático, o coágulos, aunado a corroborar si la paciente portaba algún insumo contenedor de líquidos como lo son las toallas sanitarias o pantiprotectores, por lo que de haber realizado el tacto vaginal hubiese aprobado/reprobado la presencia del sangrado en referencia, por lo que se advierte que el dicho del galeno se contradice en su escrito en su actuar y contrapone la información documentada en la nota de enfermería elaborada en el área de ingreso con fecha del día [...] del mes [...] del año [...] (sin hora) la enfermera (...) donde a la letra dice: “tiene sangrado transvaginal”, sustentándose esta descripción con la nota subsecuente realizada también por personal de enfermería adscrito al área de la Labor donde establece “con sangrado transvaginal abundante”, en base a estos comentarios resulta improbable que en el momento en que se tiene contacto visual con la paciente se haya advertido la presencia de sangrado sin haberse vinculado algún tipo de maniobra exploratoria, lo que permite establecer la premisa de que la paciente en ese periodo de tiempo no se le realizó tacto vaginal alguno.

Refiere haber realizado ultrasonido como un auxiliar diagnóstico, que, si bien es cierto se consigna en una nota con la leyenda de “NOTA DE EVOLUCIÓN AMBULATORIA” donde se asienta tensión arterial de 160/100 milímetros de mercurio, feto sin frecuencia cardiaca fetal, placenta sin zonas de desprendimiento, usg confirmatorio. No hay frecuencia cardiaca fetal, cérvix 1 centímetro de dilatación con sangrado escaso, esta nota médica no cuenta con fecha y hora de elaboración, que tiene como apartado “TERAPÉUTICA EMPLEADA: HOSPITALIZAR, PERFIL TOXÉMICO Y CONDUCCIÓN” situación que resulta contradictoria con lo preestablecido en el partograma y hoja de indicaciones, ya que de la elaboración del partograma se consignan la realización de otro tipo de procedimientos que debieron haber sido consignados en las notas de evolución clínica, mas no así en una nota de evolución ambulatoria, ya que la paciente, dadas sus condiciones clínicas, al tiempo de haber sido valorada en ingreso/admisión hospitalaria es ingresada al área de hospitalizados (labor) para vigilancia obstétrica, y que los signos vitales (incluidos en ésta la tensión arterial) así como la descripción de lo encontrado en el ecosonograma pélvico debieron haberse consignado en el partograma por ser instrumento de registro en el que el médico Ochoa Rodríguez trabajó y tuvo contacto de forma inicial con la paciente previo a su ingreso al área hospitalaria denominada “labor”, que de igual manera contrapone la testimonial que fue recabada a la hoy ofendía en acta circunstanciada donde establece que es otro el médico quien realiza el ecosonograma confirmatorio de ausencia de frecuencia cardiaca fetal y que el médico Ochoa Rodríguez lo asienta como un procedimiento realizado por éste, aunado al hecho de haberse advertido de forma oportuna la **emergencia hipertensiva vs preclampsia** diagnósticos presuntivos de los que era portadora la paciente al momento de su exploración física y descrita en la **nota ambulatoria** el galeno citado hubiese realizado la instauración de proceso terapéutico antihipertensivo, hecho que no aconteció así, sino que se dejó a evolución clínica la paciente, hasta las [...] horas de ese mismo día, en que la doctora (...) advierte la signología sostenida en cifras altas de tensión arterial así como los resultados consignados en los diversos laboratoriales que le permiten establecer el diagnóstico presuntivo de “**preclampsia grave**” con cifras de

183/127 iniciando el tratamiento antihipertensivo vía intravenosa y vía oral, siendo hasta esta valoración que le es colocada sonda Foley.

Después de hacer un análisis de las constancias del expediente de queja, la perita médica (...) concluyó:

1. Que de la atención médica que le fuera otorgada por la doctora (...) en la institución hospitalaria denominada Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal a la (agraviada), de su actuar no se observan conductas de imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.
2. Que de la atención médica que le fuera otorgada por el Dr. Jesús Ochoa Rodríguez en la institución hospitalaria denominada Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal a la (agraviada), de su actuar sí se observan conductas de imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.
3. Que de la atención médica que le fuera otorgada por la doctora (...) en la institución hospitalaria denominada Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal a la (agraviada), de su actuar no se observan conductas de imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.
4. Que de la atención médica que le fuera otorgada por los médicos adscritos a la institución hospitalaria denominada Hospital General de Occidente a la (agraviada), de su actuar no se observan conductas de imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

Con lo expuesto en los anteriores apartados, esta Comisión estima que quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud de (agraviada), ya que ella acudió aproximadamente a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...] al área de urgencias de la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal (UEAON), ocasión en la que fue atendida por la doctora (...), quien le informó que aún no se encontraba en trabajo de parto ni con criterios para su hospitalización, y le informó que en caso de que presentara un sangrado mayor a la regla, salida de líquido transvaginal, dolor de cabeza, zumbido de oídos o contracciones dolorosas, acudiera inmediatamente al hospital, y le dijo que tenía cita abierta a urgencias.

La (agraviada) agregó que como a las [...] horas del mismo día regresó a la unidad porque estaba sangrando mucho y tenía contracciones cada cinco minutos, pero que tardaron mucho en atenderla, por lo que (quejoso) le insistió a un doctor que la atendiera, y que el doctor le contestó que cuando una mujer está sangrando llega hasta el piso, y le dijo que esperara su turno, por lo que no la ingresó para revisión sino hasta las [...] horas, y que después de practicarle un

ecosonograma le refirió que su bebé ya estaba muerta. Agregó que enseguida el médico le habló a (quejoso), a quien le dio la noticia y le dijo que si quería que la siguieran atendiendo ahí o llevársela, a lo cual le respondió que ahí se le atendiera, por lo que la pasaron a una habitación en donde permaneció toda la noche con la presión muy alta, y que por la mañana una doctora ordenó que se le trasladara al Hospital General de Occidente, en donde fue atendido su parto por vía vaginal.

Al respecto, al rendir su informe a esta Comisión, el médico Jesús Ochoa Rodríguez manifestó que conoció a la (agraviada) en la sala de espera de la UEAON, ya que una persona le solicitó la atención de urgencia para su mujer que estaba sangrando, por lo que se acercó a la paciente y vio que clínicamente no estaba sangrando y le contestó: “Su (agraviada) no está sangrando, y como tengo varias pacientes que llegaron antes que ustedes, y quizás con mayor urgencia, por lo que tendrán que esperar su turno”. Añadió que cuando le correspondió su turno se encontraba hipertensa, con un centímetro de dilatación, sin sangrado y no encontró latido cardíaco fetal, por lo que le pidió a un compañero corroborar su diagnóstico, que fue confirmado, y que enseguida la pasó a labor para controlar la presión arterial, realizar exámenes laboratoriales, valorar el riesgo materno y la inductoconducción del trabajo de parto, y que posteriormente la atendieron otros médicos. Preciso que al terminar su horario de consulta, nuevamente fue atendida por él.

Con relación al informe que rindió el doctor Jesús Ochoa Rodríguez, la (agraviada) manifestó que no es verdad lo que él informó a esta Comisión, y reiteró que le dijo que no se veía que estuviera sangrando, y que cuando una mujer se va a aliviar es porque hay sangre en el piso, por lo que debería esperar su turno. Aseguró que cuando ya la pasaron con el doctor Ochoa, este le dijo que por qué la habían pasado si todavía no le correspondía su turno, por lo que ella de nueva cuenta le explicó que estaba sangrando mucho, y que para demostrarle se bajó el pantalón y le escurría la sangre por su piernas, después de lo cual, con actitud molesta, él le indicó que se subiera a la camilla, y que luego de revisarla, sin ninguna consideración le dijo que su hija ya estaba muerta, lo cual provocó que se le subiera la presión. También afirmó que cuando le llamaron (quejoso) para darle la noticia, el médico le dijo: “Desafortunadamente unos viven y otros mueren”, y le indicó que firmara un documento si quería que la siguieran atendiendo ahí, o que se la llevara a otro lado.

Al rendir su informe a esta Comisión, la doctora (...) manifestó que a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...] atendió a la (agraviada), quien refirió contracciones uterinas y desecho vaginal. Agregó que le diagnosticó 39

semanas de gestación con un día, y que a la exploración física la encontró con tensión arterial de 120/80, con frecuencia cardiaca fetal de 139 latidos por minuto, sin actividad uterina y con cervix posterior cerrado, por lo que no se encontraba en trabajo de parto, ni existían criterios para su hospitalización, información que se encuentra sustentada en la nota médica incluida en el expediente clínico a nombre de la quejosa (evidencia 2, inciso a).

La ginecoobstetra (...), en su informe rendido ante esta Comisión manifestó que inició sus labores en la UEAON a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...], y que pasó visita al área hospitalaria y posteriormente a labor, en donde encontró a varias pacientes en trabajo de parto, pero ninguna para pasar de inmediato. Luego acudió al área de admisión, y como había varias pacientes esperando atención, apoyó un poco al doctor Jesús Ochoa y revisó tres pacientes. Agregó que después atendió varios eventos en quirófano, y que como a las [...] horas del día siguiente acudió al área de ingreso y encontró a la (agraviada), quien había ingresado a las [...] horas y se encontraba en vigilancia de presión arterial, con cifras tensionales muy altas, hasta 183/127 mm/Hg, la cual había ingresado con óbito fetal, más hipertensión inducida por el embarazo, por lo que reclasificó preclampsia grave e inició tratamiento con normotensores. Agregó que a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...] entregó a la paciente, ya que era su turno de estar en admisión obstétrica y que a las [...] horas dio nuevas indicaciones para la paciente.

Según lo informado por la doctora (...), en la UEAON sólo existe un médico en el área de admisión y tres ginecoobstetras en total, quienes se turnan el servicio cada cuatro horas en las áreas de ingreso, hospitalización y quirófano. Al respecto, de lo investigado se advierte que el día que ocurrieron los hechos motivo de la queja, el servicio de admisión estaba saturado, por lo que en la segunda ocasión que acudió la (agraviada) a recibir atención, tuvo que esperar varias horas para ser atendida, no obstante que (quejoso) insistía en su revisión porque estaba sangrando: sin embargo, cuando el doctor Jesús Ochoa Rodríguez la vio en la sala de espera, determinó que tenía que esperar su turno, y cuando finalmente fue ingresada, a las [...] horas, ya no se encontró frecuencia fetal y el médico le dijo que su bebé estaba muerta.

Con lo anterior se acredita la violación del derecho a la protección de la salud, en especial por tratarse de una mujer con embarazo de término que presentaba síntomas de alarma como lo es el sangrado, y aun con esa información no fue ingresada oportunamente por el médico Jesús Ochoa Rodríguez, quien al rendir su informe argumentó que clínicamente no estaba sangrando. Sin embargo, resulta grave que ante la insistencia del (quejoso) de la paciente, no la haya

revisado, y aceptó que le indicó que tenía que esperar su turno; ni siquiera ordenó que se le tomaran los signos vitales, como la presión arterial, a fin de establecer la urgencia para su atención, ya que al haber sido atendida horas después de su llegada, se encontró con niveles altos de presión arterial, sin que esta fuera consignada en las notas médicas del doctor Ochoa Rodríguez en el expediente clínico, pero sí fue referida en las notas de enfermería.

El médico Ochoa Rodríguez informó que no encontró a la paciente con sangrado. Sin embargo, en el formato de registro de enfermería al ingreso, la enfermera (...) sí dejó claramente establecido (agraviada) presentaba sangrado transvaginal, con lo cual se corrobora la afirmación de los quejosos en tal sentido, y queda de manifiesto que el referido facultativo faltó a sus deberes, como se establece en la NOM-007-SSA-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en cuanto dispone lo siguiente:

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, 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.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

Como se advierte de lo expuesto, la atención otorgada por el médico Jesús Ochoa Rodríguez resultó deficiente y en franca violación de dicha norma, pues en principio no priorizó la atención de la (agraviada). Aun cuando fue informado del sangrado que presentaba, ni siquiera indicó que se le tomara la presión arterial, y sólo le indicó que debería esperar su turno.

La violación del derecho a la protección de la salud en que incurrió el médico Ochoa Rodríguez se corrobora con el dictamen emitido el día [...] del mes [...] del año [...] por la perita médica (...), quien concluyó que en la actuación de dicho facultativo se observaron conductas de imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos (evidencias 4).

La investigación realizada por esta Comisión también demuestra que en la unidad especializada de referencia solo existe un médico de guardia para recibir a todas las pacientes que acuden a urgencias, y que en el módulo de información son atendidas por una recepcionista que solo les solicita sus nombres y les pregunta sus síntomas. En el presente caso, el quejoso informó a una enfermera y al médico Jesús Ochoa Rodríguez que la (agraviada) presentaba sangrado y solicitó su atención urgente, pero no se le otorgó con oportunidad, y cuando se le proporcionó no se hizo con la calidez a la que obliga la citada norma.

La investigación también arrojó que en dicha unidad médica no existe una enfermera en el área de recepción que, por lo menos, tome los signos vitales de las pacientes antes de ingresarlas con el médico.

Los servicios de salud deben caracterizarse por mejorar el nivel y la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Es especialmente grave la violación cuando está de por medio la atención especializada en el área materno-infantil.

Por ello, es necesario que la Secretaría de Salud Jalisco dote a los hospitales especializados, como el denominado Hospital de la Mujer, que es una unidad especializada para la atención materno-infantil, y que como tal debe contar con todo el equipamiento material y humano suficiente para enfrentar las necesidades de las pacientes que acuden a los nosocomios públicos como su única opción de atención médica.

La protección de la salud constituye un derecho universal previsto en diversos instrumentos internacionales, en los que se establece que el cuidado y protección de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y puerperio tiene una mención especial al tratarse de un grupo con mayor vulnerabilidad.

A continuación se describe la denotación del derecho a la protección de la salud, con base en el *Estudio para la elaboración de un manual de calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*¹:

¹ Enrique Cáceres Nieto, *Estudio para la elaboración de un Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2005, P. 504.

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo.

A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer entre otros los siguientes:

- a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.
- b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.
- c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesarias para una adecuada prestación de los servicios de salud.

Uno de los instrumentos internacionales que establecen la protección de los derechos del ser humano por excelencia es, sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la ONU. Nuestro estado de Jalisco, en el artículo 4º de su Constitución política, reconoce los principios consagrados en dicho documento como derechos de los individuos que se encuentren en esta entidad. El cuidado y protección de la salud figura en el artículo 25 de dicha Declaración, en especial la atención a la maternidad en el punto 2, los cuales se transcriben:

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; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

En el presente caso se incumplió con este derecho, debido a la falta de atención médica inmediata, ya que si bien la (agraviada), por segunda ocasión acudió a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...] a recibir atención médica a la UEAON, no fue valorada hasta las [...] horas del día siguiente por el doctor Jesús Ochoa Rodríguez.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dispone:

Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece:

Artículo 10. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

[...]

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto...

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños... d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996, dispone:

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. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

La Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco menciona: “Artículo 73. El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.”

Los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia resultan obligatorios para nuestro país, conforme a lo que se establece en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Confieren un

cuidado especial a la maternidad y a la infancia. En el presente caso no se cumplió con el derecho a la protección de la salud, debido a que la paciente tuvo que esperar varias horas antes de ser atendida.

El artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, en la UEAON lamentablemente no se contaba con personal suficiente para atender la demanda de usuarias, ni atender a las pacientes que tenían mayor riesgo, como el caso de la (agraviada). Lo anterior provocó el retraso en su atención y derivación para recibir atención médica oportuna. Sus deficiencias en la operatividad impiden garantizar plenamente el derecho a la protección de la salud de las usuarias, como en el caso analizado, y ello implica responsabilidad, con base en la siguiente normativa:

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, 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.

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, en la que aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales,² definió a la víctima de la siguiente manera:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización.

² En esta resolución se establece como compromiso internacional de todos los Estados miembros de la ONU el reconocer y respetar el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones.

Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Dentro de un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, el ciudadano se encuentra protegido no solo por un marco de leyes al que están sujetos tanto las autoridades como los particulares, cuya finalidad, además de favorecer la convivencia pacífica entre sus integrantes, es garantizar el pleno desarrollo del ser humano, sino por la certeza de que tanto su persona como su patrimonio personal y sus derechos se encuentran salvaguardados por las autoridades que lo representan.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios, que de acuerdo con la doctrina de los derechos humanos y el derecho consuetudinario internacional, incluyen, entre otros:

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Sobre la cuestión de la impunidad, Louis Joinet, destacado jurista, estableció como derechos elementales de cualquier víctima de abuso de poder:

El derecho a saber. Es la prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

El derecho a la justicia. Consiste en que se integre y resuelva, por parte de un tribunal o instancia competente, sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan.

El derecho a obtener reparación. Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

REPARACIÓN DEL DAÑO

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*.) En dichos principios se reconocen como formas de

reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: "... la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados".³

En el caso que nos ocupa, quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud en agravio de (agraviada). Como consecuencia de ello, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente a los deudos de una persona que fue víctima de la mala actuación de un servidor público.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos. Es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

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...

En ocasiones los criterios internacionales rebasan las escuetas legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México, de conformidad con los artículos 133 de la Constitución federal y 4° de la Constitución local.

³ Comité de Derechos Humanos, caso Kelly (Paul) c. Jaimaica, párr. 5.7 (1991).

Por ello, considerando que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, y que México ha reconocido su competencia, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen lo siguiente:

Artículo 62.

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. 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...

En uso de sus facultades, la Corte ha asentado los siguientes criterios.

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II,⁴ que a la letra 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 se asienta:

⁴ Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law, American University, Washington, 1998, pp. 729 y 731.

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, etc. 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 establece:

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 desiderátum 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 ocurre 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.

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”.

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se expone 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 en cada país, por cuanto debe, *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 Estados parte.

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 del Poder, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 40/34, que señala en los siguientes puntos:

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. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

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.

México, en su proceso de armonización del derecho interno con el internacional, modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, lo que dio origen a la creación de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a lo señalado en las leyes.

Así, teniendo en consideración todos los hechos, evidencias y razonamientos previamente descritos y relacionados con la violación de derechos humanos en que incurrió el ginecoobstetra Jesús Ochoa Rodríguez, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el Estado para con la sociedad, y con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local, este organismo considera obligado que la Secretaría de Salud Jalisco, por sí o por medio de quien sus reglamentos indiquen, indemnice con justicia y equidad a la (agraviada), de conformidad con el artículo 73 de la Ley de la CEDHJ, en relación con los artículos 2º, 161, 1387, 1390, 1391, 1393 y 1396 del Código Civil del Estado, de aplicación supletoria para cuantificar la reparación del daño, así como en el artículo 513, punto 393, de la Ley Federal del Trabajo, por lo que se pide a su titular que ordene y verifique solidariamente el pago de la reparación del daño.

El cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que el gobierno estatal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos. No es sólo responsabilidad de los servidores públicos involucrados en violaciones de derechos humanos, sino una responsabilidad solidaria de las dependencias de sus adscripciones, que están obligadas a brindarles la preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

En la queja también se involucró a las doctoras (...) y (...), así como a las enfermeras (...), (...), (...) y (...). Sin embargo, de la investigación practicada por este organismo no se advierten elementos de prueba y medios de convicción

suficientes que acrediten que ellos hubiesen incurrido en alguna violación de derechos humanos con motivo de los hechos que dieron origen a la queja.

IV. CONCLUSIONES

Quedó plenamente acreditado que el doctor Jesús Ochoa Rodríguez, gineco-obstetra adscrito a la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal de la Secretaría de Salud Jalisco, vulneró el derecho a la protección de la salud en agravio de (agraviada), por incumplimiento en sus deberes y prestación indebida del servicio público, por lo que esta Comisión dicta las siguientes:

Recomendaciones:

Al doctor José Antonio Muñoz Serrano, secretario de Salud Jalisco y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco, se le recomienda:

Primera. Ordene efectuar el pago de la reparación del daño a (agraviada), con base en los argumentos vertidos en la presente resolución. Lo anterior, de forma directa y como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de la violación de derechos humanos cometida por un servidor público de la Secretaría a su cargo.

Segunda. Se ordene el inicio, trámite y conclusión de un procedimiento administrativo de responsabilidad en contra del doctor Jesús Ochoa Rodríguez, gineco-obstetra adscrito a la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco, en el que se consideren las razones y fundamentos expuestos en esta resolución, para que se determine la responsabilidad que le pueda corresponder por la violación de derechos humanos en que incurrió.

Tercera. Disponga que se agregue copia de la presente resolución al expediente administrativo del médico Jesús Ochoa Rodríguez; ello, como antecedente de que violó derechos humanos.

Cuarta. Ordene a quien corresponda que se realice un análisis integral de las necesidades de la Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal, a fin de garantizar que todas las usuarias reciban con la debida oportunidad la atención médica que requieran.

Quinta. Se gestione la contratación de médicos gineco-obstetras y personal de enfermería para que se cubran las necesidades en el área de admisión, en todos los turnos, a fin de completar el personal requerido para el tipo de atención que otorga ese nosocomio a la población abierta.

Sexta. Se instruya a todo el personal médico respecto a la obligatoriedad de la norma oficial mexicana NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos lo hace con el ánimo de que la Secretaría cada día preste con mayor calidad y calidez el servicio público encomendado, y sus proposiciones deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Las anteriores recomendaciones tienen el carácter de públicas, por lo que esta institución podrá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación, con base en el artículo 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de la Comisión, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se le notifique, para que informe a este organismo si la acepta o no; en caso afirmativo, dispondrá de los quince días siguientes para acreditar su cumplimiento.

A t e n t a m e n t e

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente