



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

SOBRE EL CASO DE NO PRESTAR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA EN TIEMPO NI FORMA, POR OMITIR PRESTAR ATENCIÓN MÉDICA POR ESPECIALISTA EN AGRAVIO DE QV1 Y LA INTEGRACIÓN IRREGULAR DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Expediente: CEDH/3/478/2019.

Victoria de Durango, Durango, 20 de diciembre de 2019.

RECOMENDACIÓN No 11/19.

DR. SERGIO GONZÁLEZ ROMERO.
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO.
P R E S E N T E.-

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 apartado B de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, 133 de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango**, 1, 2, 3, 4, 9, 13 fracciones III, V y VII, 55, 56 y 57 de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, en relación con los artículos 105 y 106 de su **Reglamento Interior**, es competente para conocer de las violaciones a los derechos humanos en agravio de **QV1**, atribuibles a **AR1** y **AR2** e institucionalmente al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., por lo que se expide la presente Recomendación derivada del expediente citado al rubro.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, solamente se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto que describe el significado de las claves utilizadas respecto de la identidad de los involucrados, misma autoridad que tendrá el compromiso de dictar las medidas necesarias para la protección de los datos correspondientes; y visto los siguientes:

"Defendiendo la Dignidad Humana"

ANTECEDENTES.

3. En fecha 04 de junio de dos mil diecinueve, **QV1** ocurrió ante este Organismo para presentar queja en la que manifestó hechos violatorios a sus derechos humanos, atribuibles a personal del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Durango, basándose en los siguientes hechos:

"El día 28 de abril de 2019, aproximadamente a las 09:30 de la mañana, en compañía de mi esposo P1, acudimos al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., ya que tenía 40 semanas de gestación, presentaba contracciones y se me había reventado la fuente a las 07:30 de la mañana, por lo inmediatamente me pasaron a consulta donde me dice el doctor que presentaba la pelvis muy estrecha, que para él era mejor hacer una cesárea, por lo cual me iba a pasar con la ginecóloga para que ella me valorara, de ahí me pasaron a una cama en la sala de urgencias, donde estuve como 40 minutos hasta que llegó la ginecóloga del hospital, quien me hizo un ultrasonido y me dijo que todo estaba bien, que tenía 3 centímetros de dilatación, que me iba a dar una prueba de parto natural, de ahí me pasaron a toco cirugía, donde al llegar me revisó la dilatación una doctora pasante y me dijo que ya traía 4 centímetros de dilatación, ahí me estuve en trabajo de parto como hasta las 4 de la tarde sin que me revisaran la frecuencia cardíaca de mi bebé, ni me revisaban la dilatación, a pesar de que yo en repetidas ocasiones le dije a la doctora pasante, que había sentido un dolor muy fuerte y que sentía muchas ganas de pujar y solo me contestaba que no era momento de pujar, y le dije que porque si revisaba a otra señora que estaba a un lado de mí y a mí no me revisaba, a lo que me contestó que porque ella había llegado desde en la madrugada. Como a las 4 de la tarde se fue todo el personal a comer quedándose solo una enfermera, como a las 04:30 de la tarde que regresó de comer la doctora pasante, me revisó la dilatación y me dijo que ya traía 8 centímetros de dilatación y en esos momentos entró un médico joven y le preguntó a la doctora pasante que cuanto tenía de dilatación y ella le respondió que tenía 8 centímetros de dilatación que me acababa de revisar, pero el doctor insistió en revisarme y al revisarme se dio cuenta que ya tenía 10 centímetros de dilatación y me dice que comience a pujar, pero yo ya no tenía contracciones, en esos momentos llegó la ginecóloga, la cual no me había vuelto a revisar desde las 10:30 de la mañana que me había revisado, la cual al ver que me encontraba con la dilatación completa, les preguntó a los médicos que cuánto hacía que me habían revisado la frecuencia cardíaca, el médico contestó que hace rato, y yo le dije a la ginecóloga que desde las 10:30 de la mañana que ella me había revisado la frecuencia cardíaca, ya no me la habían vuelto a revisar, en esos momentos el médico se puso a revisar la frecuencia cardíaca de mi bebé,

yo le pregunté que si todo está bien, porque yo no escuchaba el latido del bebé y él me contesta que sí, que todo estaba bien, en esos momentos me trasladaron a urgencias a hacerme un ultrasonido, y solo me dijo la ginecóloga que me tenían que hacer cesárea, y me trasladan al quirófano donde me realizaron la cesárea, y al estar realizando la cesárea la ginecóloga me dijo que se me había reventado el útero y que tenía la vejiga destrozada, yo le contesté que como está el bebé y me dice que lo están revisando y que a mí me tienen que trasladar a Durango para que me hagan una reconstrucción de vejiga, y cuando me están sacando para trasladarme en la ambulancia, el anestesiólogo me dijo que mi bebé había muerto, me dejaron ver a mi bebé unos minutos y de ahí me trasladaron a Durango al Hospital Materno Infantil, donde me hicieron la reconstrucción de la vejiga y me pasaron a terapia intensiva, el 30 de abril de 2019, me hacen otra cirugía porque no orinaba, y me pasan de nuevo a terapia intensiva donde estuve hasta el día 02 de mayo de 2019 y me dieron de alta hasta el día 06 de mayo de 2019. El día 09 de mayo de 2019, de nueva cuenta fui al Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Durango, porque se me infectó la herida, estando internada hasta el día 14 de mayo de 2019. Yo estoy consciente de que mi bebé murió a causa de la ruptura uterina, pero si me hubieran revisado la frecuencia cardíaca, se habrían dado cuenta que el bebé tenía sufrimiento fetal y me hubieran sacado a mi bebé a tiempo y no hubiera fallecido, agregando también que yo tuve un embarazo sin complicaciones, ya que durante todo mi embarazo acudí a chequeos médicos y nunca tuve ninguna complicación. El viernes 31 de mayo de 2019, acudí al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., donde estuve platicando con la Directora del Hospital quien solo me dijo que se les levantó reporte a la enfermera, a la doctora pasante y a la ginecóloga, pero que ella no podía hacer nada más, que ya todo estaba en manos de Durango, pero que ella me iba a apoyar con ayuda psicológica y con consultas de ginecología.”

4. En fecha 06 de junio de dos mil diecinueve, este Organismo calificó la queja de referencia, registrándose e integrándose bajo el número de expediente **CEDH/3/478/2019**.

5. En virtud de lo anterior, en fecha 06 de junio de dos mil diecinueve, este Organismo acordó la admisión de la queja, procediendo a su investigación.

6. Mediante oficio No. 122/19, este Organismo notificó en fecha 06 de junio de dos mil diecinueve, la admisión de queja a **QV1**.

7. Mediante oficio No. 123/19, notificado en fecha 06 de junio de dos mil diecinueve, este Organismo solicitó a **AR1**, un informe sobre los hechos constitutivos de la queja y copia del expediente clínico de **QV1**.

8. En respuesta al anterior requerimiento, en fecha 24 de junio de dos mil diecinueve se recibió el oficio SSD/SJ/NORM/270/2019, mediante el cual **SP1** rindió el informe solicitado, en el que señaló lo siguiente:

“... Los hechos expuestos por QV1, son en parte ciertos y parte falsos; en primer término es cierto que QV1 de 29 años de edad, acude el día 28 de abril de 2019, al Hospital General de Santiago Papasquiaro Durango, precisando que de conformidad al expediente clínico, fue ingresada a las 09:15 horas al área de urgencia, aun y cuando la quejosa manifiesta que desde las 7.30 am presentaba contracciones y pérdida de líquido amniótico, sin embargo, hasta las 9:15 horas, decide acudir al nosocomio, donde en un primer momento es atendida por el médico general del área de urgencia, por un lapso aproximado de una hora, recibiendo atención preferente por tratarse de una urgencia médica, QV1 manifiesta acudir a valoración por salida de líquido transvaginal en leve cantidad, así como dolor cólico irregular de moderada intensidad y frecuencia, manifiesta antecedente de cesárea previa por aparente falta de progresión de trabajo de parto, a la exploración física el médico encuentra producto único vivo cefálico dorso derecho con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix anterior, resistente, con dilatación de 2cm borramiento del 20%, solicitando valoración por servicio de toco cirugía. Efectivamente, posterior a la revisión adecuada por parte de la primera atención que la paciente recibe, se canalizó al área de Ginecología y obstetricia, a fin de ser valorada por la misma. En atención a lo anterior, a las 11:00 horas, es atendida por el área de ginecología y obstetricia, quien registra su temperatura corporal, frecuencia cardíaca, signos vitales, frecuencia cardíaca del producto, se realiza un ultrasonido, encontrando a la paciente con trabajo de parto latente, con ruptura de membranas y una cesárea previa, con bienestar fetal e índice de líquido amniótico adecuado para embarazo a término, pese a ruptura de membranas. Posterior a ello, se informa a paciente y familiar el estado de ambos al igual que el pronóstico y que el plan a seguir será una prueba de trabajo de parto con vigilancia de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, además de informar riesgos de dicho plan y posibles complicaciones, dejando en claro que de presentarse algún dato de alarma, se procederá a interrupción del embarazo vía abdominal; una vez informados ya aceptan internamiento e indicación médica, así mismo siguiendo los protocolos, el médico a cargo realiza nota médica, donde se dejan escritas indicaciones al servicio de Urgencias para ingreso a toco cirugía, siendo las siguientes: ayuno, sol. Glucosada 5% 500 cc + 5 u de oxitocina a 12 gts por minuto, se solicita EGO, ampicilina 1 a IV c/6 horas, gentamicina y demás indicaciones que constan en el expediente clínico de QV1, que obra en los archivos de esta comisión. Una vez que las indicaciones fueron debidamente establecidas, la paciente se queda bajo vigilancia y observación en el área de toco cirugía,

a fin de valorar nuevamente una vez que se cuente con los resultados de los laboratorios ordenados (EGO). No obstante las indicaciones anteriores, la paciente solicita la presencia del médico a cargo, a fin de aclarar dudas respecto a su evolución, sin embargo el médico de ginecología, quien se encontraba atendiendo a otros pacientes, informa nuevamente a través de personal de enfermería que le hagan mención nuevamente del plan y pronóstico, además de que para revalorarla se encuentra pendiente realizar estudios de laboratorio de control ya que fue un código rojo por hemorragia obstétrica, así mismo se cuestiona vía telefónica a enfermería, sobre la existencia de algún dato de sangrado, y signos vitales normales, a lo que responden que todo se encuentra dentro de la normalidad y que no hay dato de complicación, por lo anterior se informa a QV1 que una vez que se obtengan los resultados de laboratorio se revalorará por el médico de ginecología. Cabe manifestar que se niega el hecho de que la paciente no haya sido revisada en varias ocasiones por parte de personal de enfermería, médicos internos del área, como así consta en la Hoja de Vigilancia de trabajo de parto del servicio de Gineco-ostetricia de su expediente clínico, en la que se registra a las 12:35 horas una frecuencia fetal de 129 x minuto, líquido amniótico en índice normal, posteriormente el registro sobre frecuencia cardíaca fetal, registrada a las 13:00 horas con 129 x minuto, 14:00 horas 120 x minuto, 15:00 horas 138 x minuto, 16:30 horas 120 x minuto, en ese sentido, resulta falso que la paciente no haya estado en vigilancia constante por parte del personal que se encontraba en el área, tomando en consideración que al no ser la única paciente, resulta imposible que un mismo médico otorgue la atención médica, sin embargo, el área no se encuentra en ningún momento desprovista de personal, en ese sentido en diversas ocasiones y mientras el médico ginecólogo a cargo se encontraba atendiendo a otras pacientes, QV1, estuvo bajo vigilancia y revisión por parte de personal de enfermería y médicos del área de tococirugía, quienes indicaban evolución de trabajo de parto latente. Posteriormente aproximadamente a las 17:30 horas, la paciente refiere dolor intenso, manifiesta ausencia de movimientos fetales, aun y cuando previamente la frecuencia del producto se registró normal, por lo que de manera inmediata se procede a exploración física y revisión de frecuencia cardíaca del producto, sin obtener resultados positivos, por lo que médico de ginecología a cargo, solicita inmediatamente ultrasonido, resultando ruptura uterina, por lo que se activa código rojo y se envía a quirófano para práctica de cesárea. Posterior a ello, se informa a paciente sobre su situación y sospecha de complicación, indicando cesárea urgente, se informa a personal de enfermería de la urgencia, solicitando preparar sala y pasar paciente de manera inmediata, se informa a médico pediatra que se encontraba dentro de toco cirugía atendiendo a un neonato, para que asista en la cirugía, y se solicita a médico anestesiólogo. Posterior al bloqueo neuroaxial, se realiza sondeo vesical, en dos ocasiones ya que quedó en duda la localización de la sonda en el primer momento porque se obtuvo secreción hemática, a donde orienta mayormente al diagnóstico de sospecha de

ruptura uterina; se inicia cirugía encontrando hemoperitoneo y producto libre en cavidad, se corta y pinza cordón, y se percatan de producto sin llanto, se pasa a pediatría, se observa placenta libre en cavidad, además de lesión en segmento uterino con prolongación hacia cara anterior derecha con lesión total a vejiga, simultáneamente se solicita organizar traslado de paciente a tercer nivel al término de la cirugía. Luego se realiza hemostasia y reparación parcial de útero sin ameritar histerectomía, se realiza empaquetamiento con dos compresas en cavidad abdominal con cierre de pared abdominal a nivel dérmico solamente. Se informa a paciente y familiar sobre el estado de la paciente, el plan y el pronóstico, además de informar que el recién nacido estaba en paro cardiorrespiratorio y no respondió de manera favorable a la reanimación cardiorrespiratoria que se otorgó por médico pediatra. La paciente se mantuvo estable durante el procedimiento, alumbramiento manual, sangrado aproximado de 400 mililitros. Una vez lo anterior, QV1 se traslada de urgencia hacia la Ciudad de Durango. Durante el traslado, y acompañada del médico ginecólogo, se continuó con chequeo de signos vitales, y vigilando datos de bajo gasto o sangrado, observando a la paciente taquicárdica, normotensa y con saturación de oxígeno normal aun sin puntas nasales, con dos vías intravenosas, en una de ellas oxitócicos y en la otra solución cristaloide. Siendo las 21:18 horas, es ingresada la paciente al Hospital General Materno Infantil, con la referencia correspondiente conforme a la normativa oficial, procedente del Hospital General de Santiago Papasquiaro, por presentar puerperio quirúrgico patológico por ruptura uterina, y lesión vesical, hemorragia obstétrica, presentando empaquetamiento abdominal, toda vez que no fue posible reparación de vejiga y útero, se recibe la paciente con signos vitales de TA. 130/70 mmHg, FC 133 bpm FR 18 rpm T 36.5, pasando inmediatamente a quirófano para realizar laparotomía exploratoria, encontrando prolongación de histerotomía hacia labio inferior, del cual se repara, el servicio de cirugía realiza reparación vesical, describiendo desgarro longitudinal desde el triángulo cara posterior, hasta el fondo vesical, se reporta sangrado escaso, se solicita valoración por medicina interna, quienes indican pase a Terapia Intensiva para vigilancia estrecha, donde estuvo en buenas condiciones generales, con signos vitales con tendencia a la normalidad, únicamente presentando anuria, por lo cual se da valoración por urología el día 29 de abril, quien solicita urotac, misma que reporta hidronefrosis bilateral; el día de 30 de abril, se pasa a quirófano para exploración y reimplante ureteral bilateral, la cual se realiza sin accidentes ni incidentes. El 2 de mayo de 2019, egresa de Terapia Intensiva por presentar mejoría clínica, por lo que pasa a piso de ginecología y obstetricia, egresando el día 06 de mayo de 2019. El día 09 de mayo de la misma anualidad, reingresa por presentar dehiscencia de herida quirúrgica, como así lo menciona QV1 al referir una infección en la herida, donde de manera oportuna se realiza el aseo quirúrgico, egresando el día 14 de mayo.

Es importante manifestar, que pese a la adecuada atención que se brindó a QV1, toda vez que estuvo en constante vigilancia en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, desafortunadamente la paciente sufrió de ruptura uterina, que se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal, siendo asociada al aumento de la mortalidad y morbilidades maternas y perinatales. El signo más común asociado en la ruptura uterina son las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, sin embargo, como consta en el expediente clínico de la paciente y los registros correspondientes, la frecuencia cardíaca del producto se encontraba bajo los parámetros normales. Así mismo, es importante mencionar, que una cirugía uterina previa, como es el caso de la quejosa, de acuerdo a los antecedentes, constituía un factor de riesgo importante, situación que pudo haber desencadenado en la complicación médica ocurrida. Por lo que respecta a la atención brindada en el hospital General materno Infantil, cabe resaltar que la atención fue oportuna, sin omitir que pese a la gravedad de las heridas con las cuales ingresa a dicho nosocomio, y estando en peligro de muerte por la magnitud de la complicación, el personal médico actuó con la debida diligencia y se logró la restauración de los órganos comprometidos, con una evolución favorable, gracias a la atención que de manera inmediata brindó el personal adscrito. Finalmente, es importante hacer de su conocimiento, que el personal médico, se encuentra obligado a realizar su trabajo, bajo la estricta observancia de guías de práctica médicas y normas oficiales correspondientes, atendiendo a los pacientes, con estricto sentido humano y realizando lo humanamente posible para la mejoría de los pacientes."

9. Con fecha 12 de junio de dos mil diecinueve, se recibió el oficio No. 106709/000654, mediante el cual **AR1** remitió copia del expediente clínico numero 28899 a nombre de **QV1**, en el que se encuentran, entre otras, las siguientes actuaciones:

9.1. La Hoja Frontal para Diagnóstico, firmada por **P1**, en la que se asentó en parte relativa:

FECHA	DIAGNOSTICO NOSOLOGICO	NOMBRE DEL MEDICO
	Emb. 40 SDG x FUM/ TPFL/RPM 6 hrs 1 cesarea previa	P2 P3 P4

	<i>P6 Ruptura uterina</i> <i>RPM 12 h / TPA</i>	<i>AR1</i> <i>P2</i>
	<i>Puerperio patológico</i> <i>Ruptura uterina</i> <i>Obito fetal.</i> <i>Ruptura vesical.</i> <i>Hemorragia obstétrica 1000 cc.</i> <i>Reparación de histerorrafia /POLAPE</i> <i>Empaquetamiento abdominal.</i>	<i>AR1</i> <i>P2</i>

9.2. La hoja de ingreso de fecha 28/04/19, con hora de llegada 9:05, sin que se aprecie el nombre de quien elaboró, con firma ilegible, señalando en su parte conducente:

“...MOTIVO DE CONSULTA: trabajo de Parto. Con dolores sangrado y salida de líquido.
Última Revisión Ayer 17:00 hrs.
NOTAS MÉDICAS 28/04/19 9:15 HORAS
- NOTA URGENCIAS
- QVI, MUJER DE 24 AÑOS DE EDAD, GESTANTE DE 40 SDG X FUM. ACUDE POR DOLOR COLICO IRREGULAR QUE COMIENZA HACE 3 DIAS SIENDO MÁS FUERTES EL DIA DE HOY, DESCRIBE SALIDA DE LTV QUE ESCURRE POR LAS PIERNAS Y POSTERIORMENTE CONTINUA EN MENOR CANTIDAD.
- ... QX (+) CESAREA HACE 7 AÑOS, TRANSF (-) ALERGIAS (-) TRAUMAT (-) CRONICODRE (-).....
- EF: CONSCIENTE, CARDIORRESP SIN COMPROMISO ABDOMEN GLOBOSO UTERO GESTANTE PUVI CEFALICO DORSO IZQ FCF 150 X AFU 33 CM, AL TV CUELLO CORTO DILATACION 2 CM BORRAMIENTO 50%, POSICIÓN ANTERIOR, ... NO DATOS DE VASO ESPASMO.
- DIAGNOSTICO: EMB.40 SDG + PB RM PB DCP + PTDP. PLAN VALORACION POR GyO.”

9.3. La hoja de valoración por GyO de fecha del 28/04/19 11:00 firmada por P2 y nombre de AR1, señalando en su parte conducente:

"...Px, Femenina 29 años, G2C1-3500, 7 Años por falta de descenso. Demas antecedentes de importancia para padecimiento actual, resto en nota de urgencias, la paciente refiere salida de líquido transvaginal desde hace 6 horas, y actividad uterina, dolor pélvico el cual ha aumentado de intensidad, movimientos fetales presentes - afebril sin vaso espasmo. EF: Signos vitales normales, estado neurológico conservado, buena coloración pielotegumentario, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con utero gravido con PVI/FCF 130x cefalico dorso izquierdo movimientos fetales presentes, al tacto vaginal, Tarnier y Valsalva negativos 3 cm de dilatación con 60% borramiento no se palpa amnios, pelvis útil producto en primer plano, extremidades sin compromiso. Dx: Emb 40 SDG x FUM / 1 cesarea previa. Trabajo de parto latente, RPM 6 hrs de evolución. Plan: se ingresa paciente para conducción de parto vía vaginal y vigilancia estrecha de bienestar materno fetal. Antibioticoterapia. Pronóstico: Reservado a evolución

Indicaciones:

- 1.- Ayuno
- 2.- Sol. Gluc 5% 500 cc + 50 de oxitocina a 12 gts x min.
- 3.- Solícito EGO.
- 4.- Ampicilina 19 IV c/6h, Gentamicina 80 mg IV c/8h
- 5.- SUPTI y CGE, Curva Temp c/4h
- 6.- Vendaje de MSIS
- 7.- Vigilar FCF y act uterina c/15 min.
- 8.- Reportar Eventualidades."

9.4. De la hoja de Historia Clínica, Servicio de Ginecología y Obstetricia, la cual no contiene número de expediente, fecha, nombre y firma de quien la elabora, señalando lo siguiente:

NOMBRE: QV1 Exp. ———— Edad 29

Domicilio: xxxxx

Teléfono xxxxx (pariente)

ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES

DM Abuelo paterno

HAS Neg

Oncologicos Neg.

Otros: -

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Originaria: Zacatecas Escolaridad: Preparatoria.

Estado Civil: Unión libre Ocupación: Ama de casa Religión: Católica

Toxicomanías: Neg. Gpo RH: O+

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

"Defendiendo la Dignidad Humana"



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

Alérgicos Neg.

Transfusionales Neg.

Reacciones: - Quirúrgicos: Cesarea/7 años DM:-

HAS: - Convulsivos: - Otros: -

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca: 13 Menopausia: Ritmo Catameneal: Irregular x 4

Dismenorrea: ++, IVSA: 21 NSC: 2 Dispareunia:

ETS: VPH G: 2 P: 0 A: 0 C: 1

L: EE: Edad del primer embarazo: 22

FUP: - Peso de producto: 3500 MPF: DIU

FUM: 22-07-18 FPP 29-04-19 Complicaciones de Embarazos

anteriores: HTA/Embarazo

CPN J Donde: SSA/Stgo Trimestre de inicio: 1ro

TD Multivitamínicos: Ac. Fólico / Infecciones: NO

MF AA APP:

Laboratorios: Uso:

LM Mastografía: Neg. PAP: Neg.

TRH

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente fem 29 años que acude a valoración por referir salida de líquido transvaginal a las 5 am además de dolor pélvico localizado a región lumbar movimientos fetales presentes, afebril y sin vasoespasmio."

9.5. De la Hoja de Vigilancia de Trabajo de Parto, fecha de ingreso: 28/04/2019, hora: 12:35, no contiene número de expediente, firmada por P2, señalando en su parte conducente:

"...GESTA 2, PARA 0, ABORTOS 0, CESÁREAS 1, FUM: DÍA 22 MES 07 AÑO 19, CONFIABLE J CONTROL PRENATAL: SI J, No CONSULTAS 7, TRIMESTRE DE INICIO 1RO, ENVIADA DE OTRA UNIDAD: NO J MOTIVO DE CONSULTA Emb. de 40 SDG + RPM + TPFL, RECIBIÓ ORIENTACION DE PLANIFICACION FAMILIAR SI J ACEPTA METODO DE P.F. SI J ¿CUÁL? DIU SEMANAS DE AMENORREA 40, PULSO 88, TEMPERATURA 36.2, T.A. 110/80, F. RESP. 22, CONCIENTE J, DOLOR J, CONTRACCIONES X10 MIN 1, TONO UTERINO NORMAL, MEMBRANAS: ROTAS J, DÍA 28, MES 04, TOTAL HORAS 6, LIQUIDO AMNIOTICO: NORMAL J, F.C. FETAL 129 X MIN, INTENSIDAD ++....

DIAGNOSTICO: Inducción y conducción de T.P. Emb. 40 SDG + RPM/ICP/TPL; PLAN: Inducción y conducción de TP....

"Defendiendo la Dignidad Humana"

FACTORES DE RIESGO 1 cesárea previa.

FECHA: 28/04/19 HORA: 13:00 LAT. min. 129 DILATACIÓN: 3 cms.

14:00	120	5cms.
15:00	138	----
16:00	142	----
16:30	120	8 cms.
17:20	---	10 cms.

9.6. De la hoja de NOTAS MÉDICAS, no contiene número de expediente, ni cama. Nota de Justificación Quirúrgica 28/04/19, 17:20 horas, firmada por **AR1** y **P2**, en la que se asentó:

"Se trata de paciente fem 19 años la cual se encuentra en tococirugía con diagnostico de ingreso de Embarazo de 40 sdg x Fum /1 cesarea previa/Trabajo de parto latente y ruptura de membranas de las 5 am. La paciente se encuentra en conducción de parto vía vaginal, con antibióticoterapia, esta con vigilancia de actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal, pese a que no se cuenta con toco cardiografo funcional en el área de tococirugía, por lo que se indica a medico interno vigilancia de FCF. Al momento la paciente refiere presentar dolor intenso en todo el abdomen, de manera difusa, no percibe movimientos fetales y ausencia de contracciones, Presenta signos vitales con taquicardia, demás normales, estado neurológico conservado, buena coloración pielotegumentario, cardiorrespiratorio pericardio taquicardia campos pulmonares bien ventilados, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, hay ausencia de actividad uterina con dolor a la palpación abdominal generalizada, no se logra evaluar por maniobras de (ilegible) la situación del producto, además de no auscultarse frecuencia cardiaca se realiza tacto vaginal sin sangrado con pérdida de la presentación fetal, con 10 cm de dilatación con 100% borramiento, amnios roto extremidades sin compromiso neurovascular. IDX Em6. 40 SDG X FUM / TPA / 1CP / RPEM 12H PB Ruptura uterina. Plan: se activa código rojo, se informa a paciente y familiar del estado del binomio motivo por el cual se tiene que realizar cirugía de urgencia (LAFE-Cesarea) informando sobre posibles complicaciones además de que el pronostico para el binomio es reservado en este momento ya que no se ausculta FQF y no se encuentra delimitada la lesion a nivel de útero hasta el momento de la cirugía inclusive con la posibilidad de lesion a otros órganos adyacentes. Se informa a pediatría, anestesiología y se firman consentimientos. Continúa nota de justificación quirúrgica.

Indicaciones:

- 1.- Ayuno
- 2.- Primer via sol Hartmann 1000 cc P/8h
- 2da vía sol Hartmann 1000 cc p/8h

"Defendiendo la Dignidad Humana"

3.- Cruzar 3 PG Y 3PFC

4.- Pasa a quirófano urgente."

9.7. La Solicitud y Registro de Cirugía de fecha/hora 28/04/2019, 17:20, no contiene firma, nombres **AR1** y **P2**, que en parte relativa señala:

"...DX POSTQUIRÚRGICO: Puerperio patológico/Ruptura uterina/Ruptura vesical/óbito fetal

CIRUGIA REALIZADA: Reparación uterina/Empaquetamiento abdominal...

TÉCNICA QUIRÚRGICA, HALLAZGOS Y PLAN:

Previo asepsia y autisepsia bajo bsa con sondeo vesical en cual presenta retorno hemático (sangre) al ser colocado, en decúbito dorsal se colocan campos esteriles, se realiza laparotomía en línea media vertical disecando hemostáticamente por planos hasta llegar a cavidad abdominal, donde se localiza producto cefálico fuera de cavidad uterina, el cual se extrae, no respira ni llora, se pinza y corta cordón se pasa a pediatría, se encuentra hemoperitoneo, se realiza alumbramiento manual completo encontrando posteriormente lesión aparente de útero y vejiga, se observa ruptura uterina en segmento anterior con prolongación hacia región cervical derecha y observa presencia de globo de sonda vesical exteriorizada a través de vejiga la cual se encuentra lesionada en 2/3 superiores en cara anterior derecha, después de revisar cavidad uterina ya sin restos, se realiza histerografía en plano hemostático a nivel de segmento y reparación de prolongación de la misma con CC1, verificando hemostasia, continua pérdida de anatomía a nivel vesical por lo que se coloca gelfocim a nivel de segmento y se realiza empaquetamiento abdominal con dos compresas, y se afronta a nivel dérmico con Nylon 2/0 con puntos separados, se limpia, venda y se decide traslado urgente de paciente a tercer nivel debido a complejidad de lesión. Se informa a paciente y familiar sobre el estado de la paciente el cual es delicado, no exento de complicaciones transquirúrgicas en siguiente evento quirúrgico para reparación vesical o postquirúrgicas como infecciones, hemorragias, lesiones a otros órganos, trombosis e inclusive la muerte, además de informar los siguientes datos del RN femenino hora nacimiento 17:40 peso 2810 g APgar 0/0, Se informa que la paciente será trasladada a tercer nivel para mejorar el pronóstico mismo, el cual al momento es reservado. — se informa a hospital de traslado..."

10. Una vez que fue valorado el informe de **SP1** y al advertir que era contrario a las manifestaciones vertidas en la queja, en fecha 25 de junio de dos mil diecinueve, se acordó darle vista a **QV1** de su contenido para que manifestara lo que a su derecho conviniera, notificándosele mediante oficio No 132/19 el día 26 de junio siguiente.

11. Con fecha 28 de junio de dos mil diecinueve, personal de este Organismo levantó acta circunstanciada en la que hizo constar la comparecencia de **QV1**, quien manifestó su inconformidad con el contenido del informe rendido por la autoridad.
12. En virtud de lo anterior, en fecha 01 de julio de dos mil diecinueve, este Organismo acordó la apertura del periodo probatorio, notificándosele lo anterior a **QV1** mediante oficio No. 137/19 y a **AR1** mediante oficio No. 138/19 el mismo día.
13. En fecha 02 de julio de dos mil diecinueve, se recibió en esta Comisión el oficio 106709/000788 mediante el cual **AR1** manifestó:

"En respuesta a su solicitud en oficio 138/19 recibido el día 1 de Julio del 2019, se envía informe detallado de hechos:

Relato de eventos:

SP4

Recibo paciente con embarazo de 40 semanas de gestación aproximadamente a las 8:30am el día 28 de Abril del 2019 en servicio de urgencias, quien manifiesta acudir a valoración por salida de líquido transvaginal en leve cantidad, así como dolor cólico irregular de moderada intensidad y frecuencia, manifiesta antecedente de cesárea previa por aparente falta de progresión de trabajo de parto, a la exploración física encuentro producto único vivo cefálico dorso derecho con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix anterior, resistente, con dilatación de 2cm borramiento del 20%, maniobra de Tarnier dudosa, noto pelvis estrecha por lo cual solicito valoración por servicio de toco cirugía, ingreso paciente a la sala de urgencias en espera de revisión. Aproximadamente a las 10:30 - 11:00hrs es llevada a ultrasonido por ginecología, realiza revisión de producto, así como tacto vaginal y se decide pasa a toco cirugía para prueba de trabajo de parto.

P2

Me dispongo a realizar este reporte escrito de la situación que se presentó en torno al caso de la paciente QV1 de 29 años de edad, la cual fue atendida médicamente el día 28 de abril del 2019 en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, donde yo realizo mi servicio social del cuarto año de la residencia de Ginecología y Obstetricia. Quiero hacer hincapié en que dicha fecha yo me encontraba cubriendo el servicio en la jornada acumulada ya que el médico adscrito de base no se encontraba laborando, por lo que se me solicitó por parte de jefatura de Ginecología apoyo para cubrir los días 27 y 28 de abril, y así no dejar descubierto el servicio, sin contar como días obligatorios de mi

servicio social. Comenzando con la atención inicial que se le dio a la paciente a su ingreso al servicio de Urgencias, la paciente acudió a valoración refiriendo embarazo de término, con dolor pélvico, y salida de líquido transvaginal, con percepción de movimientos fetales, posterior a valoración por médico general, se me solicita valoración de dicha paciente; encontrando embarazo de término con trabajo de parto latente con ruptura de membranas y una cesárea previa con bienestar fetal e índice de líquido amniótico adecuado para embarazo a término pese a ruptura de membranas. Se informa a paciente y familiar el estado del binomio al igual que el pronóstico y que el plan a seguir será una prueba de trabajo de parto con vigilancia de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, además de informar riesgos de dicho plan y posibles complicaciones, además de informarles que de observar algún dato de complicación se procederá a interrupción del embarazo vía abdominal, ya informados, aceptan internamiento e indicación médica. Se realiza nota médica donde se dejan escritas indicaciones al servicio de Urgencias para ingreso a toco cirugía, posterior a esto, acudo a piso de Ginecología para valorar otra paciente que se encontraba internada ahí, donde recibo una llamada vía celular a las 11:39 a.m. de número desconocido, al responder se identifica como enfermera que se encontraba en toco cirugía (XXXXX) quien me informa que una paciente que se encuentra den observación en toco cirugía solicita mi presencia para aclarar algunas dudas, a lo cual le respondo que a la paciente ya se le otorgo dicha información horas antes, mencionando plan y pronóstico, además de que para revalorarla se encuentra pendiente realizar estudios de laboratorio de control ya que fue un código rojo por hemorragia obstétrica, pregunto si tiene algún dato de sangrado, y signos vitales normales, a lo que responde que todo se encuentra dentro de la normalidad y que no hay dato de complicación, por lo cual le solicito a la enfermera que le informe a la paciente que iré a valorarla al contar con laboratoriales para desempaquetar y valorar pase a piso o de ser necesario en caso de presentar algún dato de complicación acudiré de inmediato, termino la llamada, quedando en dicho acuerdo y continuo mis labores del turno sin ausentarme del servicio, valorando pacientes en urgencias, el comedor y en la residencia, en espera de resultados de laboratorio. Durante este tiempo vía mensajes de texto solicito a médico interno de pregrado que se encuentra en toco cirugía informes sobre pacientes que se encuentran allí, y específicamente me informa que la paciente QV1 se encuentra ya con trabajo de parto activo, ya que cuenta con actividad uterina más regular y que la frecuencia cardíaca fetal del producto se encuentra normal a las 13:34 horas, también se me informo del estado de las otras dos pacientes que se encontraban ahí mismo. Posteriormente acudo a tococirugía para valoración de paciente que fue código rojo con laboratorios de control, al ingresar al área, observo a la paciente QV1 en su camilla, primeramente le pregunto cómo se encuentra, y me dice que tiene mucho dolor, hace referencia a que tuvo un dolor muy fuerte casi una hora antes y que posterior a ese dolor las contracciones cesaron un poco,

“Defendiendo la Dignidad Humana”

le pregunto que si su bebe se mueve bien y me responde que tiene rato que no percibe los movimientos, se realiza revisión vaginal notando dilatación completa, y ausencia de descenso de la presentación pese a válsala, el médico interno que se encuentra en el área de labor intenta checar frecuencia cardíaca en ese momento y me informa que no encuentra la frecuencia con del tococardiógrafo portátil, por lo que intento hacerlo yo misma, y al no encontrarlo realizo rastreo ultrasonográfico donde observo ausencia de frecuencia cardíaca y ausencia de líquido amniótico, además de observar pérdida de la actitud fetal, se informa a paciente sobre su situación y sospecha de complicación, informando también a AR2, indicando cesárea urgente, se informa al enfermeras de la urgencia solicitando preparar sala y pasar paciente de manera inmediata, se informa a médico pediatra que se encontraba dentro de toco cirugía atendiendo a un neonato, para que asista en la cirugía, y se solicita a medico anestesiólogo vía telefónica para acudir a urgente, en el trascurso del momento en que me percato de complicación en la paciente al momento de comenzar la cirugía pasaron 40 minutos, pese a informar que es un código rojo. Posterior al bloqueo neuroaxial, se realiza sondeo vesical, en dos ocasiones ya que quedó en duda la localización de la sonda en el primer momento porque se obtuvo secreción hemática, a donde orienta mayormente al diagnóstico de sospecha de ruptura uterina; se inicia cirugía encontrando hemoperiton eo y producto libre en cavidad, se corta y pinza cordón, producto sin llanto, se pasa a pediatría, se observa placenta libre en cavidad, además de lesión en segmento uterino con prolongación hacia cara anterior derecha con lesión total a vejiga, simultáneamente se solicita a directivos organizar traslado de paciente a tercer nivel al término de la cirugía. Luego se realiza hemostasia y reparación parcial de útero sin ameritar histerectomía, se realiza empaquetamiento con dos compresas en cavidad abdominal con cierre de pared abdominal a nivel dérmico solamente. Se informa a paciente y familiar sobre el estado de la paciente, el plan y el pronóstico, además de informar que el recién nacido estaba en paro cardiorrespiratorio y no respondió de manera favorable a la reanimación cardiorrespiratoria que se otorgó por médico pediatra. Luego de esto me dispongo a prepararme para traslado, con medicamentos y artículos necesarios para el traslado en caso de requerirse. En todo momento se mantuvo informados a directivos del hospital, además de estar en contacto e informar del caso de la paciente a hospital al cual se dispone a trasladar. Ya con la paciente en la ambulancia el chofer me informa que no cuenta con tanque con oxígeno por lo cual se solicita para sostén de la paciente, y posterior a esto viajamos hacia la ciudad de Durango. Durante el traslado continúe con chequeo continuo de signos vitales, y vigilando datos de bajo gasto o sangrado, observando paciente taquicárdica, normotensa y con saturación de oxígeno normal aun sin puntas nasales, con dos vías intravenosas, en una de ellas oxitócicos y en la otra solución cristaloides. La paciente solicita aclarar algunas dudas sobre su condición en general y el pronóstico mismo; además de informarme que durante su estancia en el área de tococirugía posterior a su

ingreso, nunca se realizó revisión de frecuencia cardíaca pese a que se indicó chequeo cada 15 minutos, y pese a que ella lo solicitó a médico interna que se encontraba supervisando en el área de labor, refiere que le dijeron que a ella no la iban a checar ya que tenía poco tiempo de haber ingresado, además de que la paciente informó que tuvo mucho dolor por lo cual grito y lloro y refiere que le dijeron que ese dolor era normal y que no llorara ni gritara y que además le daría más fuerte, luego solicitó que me llamaran, a lo que respondieron que yo me encontraba ocupada, a lo que cabe mencionar que todo lo anterior a mi no se me informó verbalmente en persona ni por vía telefónica. La paciente menciona que recibió un trato despectivo específicamente de una de las enfermeras de tococirugía y del médico interno, menciona también que durante su estancia ahí se le cayeron sus botas quirúrgicas y le solicitó ayuda a la enfermera para recolocarlas, quien le respondió que ella misma debía levantarse de su camilla y colocárselas, acto que no le fue posible realizar por el dolor que presentaba, refiere que ya que la enfermera notó que no le era posible acudió a colocárselas. La paciente me solicita de la manera más amable y tranquila que por favor no se haga caso omiso a su queja, ya que no quiere que alguna otra persona pase por la situación que ella acaba de pasar, por el mal trato que se le dio y por la omisión de cuidados e indicaciones que se tenían que seguir durante su estancia hospitalaria durante la vigilancia y conducción de trabajo de parto. Luego se llega al Hospital Materno Infantil en la ciudad de Durango, donde ya nos esperaban, por lo cual se pasa paciente directo a sala de quirófano para reintervención quirúrgica para resolución de complicación obstétrica. Se informa de mi persona directamente a familiar la situación de la paciente, y de que en ese momento queda a cargo de Hospital al cual se trasladó, donde se le darán informes y de decidirá manejo específico quedando con pronóstico reservado a evolución, quedando de mi parte con toda la disposición en caso de requerirse aclarar alguna duda sobre la atención de la paciente. La intención de este escrito es que exista antecedente de los hechos suscitados en este caso aparte de lo expuesto en el expediente médico, ya que la paciente me informó de manera no oficial hechos los cuales yo desconocía hasta el momento de su traslado. Sin más por el momento espero que este oficio sea utilizado para fines a favor de mejorar la atención obstétrica las pacientes del Hospital General de Santiago Papasquiaro y enviando un cordial saludo.

P4

El día 28 de abril de 2019, ingreso a turno a las 8:00 am conforme a mi rol asignado de guardias de internado en el hospital de Santiago papasquiaro, inicio actividades en el área de toco cirugía recibiendo el servicio con dos pacientes a las 12:40 pm hrs a la paciente QV1 de 29 años de edad con embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación a la hora 13:30 salgo del área de toco cirugía para ir a comer y bañarme regreso al servicio de toco cirugía a las 15:40 hrs mi compañera de servicio me

“Defendiendo la Dignidad Humana”

habla para ayudarlo con el trabajo, ya que le ingresaron más pacientes a los cuales se les tenemos que hacer papelería de partograma e historia clínica y revisión de trabajo de parto me incorporo al servicio revisando el trabajo de parto de las pacientes al llegar con la paciente ya mencionada arriba checo FCF y actividad uterina las cuales no se logran localizar por lo que inmediatamente le comunico a la ginecóloga en turno al llegar la Dra. Pasamos a la paciente a ultrasonido obstétrico en el cual observamos que el producto de la paciente se encuentra sin FCF por lo cual pasamos la sala de quirófano para realizar cesárea urgente. Cabe destacar Conforme a la norma oficial mexicana NOM-234-SSA1-2003 las actividades asignadas a mi turno son para mi aprendizaje y desarrollo como médico general sin responsabilidades directas sobre el manejo y/o tratamiento indicado por mis superiores.

Q3

El día 28 de Abril de 2019, ingreso a mi guardia asignada por el rol de internado del HGSP, recibo el turno a las 8:00 am con dos pacientes, en el área de toco cirugía, a las 12:40 ingresa la paciente QV1 de 29 años al servicio ya mencionado, con embarazo de 40sdg, se recibe con 3 cm de dilatación, Bishop no favorable, trabajo de parto en fase latente, movimientos fetales presentes y FCF 141x', conforme al protocolo del hospital se realiza la papelería correspondiente, historia clínica y partograma, se da la atención a las pacientes ya mencionadas, checando el progreso del trabajo de parto, dilatación y fcf, la paciente QV1 pasa a trabajo de parto en fase activa ya con 6 cm de dilatación y bishop favorable, al servicio ya mencionado ingresa paciente multigesta a las 15:00hrs., Mi compañero acude para apoyar con las 3 pacientes en trabajo de parto, le comente que la paciente QV1 tiene 8-9cm de dilatación, y otra paciente con 10 cm y bishop del 100% a quien se decide pasar a sala de expulsión, para atención del parto, llega en ese momento la ginecóloga y mi compañero le comenta que tiene dilatación de 8-9 cm sin encontrar fcf, se decide llevar a la paciente a ultrasonido, indicando el procedimiento quirúrgico para cesárea. Cabe destacar Conforme a la norma oficial mexicana NOM-234-SSA1-2003 las actividades asignadas a mi turno son para mi aprendizaje y desarrollo como médico general sin responsabilidades directas sobre el manejo y/o tratamiento indicado por mis superiores, ya que el internado de pregrado es un ciclo académico teórico- práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina.

Informe de Hechos de SP2

Hago constar que el día de los hechos, me encontraba en el descanso médico, cuando recibí una llamada de AR2, comentándome que había una cesárea, en el momento de la llamada se asomó P4 diciéndome lo mismo, por lo cual me trasladé al área de tococirugía, y en el transfer me encontré con Q2, quien me mencionó que se trataba de una paciente que estaba en trabajo de parto con producto óbito, y que se requería una

cesárea de urgencia; de inmediato me traslade al área quirúrgica, encontrando en sala de tococirugía a paciente con dolor obstétrico, con monitoreo tipo I estable hemodinámicamente, me presento con la paciente, le informo los riesgos anestésicos, le realizo un interrogatorio básico. Se le pasó a la paciente una carga de solución Harman 500 mililitros antes de bloqueo, se colocó de cubito lateral izquierdo, localizando espacios intervertebrales, realizando asepsia de región lumbosacra, se colocó campo estéril, se infiltró con lidocaína, se procedió a bloqueo espinal con aguja Número 27 whitacre, intentos 1 técnica líquido cefalorraquídeo, pasando dosis anestésica por aguja, una vez terminada la aplicación de anestesia se colocó a la paciente de cubito dorsal, colocando cuña en región lumbar derecha, oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto, latencia 5 minutos. Posteriormente se inició el ritual quirúrgico, procediendo a realizar cesárea, al llegar a cavidad la Doctora comenta que hay ruptura uterina y lesión de vejiga, se toman medidas como una segunda vía y la disponibilidad de sangre; de cesárea se obtiene producto único Óbito. La paciente se mantuvo estable durante el procedimiento, alumbramiento manual, sangrado aproximado 400 mililitros. Se pasan adyuvantes que están en la hoja de registro anestésico, así mismo cantidad de líquidos. Comento la Ginecóloga que la paciente sería trasladada a la Ciudad de Durango por ruptura uterina y lesión en vejiga, se termina procedimiento, paciente estable sin complicaciones anestésicas, ya con movilidad de extremidades inferiores, es trasladada a la ciudad de Durango."

14. Mediante oficio No 134/19, notificado en fecha 10 de julio de dos mil diecinueve, este Organismo solicitó a **SP3** copia del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que le fue brindada a **QV1**.

15. En respuesta, el 05 de agosto de dos mil diecinueve se recibió el oficio sin número, mediante el cual **SP3** remitió copia del expediente clínico número 637069.

16. En fecha 05 de agosto de dos mil diecinueve, se recibió en este Organismo el oficio: SSD/SJ/NORM/295/2019, mediante el cual **SP1** ofreció como pruebas de su intención las documentales consistentes en copia simple del expediente clínico número 28899 a nombre de **QV1**; de la ratificación de su informe de hechos, y de acuse de recibido de su oficio número SSD/SJ/NORM/263/2019, de fecha 13 de junio de dos mil diecinueve, mediante el cual remitió copia de la queja a **SP4**, a fin de que se determinara si hubo o no, responsabilidad por parte de los servidores públicos involucrados, y la testimonial a cargo de **P2**.



17. En fecha 07 de agosto de dos mil diecinueve, este Organismo acordó la admisión de las pruebas ofrecidas por **SP1**, notificándosele mediante oficio No. 150/19.

18. Mediante oficio No. 151/19, notificado en fecha 08 de agosto de dos mil diecinueve, este Organismo envió citatorio a **P2** para que acudiera al desahogo de la prueba testimonial a su cargo.

19. En fecha 28 de agosto de dos mil diecinueve, personal de este Organismo levantó la declaración de **P2**, misma que se dio bajo el siguiente tenor:

"Que es mi deseo ratificar como mía la declaración que aparece en el informe número 106709/000788 de fecha 01 de julio de 2019, rendido por AR1, en el que manifesté: (transcrito en el punto número 13.). A pregunta expresa de visitador contesta A LA PRIMERA: Que diga la declarada, a quien y cuáles fueron las indicaciones que dejó escritas en la nota médica que ella realizó. A LO QUE RESPONDE: A las enfermeras de urgencias y al médico que solicitó la interconsulta, dichas indicaciones se encuentran en el expediente médico. A LA SEGUNDA: Que diga la declarada, cual paciente era la que solicitaba su presencia en la llamada telefónica que recibió vía celular de xxxxx, donde le informaba que una paciente solicita su presencia para aclarar dudas. A LO QUE RESPONDE: Era una paciente de nombre xxxxx, que había presentado una hemorragia obstétrica en la madrugada, y QV1, todavía no ingresaba a toco cirugía. A LA TERCERA: Que diga la declarada, a quien se le indicó chequeo cada 15 minutos de la frecuencia cardíaca, posterior al ingreso de QV1 a tococirugía. A LO QUE RESPONDE: A P6. A LA CUARTA: Que diga la declarada, el motivo por el cual no se encontraba el médico adscrito de base laborando los días 27 y 28 de abril de 2019. A LO QUE RESPONDE: Le otorgaron un permiso, desconozco el porqué, el cual me pidieron a mí cubrir. A LA QUINTA: Que diga la declarada, durante su servicio social en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., en cuantas ocasiones actuó sin contar con la asesoría de un médico adscrito de base. A LO QUE RESPONDE: En muchas ocasiones, aclarando que de una semana la mitad de la semana no se cuenta en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., con médico adscrito de Ginecología, ya que solo estaba de lunes a miércoles, de 7:00 am a 8:00 pm, y los miércoles siempre se iba a las 2:00 de la tarde, por lo que durante esos días en las noches y los demás días de la semana completos, yo siempre me encontraba sin médico adscrito de Ginecología, encargándome de cirugías, valoraciones en urgencias, vigilancia de pacientes en piso, tococirugía y la consulta externa. A LA SEXTA: Que diga la declarada, por qué pasaron 40 minutos en comenzar la cirugía, después que usted indicó una cesare urgente. A LO QUE

RESPONDE: Fue lo que se tardaron los departamentos de anestesiología y enfermería en preparar la sala, agregando que dentro de estos 40 minutos, se toman en cuenta los minutos que el anestesiólogo se tardó en anestesiarse a la paciente."

20. Con fecha 29 de agosto de dos mil diecinueve, personal de este Organismo levantó acta circunstanciada en la que hizo constar que se constituyó en la Agencia del Ministerio Público de Santiago Papasquiaro, Dgo, entrevistándose con **SP5**, a quien solicitó información sobre la existencia de Carpeta de Investigación iniciada con motivo de los hechos de la queja, manifestando que sí existe Carpeta de Investigación, y que es la número 292/19, la cual se encontraba en integración.

21. Mediante oficio 2996/19, notificado el 25 de septiembre de dos mil diecinueve, este Organismo solicitó a **P5** la elaboración de Dictamen o peritaje médico, respecto a los hechos que motivan la tramitación de la queja.

22. En respuesta, mediante oficio sin número, recibido en esta Comisión el 21 de octubre de dos mil diecinueve, **P5** remitió el Dictamen, en el que en parte relativa asentó lo siguiente:

VII.- ANÁLISIS MÉDICO LEGAL:

El objetivo del presente dictamen es evidenciar objetivamente un análisis detallado sobre el caso en cuestión y el actuar del personal médico del Hospital General de Santiago, Papasquiaro, Dgo. a la Paciente de nombre QV1, con los riesgos a que estuvo expuesta durante el proceso de atención médico-quirúrgica de trabajo de parto y si estos pudieron ser prevenibles, evitar los errores y la mala práctica, ofrecer una atención médica segura y evitar el daño para la paciente y la responsabilidad profesional del médico.

El 28 de Abril de 2019, QV1 (mujer de 24 años) acudió al servicio de urgencias del HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, aproximadamente a las 09:15 a.m., porque cursaba su SEGUNDO embarazo, presentaba "dolor cólico irregular" y "salida de líquido transvaginal, por lo que fue atendida por MÉDICO ADSCRITO a las 09:15 horas de ese mismo día, quien la reportó con los antecedentes gineco-obstétricos, EF: CONSCIENTE CARDIORRESPIRATORIO SIN COMPROMISO, ABDOMEN GLOBOSO, ÚTERO GESTANTE, PUVI, CEFÁLICO DORSO IZQ., FCF 150 X, AFU 33 CM, AL TV CUELLO CORTO DILATACIÓN 2 CM, BORRAMIENTO 50%, POSICIÓN ANTERIOR, NO DATOS DE VASOESPASMO, DIAGNOSTICO DE EMBARAZO DE 40 SDG+PB RPM, PB DCE, + TDL, PLAN VALORACIÓN

POR GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ", según se advierte de su "Nota Médica de Urgencias".

ESE MISMO DIA SE OTORGA LA VALORACIÓN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ES OTORGADA A LAS 11 HRS. POR UNA MEDICO RESIDENTE LA CUAL EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA encontró a QV1 CON EMBARAZO DE 40 SDG, consciente, orientada en sus tres esferas, con abdomen globoso, útero gestante, con producto único vivo que presentaba "situación longitudinal, presentación cefálica, DORSO A LA IZQUIERDA, frecuencia cardíaca fetal de 130 por minuto normal intensidad, al tacto vaginal reportó cérvix con 03 cm de dilatación, borramiento del 60 % valsalva, NO SE PALAPA AMNIOS, PELVIS ÚTIL, PRODUCTO EN PRIMER PLANO , EXTREMIDADES SIN COMPROMISO, embarazo de 40 semanas de gestación POR FUR, 1 CESÁREA PREVIA, TRABAJO DE PARTO LATENTE , RPM DE 6 HRS DE EVOLUCIÓN, DENTRO DE LAS INDICACIONES ESTÁN: 2.- SOL GLUC 5% 500cc + 50 de oxitocina a 12 gotas por minuto, 7.- vigilar fcf y actividad uterina cada 15 minutos.

Respecto a la atención médica brindada por MEDICO RESIDENTE, COMO PERITO MÉDICO DE ESTA COMISIÓN OBSERVO QUE debió supervisar a los médicos internos de pregrado para que las indicaciones antes mencionadas se llevaran a cabo, así como la debida requisición de la historia clínica completa y la hoja del partograma de QV1 con el fin de establecer los riesgos que podían presentar el binomio materno-fetal, además QV1 era segunda con embarazo a término en cesárea abdominal, el MEDICO RESIDENTE RA, activó el código rojo, posterior la revisión del foco fetal 17:20 hrs, por lo que según declaraciones hubo un retraso para la preparación de la sala quirúrgica, a pesar de la activación del código rojo.

Por lo anterior, MEDICO RESIDENTE cumplió con lo previsto en el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993, que señala: "A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica (...)", y con el punto 4.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que señala que debe anotarse en el mismo, el: "(...) padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronósticos (...)" acordes al estado que presentaba QV1, ya que tenía antecedentes de cesárea previa hace 7 años, y aun así se reporta pelvis útil, con producto en primer plano, borramiento y dilatación, fcf, Dentro de parámetros, normales, más no se dio seguimiento supervisión de vigilancia de la fcf y actividad uterina por médicos internos cada 15 minutos, que según declaración de la paciente nunca hubo tal vigilancia, hasta que médico residente solicita a médico interno que la realiza sin encontrar evidencia de foco cardíaco fetal, y la médico residente por segunda vez a las 17:20 horas donde confirma la ausencia de frecuencia cardíaca, motivo por el cual se activa el código rojo, cabe destacar que la médico residente y los médicos internos de pregrado nunca

estuvieron supervisados por los médicos adscritos al servicio como primeros responsables del turno, ya que los médicos antes mencionados están en formación. Asimismo, el MÉDICO RESIDENTE debió realizar a QV1, un adecuado interrogatorio, valorar el peso, talla maternos del binomio y el riesgo obstétrico con el fin de establecer específicos factores y antecedentes de importancia de la paciente, así como el bienestar del producto de la gestación mediante la realización de ultrasonido obstétrico para cuantificar el peso probable del feto, así como determinar el bienestar fetal, la edad gestacional de feto y sospechas si existía alguna dato clínico en la cicatriz del útero secundario a la cesárea previa realizada 7 años atrás, estudio que constituye un elemento de apoyo diagnóstico y los cuales considero que no existían riesgos, por lo que se indica la inducción y conducción del trabajo de parto, ya en la evolución de trabajo de parto la paciente refiere un fuerte dolor que es compatible con la ruptura uterina y la ausencia de frecuencia cardíaca fetal, repostada por la paciente al servicio de enfermería y a los médicos internos, a lo cual estos no le dieron importancia, hasta que la MEDICO RESIDENTE por las características del cuadro clínico sospecho de la ruptura uterina de forma fortuita, sin antecedentes de sospecha para esta y sin contraindicaciones de trabajo de parto, la paciente QV1 tenía ALGUNA ANORMALIDAD PARA LA CONTINUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, por lo que MÉDICO RESIDENTE habría podido decidir la interrupción del embarazo vía cesárea, o bien, establecer una vigilancia estrecha para conocer la evolución respecto a LA RUPTURA UTERINA, situaciones que no fue posible ya que no se contaba con médico adscrito de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, quien asesorara, auxiliara con la vigilancia de otras pacientes internadas y al no SUPERVISAR QUE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO, REALIZARAN LA VIGILANCIA CORRESPONDIENTE de manera temprana y oportuna, favoreció las complicaciones perinatales que posteriormente presentaron tanto QV1 como el producto de la gestación, por ello, el MEDICO RESIDENTE responsabilizó a los médicos internos de pregrado ya que tenía otras valoraciones pendientes, por lo que se incumplió el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993, los puntos 5.4.2 y 5.4.2.1 respecto a que: "El control del trabajo de parto normal debe incluir: (...)", "La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)", con el fin de otorgar una adecuada atención médica al binomio materno-fetal, YA QUE EN ESE MOMENTO ERA EL MÉDICO DE MAYOR JERARQUÍA, POR LO QUE ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL MÉDICO RESIDENTE R4 Y LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO SON PERSONAL EN FORMACIÓN QUIENES DEBEN DE ESTAR EN TODO MOMENTO SUPERVISADOS POR PERSONAL ESPECIALISTA ADSCRITO A ESTE SERVICIO, MÁS NO SE OBSERVAN EVIDENCIAS OBJETIVAS DE ESTA SUPERVISIÓN.

Además, el MÉDICO RESIDENTE, omitió realizar una evaluación cuidadosa respecto a la "salida de líquido transvaginal de 3 horas de evolución", circunstancia que evidenciaba la ruptura prematura de membranas, por ello, debía VIGILAR de manera directa la salida espontánea de líquido amniótico para evaluar la presencia del referido líquido en el fondo del saco posterior, y documentar adecuadamente la ruptura de membranas con la prueba de hieles y/o nitrazina, no obstante, ninguna de éstas fue realizada por el MÉDICO RESIDENTE, además los cambios en la cantidad del líquido amniótico son factores indicativos de afectación del bienestar del producto como sufrimiento fetal, por lo que era necesaria la ponderación de medidas preventivas como la cesárea; por ello, el MÉDICO RESIDENTE incumplió con lo previsto en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura al no realizar los procedimientos indicados para la vigilancia estrecha de la ruptura prematura de membranas que cursaba QV1 inobservó el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993 que dispone: "A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará (...) el partograma".

Asimismo, el MÉDICO RESIDENTE, debió elaborar, VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LA INDICACIÓN, REGISTRO Y REPORTE DE LA ACTIVIDAD UTERINA Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN el partograma completo de QV1 EN LA SALA DE TOCO CIRUGÍA, ya que en éste debían reportarse los cambios de la misma como el borramiento, la dilatación, las contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal CADA 15 MINUTOS que, entre otros elementos, permiten reconocer la evolución del trabajo de parto y establecer las medidas preventivas a seguir.

A las 17:20 horas del 28 de Abril de 2019, MÉDICO RESIDENTE asentó en la "Hoja de Vigilancia y Atención del Parto" (partograma), que QV1 AUSENCIA DE FCF, 10 CM DE DILATACIÓN", sin embargo, MÉDICO RESIDENTE, omitió requisitar nuevamente y de forma adecuada y completa el partograma y MI opinión COMO PERITO MÉDICO FORENSE valoró la altura de la presentación de producto, el tipo de pelvis de QV1 para saber si era o no útil para el nacimiento por esta vía de producto; omitió realizar nuevamente la especuloscopia, documentar la ruptura de membranas, solicitar ultrasonido obstétrico para estimar la cantidad de líquido amniótico, valorar el bienestar fetal, la edad gestacional y el riesgo obstétrico, por lo que inobservó los puntos 5.1.5, 5.4.1.1 y 5.4.2.1 de la NOM-007-SSA2-1993, respecto a la valoración del riesgo obstétrico, la elaboración del partograma, la vigilancia del trabajo de parto y el bienestar fetal; el LTCS respecto a la ponderación de la realización de la cesárea, la especuloscopia y la valoración de la cantidad de líquido amniótico, así como el punto 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo al expediente clínico: "(...) conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica (...) el cual, consta de documentos escritos (...) en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones

(...) correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables," dado que MÉDICO RESIDENTE no SUPERVISÓ LA ELABORACIÓN de manera completa el partograma. Asimismo, EN MI OPINIÓN debido a que MÉDICO RESIDENTE R4, ES MÉDICO EN FORMACIÓN DE ESPECIALIDAD, debió SER AUXILIADA Y ASESORADA POR MÉDICO ADSCRITO DE GINECO-OBSTETRICIA, dado que es el especialista RESPONSABLE quien conoce a fondo la fisiología obstétrica, DE LA ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DE TODOS LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN QUE ROTEN EN SU SERVICIO Y TURNO CORRESPONDIENTE, por lo que infringió el punto 5.4.1.4 de la NOM-007-SSA2-1993.

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

A las 09:15 horas del 28 de Abril de 2019, QV1 ingresó al servicio de Urgencias y tococirugía del hospital general de Santiago Papasquiaro, Dgo., lugar en el que fue atendida por médico general adscrito, médico residente R4 y dos médicos internos de pregrado, quienes no dieron seguimiento a la indicación de vigilancia de fcf y actividad uterina y refirieron que QV1 cursaba con ruptura de membranas de 6 horas de evolución, le indicaron la "inducción del trabajo de parto con SOL GLUC 5% 500cc + 50 de oxitocina a 12 gotas por minuto para mejorar condiciones cervicales y desencadenar trabajo de parto" y la diagnosticaron con embarazo 40 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas y trabajo de parto latente.

En este caso para este servidor como perito médico forense y tomando en cuenta la bibliografía revisada, el Médico General adscrito al servicio de urgencias quien fue el primer evaluador de realizó la valoración correspondiente adecuadamente, al investigar los antecedentes y solicitar la valoración por el servicio de obstetricia, siendo valorada por el médico residente y quedando a cargo de la vigilancia del parto por los médicos internos de guardia, los cuales debieron de valorar la altura de la presentación y fcf, de producto dado que ya habían transcurrido ocho horas desde el ingreso de QV1 al hospital general de Santiago Papasquiaro, Dgo., y producto continuaba en el primer plano de Hodge, lo que significaba que no había descendido de forma adecuada, y según declaración de QV1 no le hicieron caso cuando refería que tenía mucho dolor y que su bebe no se movía, tanto por los médico internos como por las enfermeras en turno, hasta que se suscitaron los hechos los cuales se reporta a médico residente.

No pasa desapercibido para el análisis de este dictamen que QV1 fue atendida por un Médico General, un Médico residente en servicio social y dos médicos internos de pregrado, Sumándose en el tratamiento quirúrgico un médico Anestesiólogo, QV1 menciona en su queja que "Hubo anomalías en el servicio que me proporcionaron en el

Hospital general de Santiago Papasquiaro, Dgo., (...) ya que tenía 40 semanas de gestación, presentaba contracciones y se me había reventado la fuente a las 07:30 de la mañana, por lo inmediatamente me pasaron a consulta donde me dice el doctor que presentaba la pelvis muy estrecha, que para él era mejor hacer una cesárea, por lo cual me iba a pasar con la ginecóloga para que ella me valorara, de ahí me pasaron a una cama en la sala de urgencias, donde estuve como 40 minutos hasta que llegó la ginecóloga del hospital, quien me hizo un ultrasonido y me dijo que todo estaba bien, que tenía 3 centímetros de dilatación, que me iba a dar una prueba de parto natural, de ahí me pasaron a toco cirugía, donde al llegar me reviso la dilatación una doctora pasante y me dijo que ya traía 4 centímetros de dilatación, hay me estuve en trabajo de parto como hasta las 4 de la tarde sin que me revisaran la frecuencia cardíaca de mi bebé, ni me revisaban la dilatación, a pesar de que yo en repetidas ocasiones le dije a la doctora pasante, que había sentido un dolor muy fuerte y que sentía muchas ganas de pujar y solo me contestaba que no era momento de pujar, y le dije que porque si revisaba a otra señora que estaba a un lado de mí y a mí no me revisaba, a lo que me contesto que porque ella había llegado desde en la madrugada. Como a las 4 de la tarde se fue todo el personal a comer quedándose solo una enfermera. como a las 04:30 de la tarde que regreso de comer la doctora pasante, me reviso la dilatación y me dijo que ya traía 8 centímetros de dilatación y es esos momentos entro un médico joven y le pregunto a la doctora pasante que cuanto tenia de dilatación y ella le respondió que tenía 8 centímetros de dilatación que me acababa de revisar, pero el doctor insistió en revisarme y al revisarme se dio cuenta que ya tenía 10 centímetros de dilatación y me dice que comience a pujar, pero yo ya no tenía contracciones, en esos momentos llego la ginecóloga. la cual no me había vuelto a revisar desde las 10:30 de la mañana que me había revisado, la cual al ver que me encontraba con la dilatación completa, les pregunto a los médicos que cuanto hacía que me habían revisado la frecuencia cardíaca, el médico contesto que hace rato, y yo le dije a la ginecóloga que desde las 10:30 de la mañana que ella me había revisado la frecuencia cardíaca, ya no me la habían vuelto a revisar, en esos momentos el médico se puso a revisar la frecuencia cardíaca de mi bebé, yo le pregunte que si todo está bien, porque yo no escuchaba el latido del bebé y él me contesta que sí, que todo estaba bien, en esos momentos me trasladaron a urgencias a hacerme un ultrasonido, y solo me dijo la ginecóloga que me tenían que hacer cesárea, y me trasladan al quirófano donde me realizaron la cesárea, y al estar realizando la cesárea la ginecóloga me dijo, que se me había reventado el útero y que tenía la vejiga destrozada, yo le conteste que como está el bebé y me dice que lo están revisando y que a mí me tienen que trasladar a Durango para que me hagan una reconstrucción de vejiga, y cuando me están sacando para trasladarme en la ambulancia el anestesiólogo me dijo que mi bebé había muerto, me dejaron ver a mi bebé unos minutos y de ahí me trasladaron a Durango al Hospital Materno Infantil, donde me hicieron la

reconstrucción de la vejiga... Yo estoy consciente de que mi bebe murió a causa de la ruptura uterina, pero si me hubieran revisado la frecuencia cardíaca, se habrían dado cuenta que el bebe tenía sufrimiento fetal y me hubieran sacado a mi bebe a tiempo y no hubiera fallecido, agregando también que yo tuve un embarazo sin complicaciones, ya que durante todo mi embarazo acudí a chequeos médicos y nunca tuve ninguna complicación... El viernes 31 de mayo de 2019, acudí al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., donde estuve platicando con AR1 quien solo me dijo que se les levantó reporte a la enfermera, a la doctora pasante y a la ginecóloga, pero que ella no podía hacer nada más, que ya todo estaba en manos de Durango, pero que ella me iba a apoyar con ayuda psicológica y con consultas de ginecología para acreditar los hechos narrados...(...)"

Cabe destacar que un médico residente de la especialidad de Ginecología y obstetricia, tiene más experiencia por su formación previa que un médico general, el residente tiene la experiencia de haber rotado y aprobado las evaluaciones correspondientes en esta especialidad, más el exceso de trabajo y la ausencia de médico adscrito especialista en gineco-obstetricia contribuye a las complicaciones de QV1 y la pérdida de vida del producto, en parte fortuito y en parte por la no detección a tiempo para la prevención de las complicaciones y la pérdida de vida del producto de la gestación. Más sigue siendo un médico en formación, quien debe de estar supervisado y dirigido por otro médico especialista legalmente titulado y acreditado para fungir como adscrito del servicio, encargado y responsable de todas las pacientes que requieran de valoración ginecológica y como en este caso de todas las pacientes embarazadas en cualquier momento o periodo que requiera la atención médica correspondiente.

No se diga de la responsabilidad de los médicos internos de pregrado o médicos pasantes del servicio social, quienes por rango de responsabilidad no tienen ninguna ya que están en formación básica para concluir la licenciatura.

Refiere el médico residente, en su declaración menciona lo siguiente "SIC...(...)... la paciente QV1 de 29 años, la cual fue atendida medicamente el día 28 de abril del 2019 en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, donde yo realizo mi servicio social del cuarto año de la residencia de Ginecología y Obstetricia. QUIERO HACER HINCAPIÉ EN QUE DICHA FECHA YO ME ENCONTRABA CUBRIENDO EL SERVICIO EN LA JORNADA ACUMULADA YA QUE EL MÉDICO ADSCRITO DE BASE NO SE ENCONTRABA LABORANDO, POR LO QUE SE ME SOLICITÓ POR PARTE DE JEFATURA DE GINECOLOGÍA APOYO, PARA CUBRIR LOS DÍAS 27 Y 28 DE ABRIL, Y ASÍ NO DEJAR DESCUBIERTO EL SERVICIO, SIN CONTAR COMO DÍAS OBLIGATORIOS DE MI SERVICIO SOCIAL..." cabe mencionar que esta información es de vital importancia ya que en las notas médicas aparece el nombre de xxxx, de la cual no se

evidencia su participación en la atención médica de QV1, existen incongruencias ya que al parecer no se justifica la ausencia del médico adscrito especialista.

"...posterior a valoración por médico general, se me solicita valoración de dicha paciente; encontrando embarazo de término con trabajo de parto latente con ruptura de membranas y una cesárea previa con bienestar fetal e índice de líquido amniótico adecuado para embarazo a término pese a ruptura de membranas. Se informa a paciente y familiar el estado del binomio al igual que el pronóstico y que el plan a seguir será una prueba de trabajo de parto con vigilancia de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal..." hasta este momento no existía ninguna contraindicación para un trabajo de parto normal. "

...Posteriormente acudo a tococirugía para valoración de paciente que fue código rojo con laboratorios de control, al ingresar al área, observo a la paciente QV1 en su camilla, primeramente le pregunto cómo se encuentra, y me dice que tiene mucho dolor, hace referencia a que tuvo un dolor muy fuerte casi una hora antes y que posterior a ese dolor las contracciones cesaron un poco, le pregunto que si su bebé se mueve bien y me responde que tiene rato que no percibe los movimientos, se realiza revisión vaginal notando dilatación completa, y ausencia de descenso de la presentación pese a valsala, el médico interno que se encuentra en el área de labor intenta checar frecuencia cardíaca en ese momento y me informa que no encuentra la frecuencia con del tococardiógrafo portátil, por lo que intento hacerlo yo misma, y al no encontrarlo realizo rastreo ultrasonográfico donde observo ausencia de frecuencia cardíaca y ausencia de líquido amniótico, además de observar pérdida de la actitud fetal, se informa a paciente sobre su situación y sospecha de complicación, informando también a médico subdirector de fin de semana, indicando cesárea urgente, se informa a enfermeras de la urgencia solicitando preparar sala y pasar paciente de manera inmediata, se informa a médico pediatra que se encontraba dentro de tococirugía atendiendo a un neonato, para que asista en la cirugía, y se solicita a médico anestesiólogo vía telefónica para acudir a urgente, en el transcurso del momento en que me percaté de complicación en la paciente al momento de comenzar la cirugía pasaron 40 minutos, pese a informar que es un código rojo..." En este momento se observa que la presencia de una complicación severa por lo que se activa el código rojo, dejando en duda porque el retardo de 40 minutos en su aplicación, ¿falta de personal? ¿falta de apego a protocolos? ¿quirófanos adecuados? Etc. Las incógnitas antes mencionadas me alertan a que debe de ser investigada a conciencia las contradicciones del informe realizado por el departamento jurídico y la declaración de P2, así mismo mencionar que el actuar de la médico residente fue acertada y heroica "...se inicia cirugía encontrando hemoperitoneo y producto libre en cavidad se corta y pinza cordón, producto sin llanto, se pasa a pediatría, se observa placenta libre en cavidad, además de lesiones en segmentos uterinos con prolongación hacia cara anterior derecha con lesión total a vejiga, simultáneamente se solicita a

directivos organizar traslado de paciente a tercer nivel al término de la cirugía. Luego se realiza hemostasia y reparación parcial de útero sin ameritar histerectomía, se realiza empaquetamiento con dos compresas en cavidad abdominal con cierre de pared abdominal a nivel dérmico solamente. Se informa a paciente y familiar sobre el estado de la paciente, el plan y el pronóstico, además de informar que el recién nacido estaba en paro cardiorrespiratorio y no respondió de manera favorable a la reanimación cardiorrespiratoria que se otorgó por médico pediatra. Luego de esto me dispongo a prepararme para traslado, con medicamentos y artículos necesarios para el traslado en caso de requerirse. En todo momento se mantuvo informado a directivos del hospital, además de estar en contacto e informar del caso de la paciente al hospital al cual se dispone a trasladar. Ya con la paciente en la ambulancia el chofer me informa que no cuenta con tanque con oxígeno por lo cual se solicita para sostén de la paciente, y posterior a esto viajamos hacia la ciudad de Durango...”, es evidente que toma decisiones acertadas en un código rojo a pesar de las inconsistencias institucionales. Uno de los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a que los médicos titulares, de base o adscritos delegan su responsabilidad en pasantes en medicina del servicio social o en médicos residentes, lo cual implica una desviación del servicio público en materia de salud.

En la citada Recomendación General se señaló que en las quejas recibidas por violación al derecho a la protección de la salud se observa la insuficiente supervisión de los médicos residentes y los pasantes en medicina del servicio social, si bien los primeros son profesionales en la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, asisten a los especialistas para auxiliarlos en la atención de los enfermos en calidad de alumnos dado que se encuentran en periodo de capacitación, y los segundos, deben “(...) prestar su servicio social tal como lo señala la ley, prioritariamente en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en áreas de menor desarrollo económico y social, y estarán autorizados por ley a prescribir, únicamente y con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine, y no deberán brindar ningún otro tipo de tratamiento que no esté supervisado por los médicos titulares responsables de las unidades de servicio médico. Sin embargo, aun cuando el marco jurídico prescribe la necesaria supervisión de los médicos titulares, en muchas ocasiones ello se omite, lo que acarrea graves consecuencias a la salud de los pacientes” como aconteció en el caso de QV1 y el producto de la gestación.

Observo, que si un médico residente debe ser supervisado, con mayor razón deberá serlo un médico interno de pregrado, tampoco es adecuado que se delegue la prestación de la asesoría al personal de enfermería por ello, es preocupante que quienes deben ser supervisados y el exceso de trabajo de médico residente por médicos titulares o de base recaiga en ellos, a su vez, la obligación de supervisar a médicos internos de pregrado dado que los tres se encuentran en formación y deben recibir capacitación de acuerdo a

su grado de estudios con el fin de evitar las complicaciones que posteriormente presentaron QV1 y el producto de la gestación. En consecuencia y por orden de jerarquías el médico titular o adscrito debió de vigilar la actuación de médicos residentes e internos de pregrado, en ausencia de este por cualquier circunstancia queda a cargo el subdirector médico, si por perfil no es el correspondiente para ello, éste tiene la obligación de informar a su superior inmediato ya sea jefe de servicio o en su defecto al director médico del hospital para buscar la solución correspondiente en bien de los pacientes.

Cabe destacar que es obligación de los jefes superiores al otorgar un permiso o confirmar la falta del personal médico y paramédico, siendo una obligación administrativa el cubrir con personal adscrito calificado esta ausencia siendo parte de sus funciones por cualquiera de los medios para que no se vea afectada la atención médica de los pacientes.

La "Nota de Ingreso a Ginecología y Obstetricia" suscrita únicamente por el médico residente y los pasantes en medicina; por ello, es aplicable el artículo 7 del RQM-IMSS que dispone: "Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes".

Por lo anterior, el médico gineco/obstetra adscrito al turno, subdirector médico del turno, jefe del servicio y el director médico del hospital, omitieron asesorar y supervisar a Médico residente e internos para que estos últimos realizaran lo previsto en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, 5.4.2.3 y 5.4.2.5 de la NOM-007-SSA2-1993 respecto al control del trabajo de parto, y en específico, a valorar y ponderar la altura de la presentación del producto, ya que el producto de la gestación aún no había descendido, detectar a tiempo el sufrimiento fetal pudiendo evitar en lo posible el fallecimiento del producto y la ruptura útero/vesical con una buena vigilancia del trabajo de parto.

El médico adscrito, subdirector médico del turno, jefe del servicio y el director médico del hospital, vulneraron los artículos 24 de la LGE, 84 de la LGS, tercero, fracción XIII del Acuerdo y las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción.

No pasa desapercibido la falta de médico gineco-obstetra, por lo que el HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO., incurrió en responsabilidad institucional porque en la ausencia del médico gineco/obstetra adscrito al turno, la responsabilidad recae en el jefe inmediato superior (subdirector médico o el jefe del servicio o el director médico del hospital) para realizar las gestiones necesarias y solucionar el problema así como la referida supervisión al MÉDICO RESIDENTE E

INTERNOS DE PREGRADO, y en consecuencia, brindar una atención médica adecuada y especializada a QV1, quien cursaba con trabajo de parto, y al no hacerlo, se contravino con los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, se considera que violaron el derecho a la protección de la salud de QV1, quien presentaba la detención del trabajo de parto, asociado a riesgos para el binomio materno-fetal, de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993.

Lo anterior se fundamenta en que los médicos residentes, internos de pregrado y médicos pasantes de servicio social deberán prestar su servicio de internado y social tal y como señala la ley, y deberán ser supervisados por médicos de base, así como lo previsto en los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM- 001-SSA3-2012, que en términos generales prevén que los médicos residentes, como internos, estarán sujetos a la dirección y supervisión de un profesor titular, quien debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de octubre de 1983 y el 2 de marzo de 1982, base 20ª: "El Programa Nacional del Servicio Social, comprende el conjunto de actividades por medio de las cuales habrá de lograrse la utilización de los recursos humanos y materiales en dicho servicio, tomando en consideración, los siguientes aspectos: (...) III.- La corresponsabilidad de las Instituciones de Servicio y de las de Educación Superior en la planeación, asesoría, supervisión, control y evaluación del servicio social; y (...) y base 23a.: "De acuerdo con la Base anterior, cada Institución de Servicio y de Educación Superior elaborará su programa específico de servicio social, en el que precisará lo siguiente: (...) V.- Procedimientos de supervisión, asesoría y evaluación permanente del servicio social (...). La disposición para los profesores titulares y adjunto. 9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente."

"Para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo con la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes."
"Derechos de los médicos residentes": "Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias."
"Obligaciones de los médicos residentes": "Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes (...) siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residencias (...)", Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de enero de 2013.

Es el: "(...) profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo", punto 4.4 de la NOM-001-SSA3-2012.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la obligación de realizar o de hacer, implica que el Estado debe garantizar que "los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada". Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo estos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los "establecimientos públicos de salud", no puede faltar "personal médico y capacitado".

El artículo 70, fracción I, del RLGS-PSAM, señala que los Hospitales Generales son establecimientos de segundo y tercer nivel y deben de contar con las especialidades básicas como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y las especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, y si bien el hospital general de Santiago Papasquiaro, Dgo., tiene una denominación de Hospital General si contaba con los servicios de urgencias y hospitalización en la especialidad de gineco-obstetricia, como lo dispone el segundo párrafo del numeral 77 bis 1 de la LGS, por lo que se infiere que se trata de un hospital de segundo nivel, por ello también se infringieron los artículos 51, 61 párrafo primero y 61 Bis de la referida ley, y los diversos 21 y 26 del RLGS-MPSAM.

CONCLUSIONES:

PRIMERA: SI EXISTIÓ MAL PRAXIS EN SU VARIANTE DE NEGLIGENCIA MEDICA POR LA FALTA SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO DE QV1, POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO EN FORMACION, MAS NO ES APLICABLE PARA ELLOS (MÉDICO RESIDENTE E INTERNOS) Y NO TUVIERON AUXILIO Y ASESORÍA POR SU SUPERIORES INMEDIATOS, POR LA CARGA DE TRABAJO EN HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, EN DIA 28 DE ABRIL DEL 2019, A LO QUE SUGERIMOS SE SOLICITEN BITÁCORAS DE TRABAJO DEL PERSONAL MÉDICO INVOLUCRADO, PARA RATIFICAR O RECTIFICAR DICHO ARGUMENTO.

SEGUNDA: SI EXISTIÓ RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL EN SU VARIANTE DE NEGLIGENCIA MEDICA POR LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A QV1, YA QUE FUERON ATENDIDOS POR

PASANTES EN MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES EN PERIODO DE FORMACIÓN DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y LEYES SEÑALADAS YA QUE NO CONTARON, CON LA FALTA DE SUPERVISIÓN DE MÉDICOS ADSCRITOS, LO QUE SE TRADUCE EN RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL. EN ESTE TENOR SUGIERO CONFIRMAR LOS DATOS RELACIONADOS EN EL EXPEDIENTE EN CUESTIÓN SOBRE:

1. LA FALTA DE PERSONA MÉDICO Y PARAMÉDICO ADSCRITO A ESE HOSPITAL.
2. EL RETARDO EN PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS SALAS DE QUIRÓFANO.
3. EN LA FALTA DE MATERIAL REGISTRO TOCOGRÁFICO EN LA SALA DE TOCOCIRUGÍA Y EL EQUIPAMIENTO ADECUADO DE LAS AMBULANCIAS DE TRASLADO.

TERCERA: SI EXISTIO APEGO A LA LEX ARTIS EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA BRINDADA A QV1, POR LA MEDICO RESIDENTE, EL DIA 28 DE ABRIL DEL 2019, SALVÓ LA VIDA DE LA PACIENTE, YA QUE FUE DE VITAL IMPORTANCIA EL ACTUAR MÉDICO RECIBIDO PARA SU TRASLADO Y ATENCIÓN EN OTRA UNIDAD HOSPITALARIA.

CUARTA: SI EXISTIO APEGO A LA LEX ARTIS EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A LA C. QV1, POR DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE ESTA CIUDAD CAPITAL, DE LOS DÍAS 28 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DEL 2019, FUE ADECUADA Y CUMPLE CON LA LEX ARTIS, YA QUE FUE DE VITAL IMPORTANCIA EL ACTUAR MÉDICO PARA SU ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICO Y SEGUIMIENTO."

23. Con fecha 14 de noviembre de dos mil diecinueve, personal de este Organismo levantó acta circunstanciada en la que hizo constar que se constituyó en la Agencia del Ministerio Público de Santiago Papasquiaro, Durango., en donde **SP5** informó que aún se encontraba trabajando en la Carpeta de Investigación 292/19 iniciada con motivo de la denuncia presentada por **QV1**.

24. En fecha 15 de noviembre de dos mil diecinueve, se recibió el oficio No. DI-5540/2019, expediente No. SC-DI-D-084/19.7, mediante el cual **SP6** hizo del conocimiento que en esa Dirección de Investigaciones de la Secretaría de Contraloría se inició investigación con relación a la queja formulada ante esta Comisión y solicitó informe si continuaba abierta la investigación de la queja.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

25. Mediante oficio número 287/19 de fecha 19 de noviembre de dos mil diecinueve, este Organismo dio respuesta a la anterior solicitud.

EVIDENCIAS.

26. La queja presentada por **QV1** en fecha 04 de junio de dos mil diecinueve, transcrita en el punto número 3.

27. Las copias de constancias del Expediente Clínico No. 28899 de la atención brindada a **QV1** en el **Hospital General de Santiago Papasquiaro**, entre las que se encuentran las siguientes:

27.1. La hoja de Ingreso en la que se encuentra la Nota de Urgencias, transcrita en el punto número 9.2.

27.2. La Nota Médica Valoración por GyO, transcrita en el punto número 9.3.

27.3. La hoja de Historia Clínica, transcrita en el punto número 9.4.

27.4. La hoja de Vigilancia de Trabajo de Parto, transcrita en el punto número 9.5.

27.5. La hoja de Notas Médicas, en la que se encuentra Nota de Justificación Quirúrgica, transcrita en el punto número 9.6.

27.6. La hoja de Solicitud y Registro de Cirugía, en la que se encuentra la Nota Postquirúrgica, transcrita en el punto número 9.7.

28. El Dictamen emitido por **P5** el 21 de octubre de dos mil diecinueve, transcrito en parte relativa en el punto número 22.

29. La declaración de **P2** que fue remitida a este Organismo por **AR1** el 02 de julio de dos mil diecinueve mediante el oficio No. 106709/000788, transcrito en el punto número 13.

30. La ratificación de la declaración de **P2** ante personal de este Organismo en fecha 28 de agosto de dos mil diecinueve, transcrita en el punto número 19.

“Defendiendo la Dignidad Humana”

SITUACIÓN JURÍDICA.

31. El día 28 del mes de abril de dos mil diecinueve, al encontrarse **QV1** cursando cuarenta semanas de gestación, presentó ruptura prematura de membranas y dolor cólico irregular, por lo que acudió al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Durango, ingresando a las 09:15 horas al servicio de Urgencias, siendo atendida por el médico adscrito, quien solicitó fuera valorada por ginecología y obstetricia; a las 11:00 horas fue valorada por una médico residente quien dentro de las indicaciones solicitó vigilar FCF y actividad uterina cada 15 minutos, sin que exista evidencia de que se haya realizado, y aproximadamente a las 17:20 horas, **QV1** refirió dolor intenso y manifestó ausencia de movimientos fetales, por lo que hasta ese momento se procedió a la exploración física y revisión de frecuencia cardiaca del producto, sin obtener resultados positivos, por lo que se envía a quirófano para la práctica de cesárea, obteniendo producto óbito, omitiéndose brindarle a **QV1** atención médica de calidad, calidez y oportunidad. Así mismo, durante la estancia y tratamiento de **QV1** en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., en las notas médicas que integran el Expediente Clínico No. 28899 se inobservaron los elementos mínimos necesarios que establecen las normas oficiales mexicanas que versan sobre la materia.

32. De los hechos motivo de la queja, se inició la Carpeta de Investigación No. 292/19 en la Agencia del Ministerio Público de Santiago Papasquiaro, Dgo., y el Procedimiento Administrativo con expediente No. SC-DI-D-084/19.07 en el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud de Durango, mismos que se encuentran en trámite.

OBSERVACIONES.

33. Una vez que ésta Comisión ha examinado los hechos por los que oficiosamente se acordó iniciar procedimiento de queja, en relación directa con los elementos probatorios que integran el expediente a estudio, a la luz de las disposiciones constitucionales, legales y de instrumentos internacionales aplicables al caso, y bajo una valoración de las probanzas integradas al expediente que se resuelve, en concepto de este Organismo protector de los derechos humanos, ha quedado

demostrado que **AR1, AR2** e institucionalmente el Hospital General de Santiago Papasquiario, Dgo., conculcaron los derechos humanos de **QV1**.

CONSIDERACIONES.

No prestar atención médica adecuada en tiempo ni forma, por omitir prestar atención médica por especialista en agravio de QV1.

34. En efecto, para este Organismo quedó evidenciado que **AR1 y AR2** e institucionalmente el Hospital General de Santiago Papasquiario, Dgo., conculcaron los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **omitir proporcionar atención médica por especialista**, en agravio de **QV1**.

35. En este tenor, **AR1 y AR2** e institucionalmente el Hospital General de Santiago Papasquiario, Dgo., inobservaron la garantía de protección a la salud prevista en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser considerados para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo momento la protección más amplia de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

36. Derivado de ello, **AR1 y AR2** e institucionalmente el Hospital General de Santiago Papasquiario, Dgo., transgredieron las disposiciones contenidas en los siguientes instrumentos internacionales: los artículos 3 y 25.1 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos**; el artículo 12.1 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; los artículos 1.2 y 4.1 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"**; los artículos 10.1 y 10.2 incisos a) y d) 15.3, inciso a), del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; los artículos I, VII y XI de la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**; el párrafo 41 del **Apartado II de la Declaración y Programa de Acción de Viena**; en los artículos 1, 4 inciso "b", 7 incisos "a" y "b", 8 inciso "a" y 9 de la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará"**; los artículos 12.1 y 12.2 de la **Convención sobre la eliminación**

de todas las formas de discriminación contra la mujer; el inciso b) del artículo 11 de la **Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social**; los deberes establecidos en el **Código Internacional de Ética Médica**; y las disposiciones contenidas en la **Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud".

37. Así mismo, inobservaron lo dispuesto en los párrafos cuarto y noveno del artículo 4 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**; las disposiciones contenidas en los artículos 1, 2 fracciones I, II y V, 3 fracción IV, 6 fracción I, 23, 27 fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, 61 fracción I y 77 Bis 37 de la **Ley General de Salud**; 35 y 46 fracción X de la **Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia** y 48, 73 y 99 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**; así como lo dispuesto en las normas oficiales **NOM-007-SSA2-2016** Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida; **NOM-206-SSA1-2002** Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica; **NOM-090-SSA1-1994** Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación; **NOM-001-SSA3-2012** Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas; **NOM-234-SSA1-2003** Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado; **NOM-004-SSA3-2012** Del Expediente Clínico y **NOM-016-SSA3-2013** que establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

38. Así como lo dispuesto en los artículos 3, 20, 33 fracciones I y II, de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango**; 2 fracciones I, V y VIII, 9 fracción I, 17, 17 Bis fracciones I y IV, 23 fracciones V y VI, 41, 43 fracción V, 69, 69 Bis y 81 fracción I de la **Ley de Salud del Estado de Durango** y 6 fracción III de **Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia** del Estado de Durango.

39. Efectivamente, de las constancias que integran el Expediente Clínico respecto de la atención brindada a **QV1**, para este Organismo existen evidencias que establecen, como lo manifiesta **QV1** en la queja presentada el día 04 de junio de dos mil diecinueve, que el día 28 de abril de dos mil diecinueve aproximadamente a las 9:30 de la mañana, acudió en compañía de **P1** al Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., ya que tenía 40 semanas de gestación, presentaba

contracciones y se le había reventado la fuente que en un primer momento se le brindó atención, permaneciendo en tococirugía en trabajo de parto como hasta las 4:00 de la tarde sin que le revisaran la frecuencia cardíaca de su bebé ni la dilatación, a pesar de que en repetidas ocasiones le dijo a la doctora que había sentido un dolor muy fuerte y ganas de pujar, contestándole que no era momento de pujar; que hasta las 4:30 horas que regresó de comer la doctora la revisó y dijo que traía 8 centímetros de dilatación, pero otro doctor la revisó y dijo que traía 10, pidiéndole que pujara, pero ya no tenía contracciones, fue cuando llegó la ginecóloga y el médico le revisó la frecuencia cardíaca de su bebé, preguntando si estaba bien, ya que no había escuchado el latido, contestándole que estaba bien, la pasaron para realizarle la cesárea en donde le dijo que se le había reventado el útero y tenía la vejiga destrozada, momentos después le informaron que la trasladarían a Durango para que le hicieran una reconstrucción de vejiga y que su bebé había muerto.

40. Evidencia de la violación a los derechos humanos de **QV1**, se tiene la Nota de Urgencias elaborada el 28 de abril de 2019 a las 9:15 horas, transcrita en el punto número **9.2.**, en la que se asentó como motivo de consulta Trabajo de Parto con dolores, sangrado y salida de líquido, con diagnóstico EMB.40 SDG + PB RM PB DCP + PTDP, y PLAN: VALORACION POR GyO.

41. Así como de la valoración por Ginecología y Obstetricia el día 28 de abril de 2019 a las 11:00 horas, en la que se encuentra el apellido de **AR1** y firmada por **P2**, transcrita en el punto número **9.3.**, en la que se señaló que **QV1** refería salida de líquido transvaginal desde hacía 6 horas, actividad uterina, dolor pélvico el cual había aumentado de intensidad y movimientos fetales presentes, en la que se diagnosticó "*Emb 40 SDG x FUM / 1 cesarea previa. Trabajo de parto latente, RPM 6 hrs de evolución. Plan: se ingresa paciente para conducción de parto vía vaginal y vigilancia estrecha de bienestar materno fetal. Antibioticoterapia. Pronóstico: Reservado a evolución.*" y se indicó, entre otros, vigilar FCF y actividad uterina c/15 minutos.

42. Confirma lo anterior, la hoja de Historia Clínica transcrita en el punto número **9.4.**, en la que de igual forma se estableció el padecimiento de **QV1** como "*Paciente fem 29 años que acude a valoración por referir salida de líquido transvaginal a las 5 am además de dolor pélvico localizado a región lumbar movimientos fetales presentes, afebril y sin vasoespasmo.*"

43. Corroborar la conducta antijurídica a estudio, la Hoja de Vigilancia de Trabajo de Parto, transcrita en el punto número **9.5.**, en la que se aprecia que a partir de las

13:00 horas del día 28 de abril de dos mil diecinueve se estuvo registrando supuestamente la FCF a las 14:00, 15:00, 16:00, 16:30, hasta que 50 minutos después, ya no se le encontró; a pesar de que la indicación era que debería vigilarse **cada 15 minutos**, al igual que la actividad uterina, la cual, **durante dos horas y media** no se valoró.

44. De igual forma, la hoja de NOTAS MÉDICAS, en la que se encuentra la Nota de Justificación Quirúrgica de fecha 28 de abril de dos mil dieciocho a las 17:20 horas, transcrita en el punto número 9.6., de la que se advierte que al revisar a QV1 refirió presentar dolor intenso en todo el abdomen, no percibía movimientos fetales y ausencia de contracciones, por lo que es valorada constatando la ausencia de actividad uterina, no auscultándose frecuencia cardíaca, indicando pasar a quirófano urgente.

45. De la misma manera, se tiene de la hoja de Solicitud y Registro de Cirugía de fecha 28 de abril de dos mil diecinueve a las 17:20 horas, transcrita en el punto número 9.7., en la que se encuentra "...DX POSTQUIRÚRGICO: Puerperio patológico/Ruptura uterina/Ruptura vesical/óbito fetal. CIRUGIA REALIZADA: Reparación uterina/Empaquetamiento abdominal... "TÉCNICA QUIRÚRGICA, HALLAZGOS Y PLAN: se localiza producto cefálico fuera de cavidad uterina, el cual se extrae, no respira ni llora, encontrando posteriormente lesión aparente de útero y vejiga, se observa ruptura uterina en segmento anterior con prolongación hacia región cervical derecha y observa presencia de globo de sonda vesical exteriorizada a través de vejiga la cual se encuentra lesionada en 2/3 superiores en cara anterior derecha, Se informa que la paciente será trasladada a tercer nivel para mejorar el pronóstico mismo, el cual al momento es reservado. – se informa a hospital de traslado...."

46. Fortalece la conducta antijurídica a estudio, el Dictamen emitido el 21 de octubre de dos mil diecinueve por P5, mismo que en parte relativa quedó transcrito en el punto número 22., en el que después de una valoración de los expedientes clínicos elaborados con motivo de la atención brindada a QV1, concluyó: "PRIMERA: SI EXISTió MAL PRAXIS EN SU VARIANTE DE NEGLIGENCIA MEDICA POR LA FALTA SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO DE QV1, POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO EN FORMACION, MAS NO ES APLICABLE PARA ELLOS (MÉDICO RESIDENTE E INTERNOS) Y NO TUVIERON AUXILIO Y ASESORÍA POR SU SUPERIORES INMEDIATOS, POR LA CARGA DE TRABAJO EN HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, EN DIA 28 DE ABRIL DEL 2019, A LO QUE SUGERIMOS SE SOLICITEN BITÁCORAS DE TRABAJO DEL PERSONAL MÉDICO INVOLUCRADO, PARA RATIFICAR O RECTIFICAR DICHO ARGUMENTO. SEGUNDA: SI EXISTió RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL EN SU VARIANTE DE NEGLIGENCIA MEDICA POR LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO PAPASQUIARO, EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A QV1, YA QUE FUERON ATENDIDOS POR PASANTES EN MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES EN PERIODO DE FORMACIÓN DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y LEYES

SEÑALADAS YA QUE NO CONTARON, CON LA FALTA DE SUPERVISIÓN DE MÉDICOS ADSCRITOS, LO QUE SE TRADUCE EN RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL. EN ESTE TENOR SUGIERO CONFIRMAR LOS DATOS RELACIONADOS EN EL EXPEDIENTE EN CUESTIÓN SOBRE: 1. LA FALTA DE PERSONA MÉDICO Y PARAMÉDICO ADSCRITO A ESE HOSPITAL. 2. EL RETARDO EN PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS SALAS DE QUIRÓFANO. 3. EN LA FALTA DE MATERIAL REGISTRO TOCOGRÁFICO EN LA SALA DE TOCOCIRUGÍA Y EL EQUIPAMIENTO ADECUADO DE LAS AMBULANCIAS DE TRASLADO.

47. Da sustento a lo anterior, el reporte escrito que elaboró P2, mismo que fue remitido a este Organismo el 02 de julio de dos mil diecinueve por AR1, el cual quedó transcrito en el punto número 13., en el que en parte relativa señaló: "...en torno al caso de la paciente QV1 de 29 años de edad, la cual fue atendida medicamente el día 28 de abril del 2019 en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, donde yo realizo mi servicio social del cuarto año de la residencia de Ginecología y Obstetricia. Quiero hacer hincapié en que dicha fecha yo me encontraba cubriendo el servicio en la jornada acumulada ya que el médico adscrito de base no se encontraba laborando, por lo que se me solicitó por parte de jefatura de Ginecología apoyo para cubrir los días 27 y 28 de abril, y así no dejar descubierto el servicio, acudo a tococirugía para valoración de paciente que fue código rojo con laboratorios de control, al ingresar al área, observo a la paciente QV1 en su camilla, primeramente le pregunto cómo se encuentra, y me dice que tiene mucho dolor, hace referencia a que tuvo un dolor muy fuerte casi una hora antes y que posterior a ese dolor las contracciones cesaron un poco, le pregunto que si su bebe se mueve bien y me responde que tiene rato que no percibe los movimientos, se realiza revisión vaginal notando dilatación completa, y ausencia de descenso de la presentación pese a válsala, el médico interno que se encuentra en el área de labor intenta checar frecuencia cardíaca en ese momento y me informa que no encuentra la frecuencia con del tococardiógrafo portátil, por lo que intento hacerlo yo misma, y al no encontrarlo realizo rastreo ultrasonográfico donde observo ausencia de frecuencia cardíaca y ausencia de líquido amniótico, además de observar pérdida de la actitud fetal, se informa a paciente sobre su situación y sospecha de complicación, informando también a AR2, indicando cesárea urgente, se informa al enfermeras de la urgencia solicitando preparar sala y pasar paciente de manera inmediata,, en el transcurso del momento en que me percató de complicación en la paciente al momento de comenzar la cirugía pasaron 40 minutos, pese a informar que es un código rojo. Se informa a paciente y familiar sobre el estado de la paciente, el plan y el pronóstico, además de informar que el recién nacido estaba en paro cardiorrespiratorio Ya con la paciente en la ambulancia el chofer me informa que no cuenta con tanque con oxígeno por lo cual se solicita para sostén de la paciente, y posterior a esto viajamos hacia la ciudad de Durango..... La paciente solicita aclarar algunas dudas sobre su condición en general y el pronóstico mismo; además de informarme que durante su estancia en el área de tococirugía posterior a su ingreso, nunca se realizó revisión de frecuencia cardíaca pese a que se indicó chequeo cada 15 minutos, y pese a que ella lo solicito a medico interna que se encontraba supervisando en el área de labor, refiere que le dijeron que a ella no la iban a checar ya que tenía poco tiempo de haber ingresado, además de que la paciente informó que tuvo mucho dolor por lo cual grito y lloro y refiere que le dijeron que ese dolor era normal y que no llorara ni gritara y que además le daría más fuerte, luego solicitó que me llamaran, a lo que respondieron que yo me encontraba

ocupada, a lo que cabe mencionar que todo lo anterior a mi no se me informó verbalmente en persona ni por vía telefónica. La paciente menciona que recibió un trato despectivo específicamente de una de las enfermera de tococirugia y del médico interno, menciona también que durante su estancia ahí se le cayeron sus botas quirúrgicas y le solicito ayuda a la enfermera para recolocarlas, quien le respondió que ella misma debía levantarse de su camilla y colocárselas, acto que no le fue posible realizar por el dolor que presentaba, refiere que ya que la enfermera notó que no le era posible acudió a colocárselas. La paciente me solicita de la manera más amable y tranquila que por favor no se haga caso omiso a su queja, ya que no quiere que alguna otra persona pase por la situación que ella acaba de pasar, por el mal trato que se le dio y por la omisión de cuidados e indicaciones que se tenían que seguir durante su estancia hospitalaria durante la vigilancia y conducción de trabajo de parto..... La intención de este escrito es que exista antecedente de los hechos suscitados en este caso aparte de lo expuesto en el expediente médico, ya que la paciente me informo de manera no oficial hechos los cuales yo desconocía hasta el momento de su traslado. Sin más por el momento espero que este oficio sea utilizado para fines a favor de mejorar la atención obstétrica las pacientes del Hospital General de Santiago Papasquiaro y enviando un cordial saludo."

48. De lo antes expuesto se desprende la falta e inadecuada atención médica que recibió QV1 durante el trabajo de parto por parte de personal en formación que se encontraba adscrito al área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., que ocasionó la muerte del producto, toda vez que entre otras cosas, no se estableció una vigilancia estrecha para conocer la evolución respecto a la ruptura uterina y de la salida de líquido transvaginal de varias horas de evolución, ni se documentó adecuadamente la ruptura de membranas con la prueba de hehecho y/o nitrazina; pues es claro que los cambios en la cantidad del líquido amniótico son factores indicativos de afectación del bienestar del producto como sufrimiento fetal; situaciones que se dieron debido a que no se contaba con médico adscrito de la especialidad de Ginecología y Obstetricia que supervisara, asesorara y auxiliara al personal en formación, los cuales deben de estar en todo momento supervisados por médico titular o adscrito de gineco-obstetricia, dado que es el especialista responsable quien conoce a fondo la fisiología obstétrica, de la enseñanza y capacitación de todos los médicos en formación que roten en su servicio y turno correspondiente, y que en ausencia de éste por cualquier circunstancia, queda a cargo el Subdirector Médico, si por perfil no es el correspondiente para ello, tiene la obligación de informar a su superior inmediato, para buscar la solución correspondiente en bien de la paciente; sin embargo, como ha quedado de manifiesto, por permiso otorgado al médico especialista, indebidamente se solicitó el apoyo de personal en formación, sin que se supervisara su actuación por parte de AR1 o AR2.

49. Por lo anterior se concluye que para esta Comisión queda probada de manera fehaciente la responsabilidad de **AR1** y **AR2** e institucionalmente del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., al no prestar la atención médica adecuada en tiempo ni forma y por omitir prestar atención médica por especialista en el tratamiento y vigilancia médica de **QV1**, en virtud de que como se desprende de las constancias que integran el expediente de cuenta, no había médico de turno especialista, con los conocimientos médicos necesarios para poder manejar cualquier complicación que se presentare, además por la impericia de los médicos en formación, quienes ante una carencia de conocimientos técnicos, científicos y destrezas suficientes, no instauraron una terapéutica adecuada para salvaguardar la integridad del producto y de **QV1**.

50. Entonces pues, las acciones y omisiones referidas repercutieron en el derecho a la protección de la salud, específicamente a la salud reproductiva de **QV1**, el cual implica que el Estado garantice el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, pues no existió personal médico que debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos; por lo que se debe brindar una atención oportuna, con calidad y calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

51. Para este Organismo el derecho a la salud es un atributo inalienable e indispensable de cada individuo, que le permite estar en posibilidad de desarrollar plenamente sus capacidades y vivir una vida digna, es un derecho humano al que todos debemos tener acceso sin distinción alguna, ya que su salvaguarda constituye uno de los compromisos sustantivos del Estado y una condición elemental para asegurar el derecho a la vida. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acudan a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de dichas personas.

52. En este tenor, el artículo 4 de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional,

“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población”.

53. Por su parte, el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de la **Organización de las Naciones Unidas** en su **Observación General No. 14**, sobre **“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”**, ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*.

54. Asimismo, los artículos 10.1 y 10.2 incisos a) y d) del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, reconocen que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

55. En relación a lo anterior, la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos**, emitió la *Recomendación General Número 15, Sobre el Derecho a la Protección a la Salud*, de fecha 23 de abril de 2009, señalando que el derecho a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por su restablecimiento y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

56. De las observaciones descritas con anterioridad, la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos** precisa que en relación con el derecho a la protección de la salud materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 afirmó que *“el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*, enfatizó que *“el artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer”*. Además, puntualizó que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios

obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

57. De conformidad con el texto del artículo 12 de la aludida Convención, es deber de los Estados eliminar la discriminación *“en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular, en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”*.

58. De igual manera, el referido Comité observó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

59. En este sentido, el 31 julio de 2017 la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos** en su Recomendación General N° 24 *Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, definió a la violencia obstétrica como: Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

60. Lo señalado con antelación, tiene fundamento en la **Ley General de Salud**, la que en su artículo 51 dispone que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, derecho que se correlaciona con lo dispuesto en el artículo 61 Bis al señalar que toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos. Derechos que se ven reconocidos de igual manera en la **Ley de Salud del Estado de Durango**, la que en su artículo 69 señala que los usuarios tendrán derecho a la prestación de salud

integral, oportuna, de calidad y a recibir atención profesional y ética, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

61. No debe pasar inadvertido que, en el tema de violencia obstétrica, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió en 2013 el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica “está estrechamente ligada a la mortalidad materna”; además señaló que “desde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y su atención en el parto en comunidades indígenas”. Finalmente, concluyó que “las autoridades se deben comprometer a “incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica”.

62. Por otro lado, la Secretaría de Salud Federal a través del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”, elaborado en el año 2008, propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

63. Así mismo, la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos**, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, lo que implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.

64. Así pues, en relación con el derecho humano de **QV1**, en su calidad de mujer, a vivir una vida libre de violencia, la **Ley de las mujeres para una vida sin violencia** del Estado de Durango, prevé en su artículo 6 fracción III que constituirá violencia obstétrica cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud

sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, estableciendo adicionalmente en el artículo 43 fracciones III, V y X las obligaciones que institucionalmente se le imponen a la Secretaría de Salud del Estado de Durango de brindar, por medio de las instituciones del sector salud, la atención médica y psicológica con perspectiva de género, garantizar la atención a las víctimas y la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes en la materia, además de asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, se advierte que el trato otorgado a **QV1** institucionalmente por el Hospital General en Santiago Papasquiaro, Durango, configuró violencia obstétrica en los términos señalados.

Integración irregular del expediente clínico.

65. Así mismo, para este Organismo quedó evidenciado que institucionalmente el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Durango, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **integración irregular de expedientes**, en la atención médica brindada a **QV1**.

66. En este tenor, se inobservaron las disposiciones contenidas en la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"**. Lo cual resulta en una violación a las normas relativas a los derechos humanos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

67. Efectivamente, durante la estancia y tratamiento de **QV1** en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., contrario a lo que establece la norma oficial mexicana que versa sobre la materia, se advierte que en el expediente clínico las notas médicas fueron asentadas irregularmente.

68. Evidencia de lo anterior se tiene de la Nota de Urgencias de fecha del 28/04/19, con hora de llegada 9:05, hora marcada 9:15HRS, en la que no se asentó el número de expediente, nombre completo de quien la elabora, solo una firma ilegible, contiene abreviaturas y presenta una tachadura en la hora de llegada, misma que quedó transcrita en el punto número 9.2.

69. Así como de la Nota Médica Valoración GyO de fecha del 28/04/19, 11:00h, en la que no se asentó el nombre de paciente, número expediente, nombre completo de quien la elabora, solo una firma ilegible, contiene abreviaturas, la cual quedó transcrita en el punto número 9.3.

70. De igual forma, de la Historia Clínica del Servicio de Ginecología y Obstetricia, la cual no contiene fecha, número de cama, expediente, ni nombre y firma de quien la elabora y contiene abreviaturas, misma que quedó transcrita en el punto número 9.4.

71. Asimismo, de la Hoja de Vigilancia de Trabajo de Parto de fecha del 28/04/2019, en la que no señala número de cama, expediente, ni nombre completo de quien la elabora, solo una firma ilegible y contiene abreviaturas, misma que quedó transcrita en el punto número párrafo 9.5.

72. De la misma manera, de la Hoja de Justificación Quirúrgica de fecha 28/04/19, 17:20h, en la que no se señala número de cama, expediente, nombre completo de quien la elabora, solo una firma ilegible, contiene abreviaturas y en algunas partes es ilegible, la cual quedó transcrita en el punto número 9.6.

73. Finalmente, de la hoja de Solicitud y Registro de Cirugía, Nota Postquirúrgica de fecha del 28/04/2019", sin hora, número de cama, expediente, nombre completo de quien la elabora, solo una firma ilegible, contiene abreviaturas y en algunas partes es ilegible, misma que quedó transcrita en el punto número 9.7.

74. Entonces pues, del análisis del contenido de las constancias que integran el expediente clínico respecto del tratamiento médico que recibió QV1, se advierte que existen irregularidades y omisiones en la integración del mismo, pues hay notas médicas en las cuales se encuentran abreviaturas, otras que son ilegibles y en la mayoría de ellas no se asentaron los nombres completos de los médicos tratantes, así como tampoco la intervención detallada que cada uno tuvo en el mencionado tratamiento; por lo que el expediente en cuestión no cumple con los requisitos de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"**, que señala en parte relativa:

- a) *Las notas médicas y reportes deberán contener nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente;*
- b) *Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso;*

- c) *Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado;*
- d) *El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar los requisitos mínimos señalados en la mencionada norma y los establecidos en las demás normas oficiales mexicanas;*
- e) *Deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención;*
- f) *Tratándose de las notas médicas en urgencias deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y contener fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico y nota de evolución;*
- g) *En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista;*
- h) *Tratándose de las notas médicas de ingreso, deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los signos vitales, el resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso, los resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, tratamiento y pronóstico e historia clínica;*
- i) *Tratándose de las notas médicas de evolución, deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día;*
- j) *Tratándose de las notas médicas preoperatorias, deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo la fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, y pronóstico;*
- k) *Tratándose de las notas médicas postoperatorias, deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, constituyendo un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo el diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico postoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y*

tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía;

- d) *Tratándose de las notas médicas de egreso, deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo la fecha de ingreso/egreso, el motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo y pronóstico.*

75. De lo anterior podemos precisar que en la atención médica de QV1 se inobservó lo que establece la citada Norma, que es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, norma que tiene por objeto establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, entendiéndose por esto último, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables, estableciéndose como obligaciones para los profesionales de la salud que todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, dichas notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado, debiéndola elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente, describiendo lo siguiente: evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, los resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente, los diagnósticos o problemas clínicos, el pronóstico, el tratamiento y las indicaciones médicas; pues bien, del análisis del expediente Clínico de QV1 se encuentran manifiestas deficiencias que contravienen lo anteriormente expresado, y que por tanto constituyen un obstáculo para la efectiva atención médica, de calidad, calidez y oportunidad.

76. Resulta aplicable al presente caso la sentencia del caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, que en el párrafo 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

77. En relación con la **NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"**, debe precisarse que la misma ha sido referida en las Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que dicho Organismo Nacional hace hincapié en que las irregularidades, como las comprobadas en el presente caso, representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares para conocer la verdad relativa a la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

78. Precisamente, sostiene el Organismo Nacional que las omisiones en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, sean breves e ilegibles y presenten abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la **Norma Oficial Mexicana "Del Expediente Clínico"**, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, lo que también se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

79. Cabe precisar, que los criterios establecidos en la norma **NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"**, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable; por lo que contrariar tales criterios significa entonces que el personal médico, por el solo hecho de integrar irregularmente el historial clínico, no brinda la atención de calidad, calidez y oportunidad que la ley exige.

80. Por último, debe señalarse que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, puesto que se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente,

mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente acerca del bienestar físico, mental y social del mismo, por lo que cualquier error, omisión o irregularidad pone en peligro la salud del paciente, no precisamente porque tenga un efecto negativo directo sino porque se estaría poniendo en riesgo la integridad de quien es atendido por los servicios de salud al no tener certeza y seguridad respecto al tratamiento que está recibiendo por no haberse asentado correctamente la intervención del personal médico o el estado de salud del paciente.

RESPONSABILIDAD.

81. De las constancias que obran en el presente expediente se desprende la responsabilidad de **AR1** y **AR2** en la atención brindada a **QV1**, así como la responsabilidad institucional del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., por no contar con personal especializado ni el equipo necesario para brindar atención médica de calidad a los usuarios.

REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

82. Ahora bien, en virtud de que el sistema no jurisdiccional de derechos humanos constituye una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para la reparación integral por violación a los mismos, en razón de la responsabilidad en que se incurrió, y tomando en cuenta las circunstancias del presente caso por la afectación de derechos humanos, se considera procedente se realice a la afectada dicha reparación, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1 tercer párrafo y 133 segundo párrafo de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, 55 párrafo segundo de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, lo establecido por la **Ley de Víctimas del Estado de Durango**, así como por los numerales 4, 5, 8 y 11 de la **Declaración de los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder**, toda vez que a la fecha de elaboración de esta Recomendación no se advierte acción alguna encaminada a dicha reparación integral.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

83. Para tal efecto, la autoridad recomendada garantizará a la víctima la reparación integral, la cual deberá ser proporcional a la gravedad de las violaciones y a las circunstancias del presente caso.

84. Derivado de lo anterior, esta Comisión dará vista a la **Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas de Durango**, a fin de que proceda conforme a sus legales atribuciones.

85. Del examen practicado a las evidencias y observaciones plasmadas en la presente Recomendación, se derivan las siguientes:

CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Que de las constancias que obran en el expediente que se resuelve, se desprende que **AR1, AR2** e institucionalmente el Hospital General en Santiago Papasquiaro, Dgo., conculcaron los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, por **No prestar atención médica adecuada ni en tiempo ni forma**, por **Omitir prestar atención médica por especialista en agravio de QV1**.

SEGUNDA.- Que de las constancias que obran en el expediente que se resuelve, se desprende que institucionalmente el Hospital General en Santiago Papasquiaro, Durango, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **Integración irregular de expedientes**, en la atención médica brindada a **QV1**.

86. Por lo anteriormente expuesto, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, respetuosamente, formula a Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, las siguientes:

RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se

“Defendiendo la Dignidad Humana”

remita la copia certificada de la presente Recomendación que se acompaña, a la Secretaría de Contraloría del Estado de Durango, a fin de que se anexe al procedimiento administrativo expediente No. SC-DI-D-084/19.07 iniciado con motivo del oficio No. SSD/SJ/NORM//263/2019, de fecha 13 de junio de dos mil diecinueve, mediante el cual **SP1** remitió copia de la queja presentada ante este Organismo por violaciones a los derechos humanos de **QV1**, a fin de que se consideren las evidencias, precisiones y ponderaciones de la misma, que adminiculadas y concatenadas con los medios de prueba que se allegue y cuente, sustenten fehacientemente su resolución y, en su caso, la sanción que se imponga de acuerdo al grado de participación de **AR1** y **AR2**. Igualmente se informe periódicamente a este Organismo de los avances de los procedimientos y en su momento enviar constancias de las resoluciones que se emitan.

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

SEGUNDA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire sus respetables instrucciones a efecto de que se anexe copia de la resolución del procedimiento administrativo en los expedientes personales de **AR1** y **AR2**, a efecto de que obre constancia de que transgredieron derechos humanos. De lo anterior, deberá informar a esta Comisión sobre su cumplimiento.

TERCERA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire instrucciones a quien corresponda, a fin de que de la misma manera se remita copia certificada de la presente Recomendación al Agente del Ministerio Público de Santiago Papasquiaro, Dgo., para que se anexe a la Carpeta de Investigación No. 292/19 iniciada con motivo de la denuncia presentada por **QV1** en relación a los hechos de la queja, y de igual forma se consideren las evidencias, precisiones y ponderaciones de la misma, que adminiculadas y concatenadas con los medios de prueba que se allegue y cuente, sustenten fehacientemente su resolución. De lo anterior, deberá enviar pruebas de su cumplimiento.

CUARTA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se imparta al personal del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos, conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud que conforma el sistema jurídico mexicano vigente, así como de la conducta y obligaciones que deben observar, especialmente en las que tienen que ver con el presente asunto, evitando caer en la repetición de actos violatorios como los acreditados en la presente resolución, a fin de respetar los derechos humanos de toda persona. Dicho curso deberá ser impartido con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento. Para el cumplimiento del presente punto, se deberán remitir a este Organismo las constancias que acrediten la capacitación impartida.

QUINTA. Que Usted Secretario de Salud en el Estado y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire instrucciones a quien corresponda para que se tomen las medidas necesarias a fin de garantizar que en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., exista personal médico especializado las 24 horas del día durante todo el año, y para que cuente con el equipo médico necesario para la atención oportuna y eficaz de los usuarios. Debiendo remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire instrucciones a quien corresponda, para que se instruya a los servidores públicos del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., que adopten medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que se brinda, se encuentren debidamente integrados conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana correspondiente. Para el cumplimiento del presente punto, se deberán remitir a este Organismo las constancias que lo acrediten.

SÉPTIMA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, gire instrucciones a quien corresponda para que se provea lo necesario para que se repare integralmente a **QV1** por la violación a sus derechos humanos a que se ha hecho mención, conforme a la **Ley de Víctimas del Estado de Durango**. Debiendo remitir pruebas de su cumplimiento.

87. Es importante mencionar que la participación histórica que ha tenido la **Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, respecto a los casos de violencia obstétrica que derivaron en Recomendaciones, ha tenido un impacto de mínimo a nulo. La estructura sanitaria, ni los procesos que implican la relación entre el personal médico y las pacientes en un contexto clínico particularmente sensible, han sido abordados firmemente. El cumplimiento de las Recomendaciones también ha sido deficiente: pese a ser aceptadas no han sido realmente acatadas por las autoridades. Destacando que por violaciones a los derechos humanos atribuidas a personal del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo., se emitieron las recomendaciones 06/11 el día 09 de marzo de 2011; 05/16 el día 28 de junio de 2016 y 10/17 el día 27 de noviembre de 2017, en las cuales se evidenciaron prácticas constitutivas de violencia obstétrica, negligencia médica y falta de personal médico especializado, que derivaron en la primera de las mencionadas recomendaciones en la pérdida de la vida de la madre y en las dos siguientes, al igual que en la presente recomendación, en la pérdida del producto de la gestación. Por lo que es importante señalar que la defensa de los derechos humanos exige una participación decidida en la vida pública del Estado y la inmersión en los procesos que afectan las garantías, que deben asumir a partir de la objetivación del fenómeno.

88. Cabe destacar, que las recomendaciones de la **Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, no pretenden en modo alguno desacreditar a las instituciones, ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los Estados de Derecho, para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalece de manera progresiva cada vez que se logra que aquéllas y éstos sometan su actuación a las normas jurídicas y a los criterios de justicia que conllevan el respeto a los derechos humanos.

89. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102 apartado B de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** y 57 de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de coadyuvar con el fortalecimiento de las instituciones y en la búsqueda de la observancia irrestricta de la ley por autoridades y servidores públicos.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

90. De conformidad con el artículo 57 de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, solicito a Usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada a este Organismo dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

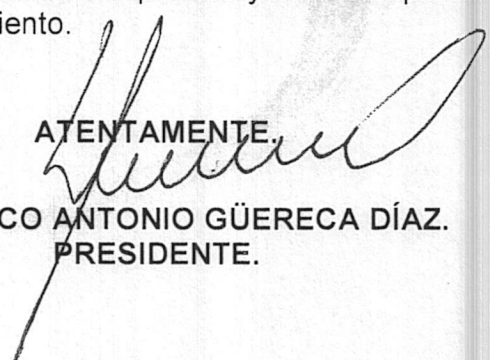
91. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a Usted que en el término de treinta días hábiles siguientes a la aceptación de la Recomendación, remita a esta Comisión las pruebas correspondientes sobre su cumplimiento.

92. Según el párrafo tercero del artículo 57 de la Ley de esta Comisión, la falta de comunicación de aceptación o no de la Recomendación, dará lugar a que se interprete que fue aceptada, asumiendo la autoridad a quien se dirige la obligación de darle cumplimiento.

93. Con fundamento en el artículo 58 de la Ley de este Organismo, en caso de la no aceptación de la presente Recomendación o derivado de su incumplimiento por el servidor público, este deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa. De igual forma, esta Comisión podrá hacer del conocimiento de la opinión pública este hecho.

94. De igual manera, le informo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 59 de la mencionada Ley, en caso de que la presente Recomendación no sea aceptada o cumplida por los servidores públicos, ésta Comisión dará vista al Congreso del Estado de dicha situación, para que de acuerdo con los trámites correspondientes, se cite al servidor público y éste comparezca a explicar el motivo de su negativa o incumplimiento.

ATENTAMENTE.


DR. MARCO ANTONIO GÜERECA DÍAZ.
PRESIDENTE.

C.c.p.- Subdirección Jurídica de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Durango.
C.c.p.- Dirección del Hospital General de Santiago Papasquiaro, Dgo.
C.c.p.- Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas de Durango.
C.c.p.- Dirección de Seguimiento de Recomendaciones de la C.E.D.H.
C.c.p.- QV1.
C.c.p.- Expediente.

"Defendiendo la Dignidad Humana"