

En la ciudad de Monterrey, capital del estado de Nuevo León, a los 24-veinticuatro días del mes de agosto de 2012-dos mil doce.

VISTO para resolver el expediente número **CEDH/295/2009** y su acumulado **CEDH/315/2009**, relativo a la investigación abierta de oficio al advertirse presuntas violaciones a los derechos humanos por parte del personal del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, dependiente del **Organismo Público Descentralizado** denominado **Servicios de Salud de Nuevo León**, acorde a los hechos descritos en la nota televisiva dada a conocer los días 17-diecisiete, 20-veinte y 23-veintitrés, del mes de abril de 2009-dos mil nueve, en el espacio informativo "**Las Noticias**", de la empresa **Televisa**, en el **canal 34** de televisión abierta y nota periodística del medio escrito "**El Norte**", en su página 1B, de fecha 29-veintinueve de abril de 2009-dos mil nueve; y a las quejas planteadas por la **C. *******, hermana de quien en vida llevara el nombre de ********* y la **C. *******; y considerando los siguientes:

I. HECHOS

1. De las notas televisivas dadas a conocer en el espacio informativo "**Las Noticias**", de la empresa **Televisa**, en el **canal 34** de televisión abierta, los días 17-diecisiete y 20-veinte, ambos del mes de abril de 2009-dos mil nueve, en esencia se desprende lo siguiente:

a. Primer nota, transmitida el día 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, titulada "**Denuncia de negligencia médica**"

*[...] se están presentando algunos problemas en el Hospital Materno Infantil, algunas personas han reportado casos de negligencia, entre ellos, varios de que no han sido atendidos algunas mujeres que ya están a punto de dar a luz en pocos minutos y aun así no han sido recibidos, el caso más fuerte es el de una familia de la colonia Buenos Aires, en Monterrey, ya falleció lamentablemente el bebé, pues ***** estaba a punto de dar a luz desde el lunes (de la semana pasada), sin embargo a pesar de que presentó dolores y sangrado, no la recibieron de la manera adecuada, estuvieron prolongando esa atención hasta la noche del jueves, finalmente le practicaron la cesárea, lamentablemente la bebé, la cual iba ser una niña, la cual ya tenía nueve meses de gestación, nace ya sin vida; [...](sic)*

b. Segunda nota, transmitida el día 20-veinte de abril de 2009-dos mil nueve, titulada "**Otra denuncia. Ingresa embarazada sana, fallece ella y su bebé**"

[...] se da a conocer otra denuncia de presunta negligencia del Hospital Materno Infantil, por la muerte de una mujer y su bebé, refiriéndose sustancialmente, a los hechos que da a conocer a medios de comunicación la C. *****, quien señala que su hermana *****, el día 12 de febrero del año en curso ingresó sana a una ecografía, informándoles más tarde que tanto el producto como la madre habían fallecido [...]

2. A su vez, en fecha 21-veintiuno de abril de 2009-dos mil nueve, este organismo recibió la queja formulada por la C. *****, por los actos u omisiones que considera violatorios a los derechos humanos de quien en vida llevó el nombre de *****, de 18 años de edad, y de su hijo, cuyo nombre no se registró, a causa del fallecimiento de ambos, presuntamente por negligencia del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, manifestando substancialmente lo siguiente:

(...)Refiere la C. *****, como antecedente, que su hermana *****, de 18 años, se embarazó aproximadamente en el mes de junio de 2008-dos mil ocho, teniendo como fecha probable de parto la primera o segunda semana del mes de marzo de 2009-dos mil nueve, señalando que su hermana llevó un embarazo normal; es decir, sin ningún contratiempo o enfermedad que pusiera en riesgo su vida o la del producto.

Los primeros seis meses de embarazo su hermana *****, como la llamaban de cariño, se atendió en un consultorio particular con la Doctora *****, no recordando por el momento en donde puede ser localizada, posteriormente, después del sexto mes, por la crisis económica y sin recordar la fecha exacta, acompañó a ***** al **Centro de Salud** que se ubica en la calle 16 de septiembre y la avenida Pió X en la colonia Independencia, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, donde la canalizaron mediante una orden para el **Hospital Regional Materno Infantil de "Alta Especialidad"**, quienes la atendieron y le dieron cita de control prenatal para el día 30-treinta de enero de 2009-dos mil nueve.

Señalando que su hermana, el día 29-veintinueve de enero del año 2009-dos mil nueve, se sintió mal, mencionándole que tenía dolores en el vientre, indicándole a su hermana que acudiera al Hospital Materno Infantil, pero ***** decidió esperar al día siguiente que le tocaba su cita.

Por lo que la compareciente acompañó a su hermana el día 30-treinta de enero de 2009-dos mil nueve al Hospital Materno Infantil, siendo atendida por una Doctora de quien desconoce el nombre, únicamente recuerda que era muy jovencita, después de que su hermana salió de la

consulta, le cuestiono qué le había dicho la Doctora, respondiendo que todo estaba bien y que los dolores eran normales ya que la matriz se estaba preparando para el parto, señalando que le dieron fecha para el control prenatal para el día 19-diecinueve de Febrero de 2009-dos mil nueve, agregando que además le extendieron una orden para ecografía y exámenes de sangre, señalando la deponente que su hermana separó cita en el Hospital Materno Infantil para el eco, el día 12-doce, y para los estudios de sangre el día 17-diecisiete, ambos del mes de febrero de 2009-dos mil nueve.

Agregando que el día 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, a las 8:30 horas, su hermana ***** acudió al estudio de la ecografía como se le había programado, acompañada de su señora madre, la C. ***** , quien puede ser localizada en la calle ***** , señalando la compareciente que su señora madre le informó que salieron del estudio de ecografía y que ***** le mencionó que le habían indicado que todo estaba bien, después avanzaron apenas unos pasos y ***** le dijo que quería ir al baño y a su regreso le informó a su señora madre que estaba sangrando de su vagina, por lo que su mamá le dijo que acudieran a urgencias del Hospital Materno Infantil, ya que aún se encontraba en ese lugar.

Agregando que su señora madre le refirió que su hermana ***** ingresó por su propio pie y bien, pero después de aproximadamente una hora o una hora y media le habló un Doctor, del cual no le dio el nombre ni la descripción física del mismo, quien le indicó "señora el niño murió, ya le dijimos a su hija que el niño se murió, verdad que ya sabes que tú bebé se murió", agregando la deponente que su señora madre le indicó que cuando el Doctor le refería lo anterior, apuntaba a ***** , quien estaba sentada sobre una camilla, con un tono de piel pálido y en estado somnolienta, moviendo la cabeza de un lado a otro, haciendo un movimiento de negación.

Señalando la compareciente que su mamá le indicó que había visto que su hermana ***** ya tenía rota la fuente, observando que le salía agua de su parte, agregando que su mamá le dijo que trató de hablar con ***** , a quien le cuestionó lo que le pasaba, pero no respondía nada y estaba como "ida", es decir la mirada perdida y el cuerpo flojo, después de lo anterior la sacaron del área de urgencias.

Señalando que aproximadamente a las 15:00 horas, le informaron que su hermana ***** había muerto, aclarando la compareciente que para esa hora ella ya se encontraba en el Hospital Materno Infantil, en donde entró y al igual que su señora madre fueron atendidas por el **Director del Hospital Materno Infantil**, un Doctor el cual tiene las siguientes características físicas: de estatura aproximada de 1.80 metros, complexión regular, tez aperlado, cabello corto y negro, de

aproximadamente 42 años de edad; y la Licenciada de Trabajo Social, quien tiene las siguientes características: de estatura aproximada de 1.55 metros, complexión robusta, tez morena, cabello castaño y aproximadamente 42 años de edad, quienes les informaron que su hermana estaba enferma, agregando que le reclamó al Doctor que estaba ahí que de qué estaba enferma su hermana, ya que no estaba enferma y que había ingresado al hospital por su propio pie, además quería que se le informara de qué había muerto su hermana, a lo que agrega que el Director le refirió que aún no sabían de qué murió, pero que su hermana se desangró después de haber expulsado al bebé ya muerto, y después de esto le dio un paro cardíaco, y le habían resucitado siete veces, pero que su hermana no coagulaba y que se había desangrado por todos lados boca, nariz y oídos.

Señalando la compareciente que le indicó al Doctor el porqué no se le había practicado una cesárea para sacarle al bebé, pero no le dieron respuesta a lo que les cuestionaba, señalando que también les cuestionó el hecho por el cual se les había informado de la muerte de su hermana hasta las 15:00 horas, cuando había fallecido a las 13:13 horas, y que si lo anterior se debía a que estaban esperando a que llegara el Director, a lo que el Director le refirió que no, que él estaba en su casa y se le había hablado para que supiera de la situación y que se le informara de todo lo sucedido con la muerte de su hermana.

Agrega la compareciente que en ningún momento se le informó sobre la causa de muerte de su hermana ni la del hijo de ésta, que el Director los llevó hasta donde estaba el cuerpo sin vida de su hermana *****, observando que la misma tenía sangre en la nariz y se le apreciaba que las venas del rostro las tenía rotas y su rostro se veía "negro", además los labios los tenía muy "resecos y partidos", siendo lo que le pudo observar, ya que solamente le destaparon el rostro a su hermana para que la pudieran ver.

Agregando por último la compareciente que cuando estaban velando el cuerpo de su hermana observó que del ojo derecho le salía una gota de sangre, por lo que pidió al de las capillas que la limpiaran y después de que éste le limpió la gota de sangre, le explicó que su hermana tenía mucha presión en la cabeza y que eso provocaba que la sangre buscara salidas, por lo que cree la dicente que su hermana haya muerto por una negligencia médica al obligarla a aliviarse por parto vaginal aún y cuando el bebé ya estaba muerto, considerando que le pudieron hacer cesárea sin que se pusiera en riesgo la vida de su hermana.

Por lo anterior, solicita la intervención de este Organismo en vía de queja, en contra del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de "Alta Especialidad"**, que atendieron a su hermana *****, que ha su dicho cometieron negligencia médica al haberla obligado a dar a luz por parto

vaginal al hijo de ésta cuando ya se encontraba muerto, que a su consideración pudieron evitar la muerte de su hermana si le hubieran practicado una cesárea, además de que no le dieron una explicación del motivo del deceso de su hermana y del bebé de ésta (...)

3. En fecha 23-veintitrés de abril de 2009-dos mil, se recabó la queja expresada por la **C. *******, por los actos u omisiones que estima violatorios a sus derechos humanos, cometidos presuntamente por personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, manifestando en esencia lo siguiente:

(...)que el día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, aproximadamente a las 23:00 horas, fue trasladada al **Hospital Regional Materno Infantil de “Alta Especialidad”**, por parte de una conocida de nombre *********, sin recordar sus apellidos, quien habita en el domicilio de la compareciente, refiere que fue llevada al nosocomio en virtud de que ya contaba con nueve meses de embarazo y en ese momento traía dolores de parto, siendo atendida por una enfermera que no recuerda sus características físicas, pero estaba en el área donde examinan a las mujeres embarazadas.

Una vez que la examinó, le realizó el tacto, a fin de checar la dilatación vaginal, luego de efectuarlo le comentó: “que aún no estaba lista para dar a luz, que mejor se fuera a su domicilio”, pero insistió en ser atendida, pues ya traía los dolores muy fuertes, contestándole la enfermera que no la atendería hasta que los dolores fueran más intensos; ante la negativa de ser atendida, es decir, que no la preparaban para dar a luz, se retiró del hospital a su domicilio.

Sin embargo, siendo aproximadamente las 4:00 horas del día 17-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, de nueva cuenta acudió al nosocomio con su pareja, el **C. *******, quien tiene su domicilio en el lugar donde me encuentro constituida, manifestando que ahora ya tenía los dolores más intensos; cuando llegó al Hospital Materno Infantil, de nueva cuenta la pasaron, sin recordar con quien, a efectuarle el tacto, luego de ello le dijeron que se pusiera a caminar hasta que el producto bajara más o se le reventara la fuente, entonces hizo lo anterior, pero cada vez el dolor se le intensificaba.

Regresando de nueva cuenta con las enfermeras, a quienes les solicitaba que ya la intervinieran, pues ya no aguantaba los dolores y casi no lograba caminar, luego la misma enfermera que la atendió en la ocasión anterior le dijo: “que no la iban a atender hasta que los dolores fueran más intensos”, regresándola a caminar, esto fue hasta las 12:30 horas, cuando ya no podía sostenerse.

Solicitó la ayuda de su cuñada, de nombre *********, con domicilio en este lugar en el que me encuentro, quien le refirió a las enfermeras que la compareciente ya no soportaba los dolores, que mejor la atendieran, entonces la enfermera le realizó el tacto y observó.

Luego la llevaron con el Doctor del área de urgencias, a quien recuerda físicamente de 1.70 metros de estatura aproximadamente, complexión regular, tez blanca, sin barba ni bigote, cabello ondulado color negro, mismo que le realizó el tacto y luego le reventó la fuente, posteriormente la llevaron a un cuarto en donde examinaron con un aparato las condiciones del producto de su embarazo, pasándola de inmediato al área de quirófano en donde le practicaron la cesárea, en virtud de la anestesia no supo más, hasta horas más tarde cuando una enfermera la despertó y le avisó que su hijo había fallecido a causa del desprendimiento prematuro de placenta.

Posteriormente la pasaron a recuperación por aproximadamente 24 horas, luego de ello la trasladaron a cuarto, hasta el día 20-veinte de abril de 2009-dos mil nueve, cuando la dieron de alta, por todo lo anterior considera que no la atendieron correctamente, pues desde que solicitó la intervención porque se sentía muy mal, sin embargo y aún y cuando insistió ser atendida no lo hicieron, por lo cual considera que lo que sufrió fue una negligencia médica, pues en todo su embarazo estuvo monitoreada por médicos que en ningún momento le mencionaron alguna anormalidad en el mismo, incluso cuando el médico de urgencias examinó las condiciones del producto le mencionó que se encontraba en perfectas condiciones, es por lo cual, desea plantear la presente queja.

Agrega que tuvo conocimiento de que el **Doctor ******* mencionó ante los medios que el hospital se había hecho cargo de todos los gastos médicos y funerarios de su hijo fallecido, sin embargo no lo es así, pues su familia la ha apoyado con lo anterior (...)

4. Por instrucciones del **C. Director de Orientación y Recepción de Quejas**, se practicó la diligencia de entrevista de fecha 20-veinte de abril de 2009-dos mil nueve, realizada por personal de este organismo a la **C. *******, quien en esencia mencionó:

(...) llamarse *********, de nacionalidad mexicana, originaria de San Pedro, Coahuila, de 40 años de edad, estado civil divorciada, ocupación al hogar, grado de escolaridad preparatoria, con domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en calle *********; acto seguido se le hace del conocimiento a la entrevistada del motivo de mi visita, obedeciendo a la nota televisiva en el noticiero "Telediario" de Multimedios Televisión, en el cual se difundió que por negligencia médica del Hospital Materno Infantil había perdido a su hijo, una vez enterada de

*lo anterior, agrega la entrevistada que por el momento no es su deseo plantear queja ante este Organismo, por los hechos que se difundieron en las noticias, señalando que se reserva el derecho para hacerlo con posterioridad, acto seguido la suscrita le hago del conocimiento a la C. ***** , del contenido del artículo 26 de la Ley que crea esta Comisión en el sentido de que tiene un año para plantear la queja correspondiente por los hechos antes mencionados, lo anterior a partir del día en que estos ocurrieron, señalando que se da por enterada, siendo todo lo que desea manifestar (...)*

5. La **Segunda Visitaduría General** de este organismo, dentro del expediente número **CEDH/295/2009**, calificó la **apertura oficiosa** de la **queja** como presuntas violaciones a los derechos humanos de la C. ***** , con motivo de la primer nota televisiva en el espacio informativo "**Las Noticias**", canal 34 de televisión abierta, transmitida en fecha 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve; así como de la señora que en vida llevara el nombre de ***** , en atención a la queja planteada por la C. ***** .

Ambas calificaciones determinan en términos similares la presunta **violación al derecho a la protección de la salud, negligencia médica y prestación indebida del servicio público**, recabándose los informes y la documentación respectiva, que constituyen las siguientes:

II. EVIDENCIAS

1. Acuerdo de apertura de oficio del expediente de queja **CEDH/295/2009**, emitido por la C. **Lic. Minerva E. Martínez Garza, Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León**, con base en las notas televisivas que obran transcritas en el apartado número uno de hechos, que en obvio de repeticiones se tienen por reproducidas en el presente espacio.

2. Notas televisivas dadas a conocer en el espacio informativo "**Las Noticias**" de la empresa **Televisa**, en el **canal 34** de televisión abierta, los días 17-diecisiete y 20-veinte, ambas del mes de abril de 2009-dos mil nueve, grabadas respectivamente en discos compactos que obran en el expediente.

3. Solicitud de intervención en vía de queja, de fecha 21-veintiuno de abril de 2009-dos mil, de la C. ***** , que obra transcrita en el apartado número dos de hechos, que en obvio de repeticiones se tiene por reproducida en el presente espacio.

4. Diligencia de entrevista de fecha 20-veinte de abril de 2009-dos mil nueve, realizada por personal de este organismo a la C. ***** , que obra

transcrita en el apartado número cuatro de hechos, que en obvio de repeticiones se tiene por reproducida en el presente espacio.

5. Oficio DJSSNL-874/2009, recibido en este organismo en fecha 23-veintitrés de junio de 2009-dos mil nueve, remitido por el **C. Lic. *******, **Director Jurídico y Apoderado Legal** de los **Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, a través del cual, rinde informe respecto a la atención médica brindada a las pacientes ***** y ***** , desprendiéndose en esencia:

"[...] al respecto y a fin de dar contestación a lo solicitado me permito informar lo siguiente:

*Respecto a los hechos que se duele la C. ***** , en relación a la atención medica que refiere recibió su hermana ***** en el mes de junio del año 2008, así como también respecto a la atención particular que recibió por parte de la Dra. ***** , este nosocomio se encuentra impedido para dar contestación a los mismos por no ser hechos propios, lo cierto es que efectivamente la C. ***** , fue atendida en el Hospital Regional Materno Infantil de "Alta Especialidad" perteneciente a Servicios de Salud de Nuevo León en fecha 12 de Febrero del 2009, siendo debidamente atendida por el personal de dicho nosocomio perteneciente al Organismo que represento, por lo que se niega de manera categórica en todas y cada un de sus partes la queja infundada presentada por la C. ***** , toda vez que como se comprueba con el resumen y expediente clínico de la paciente ***** , mismo que al efecto se anexa al presente escrito, se desprende que la paciente recibió un atención debida y adecuada al diagnostico presentado, no existiendo negligencia medica alguna, así como tampoco prestación indebida del servicio publico, como lo pretende hacer valer la quejosa.*

*Así mismo y en cumplimiento a lo solicitado por esa H. Comisión me permito enlistar el nombre completo del personal que atendió a la C. ***** , los cuales son los siguientes:*

*Dra. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dra. ******

Por lo que respecta al caso de la **C. *******, que refiere obedece a la nota televisiva en el noticiero telediario de multimedios televisión, mi representada no se pronuncia en relación a dicho hechos, en virtud de no existir queja presentada por la **C. *******, en tal sentido se desconoce la inconformidad de dicha paciente con relación a la atención medica que le fue brindada en el Hospital Regional Materno Infantil de "Alta Especialidad", dejando a mi representado en estado de indefensión al no precisarse los hechos que presuntamente se le atribuye, mas sin embargo en cumplimiento a lo solicitado por esa H. Comisión me permito anexar al presente copia certificada del expediente y resumen clínico, de la citada paciente.

Así mismo le informo que el personal medico que atendió a la misma desde su ingreso al Hospital hasta su egreso es el siguiente:

Dra. *****
Dra. *****
Dr. *****
Dra. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dr. *****
Dra. *****

Por lo antes expuesto, solicito:

ÚNICO: Se tenga a mi representada por cumpliendo en tiempo y forma con la información solicitada en sus escritos de cuenta y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, en el momento procesal oportuno se dicte resolución de No Responsabilidad que sobresea el presente asunto [...]" (sic)

Al oficio antes descrito se acompañaron los anexos que se mencionan a continuación:

a) Copia certificada del **Poder General para Pleitos y Cobranzas** expedido a favor del señor **licenciado *******, otorgado por el **Director General de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, mediante escritura pública número 34,543-treinta y cuatro mil quinientos

cuarenta y tres, pasada ante la fe del licenciado *****, Notario Público número 51, con ejercicio registral en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

b) Resumen clínico del expediente *****, de la paciente *****, signado por el doctor *****, en su carácter de Encargado de la Dirección, el cual consta en 3–tres fojas útiles, y en esencia menciona:

"[...] MC: Acude a nuestro hospital a realizarse ultrasonido obstétrico programado a EAR.

AHF: Negado

AP: negados, niega alergias

AGO: Menarca 12 años Inicio de vida sexual 18 años

FUM 28/05/2008 FPP04/03/2009 Semana de edad gestacional 37.1 x fum

La paciente acude espontáneamente el día 30 de enero de 2009 a las 10:14 hrs. Para consulta de primera vez en el hospital se realiza historia clínica, no se detectan factores de riesgo y se hace un diagnóstico de embarazo de 35.2 semanas normo evolutivo, se solicitan exámenes de laboratorios y eco obstétrico de 1 semana.

La paciente acude a cita a un ultrasonido obstétrico programado el día 12 de febrero de 2009 a las 9:00 hrs. En el departamento de embarazo de alto riesgo, se pasa a estudio a las 9:35 hrs, se realiza ultrasonido obstétrico y durante el estudio la paciente se muestra inquieta y la paciente y la paciente pregunta si falta mucho para terminar el estudio, el medico externo pregunta si se siente bien, la paciente refiere tener diarrea de tres días de evolución, la noche anterior fiebre no cuantificada y el médico externo refiere a la paciente al servicio de urgencias para su atención.

Cabe la pena mencionar los hallazgos del ultrasonido obstétrico de embarazo de alto riesgo, reporta un producto único vivo frecuencia cardíaca fetal presente, longitudinal, cefálico con diámetro biparietal para 37 semanas, circunferencia abdominal de 39.2 semanas y longitud femoral de 37 semanas, con una placenta corporal anterior grado 2, líquido amniótico normal, producto del sexo masculino. Siendo el DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO EMBARAZO DE 37.6 SEMANAS.

La paciente llega al servicio de urgencias a las 10:05 horas presentarse un grado transvaginal, y grado uterina y diarrea, la paciente refiere movimientos fetales presentes, niega salida de liquido transvaginal, no síntomas de vasoespasmos.

Signos vitales al ingreso: TA 110/70, FC 80 por minuto, FR 20 por minuto temperatura no tomada.

Fondo uterino de 30 cms, frecuencia cardíaca fetal no audible, con Pinard, tacto vaginal 3 cms de dilatación, cérvix anterior salida de moco

con sangre, no se palpa útero hipertónico y se realiza amniorexis con meconio viejo, se realiza nuevamente ultrasonido obstétrico donde no se observa latido cardíaco fetal, liquido amniótico normal placenta fundica grado 2, no áreas de desprendimientos, fotometría de 38 semanas. Se informa al familiar del ingreso de su paciente con un diagnostico:

*DX: Primigesta con embarazo con 37.2 semanas
Trabajo de parto latente
Producto óbito*

Y se indica, a su ingreso a toco cirugía a las 11:03 horas con ayuno, exámenes de laboratorio BH, grupo y Rh, TP. Ttp, VDRL, pruebas cruzadas, se administra Solución Glucosada al 5% 500 cc intravenosa más 2 unidades de oxitocina a 8 gotas por minuto dosis respuesta, tricotomía y enema, posición decúbito lateral izquierdo, signos vitales por turno cuidados generales de enfermería y vigilancia obstétrica.

A las 12:00 horas examina labor a la paciente con el diagnostico ya conocido, donde no se percibe actividad uterina, salida de liquido transvaginal meconio, no se sangrado transvaginal, no síntomas urinarios, no síntomas de vaso espasmo, no síntomas respiratorios, paciente conciente, tranquila, mal hidratada, cardiopulmonar normal, abdomen globoso a expensas de útero gestante con 4 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, continua conducción de trabajo de parto.

A las 13:00 horas paciente con actividad uterina irregular, la paciente niega sintomatología urinaria, digestiva o vaso espasmo, paciente tranquila, mal hidratada, con leve palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, al tacto vaginal presenta dilatación de 10 centímetros en altura de + 2 se decide pasar a sala de expulsión, se comenta con anestesiología, para colocación de anestesia y atención del parto en sala 3.

Valoración Pre-anestésica. A las 13:03horas

Paciente femenina de 18 años de edad, consiente, orientada, aprensiva, con diagnostico de 37 semanas de gestación, con producto óbito desconociendo tiempo de evolución, en trabajo de parto, con parientales imbrincados, laboratorios HB 11.5 g/dl, Hto 37.7%, plaquetas de 99,000 tiempo de pro trombina 15.6 con testigo 11.1 segundos TPT del 21 seg. Con testigo de 12.1 INR 96%.

No refiere antecedentes de importancia excepto aplicación de crema depilatoria en cara el día anterior. Con manchas hiperemicas alrededor de la nariz y peri bucales.

Actualmente en ayuno de 14 horas. Aproximadamente, niega alergias, epilepsia, asma, antecedentes anestésicos, riesgo anestésico quirúrgico. U2-A.

Se comenta con ginecólogos la administración de anestesia general dado lo prolongado de los tiempos de coagulación y la plaquetopenia consecuentes al óbito la paciente está en trabajo de parto activo, con dilatación completa y producto descendido.

NOTA TRANS Y POSTANESTESICA

Se inicia anestesia general a las 13:11 con signos preanestésicos de TA 110/70, FC 80 x min. EKG con ritmo sinusal saturación de oxígeno al 100% con oxígeno ambiental.

Inducción con midazolam 3 mgs IV, fentanyl 150 mcgs IV, propofol 160 mg iv, ventilación asistida con mascarilla y cánula de guedel, oxígeno a 5 litros por minuto.

Al momento de extraer al producto 13:17 hrs. Previa asepsia y antisepsia sondeo vesical y episiotomía medio lateral derecha se extrae producto muerto, sin laceraciones, macerado, parietales imbrincados, no circulares de cordón, se realiza alumbramiento Dirigido obteniendo placenta completa con abundante líquido vinosos, no se observan áreas de desprendimiento.

En el momento de la expulsión del producto la paciente cae en paro cardíaco sin extrasístoles o fibrilación previa, se inician maniobras de resucitación entubándose a la paciente con tubo número 7.5 globo inflado con 2 cc de aire, se inicia masaje cardíaco aplicándose adrenalina de 1 mg iv directo y 70 Meq de bicarbonato de sodio se observa la salida de sangre fresca por el tubo endotraqueal sin obtener mejoría de la hemorragia.

En el monitor se observa la persistencia de asistolia y pupilas midriáticas; se continúan maniobras de reanimación cardiopulmonar con masaje cardíaco y tres cardioversiones con 200 joules.

A las 13:34 del día 12 de Febrero del 2009 se declara muerte

El esposo autoriza autopsia de la madre y se envía el cuerpo al Hospital Metropolitano servicio de Patología para su realización.

El esposo no autoriza autopsia del feto.

La Placenta es enviada como espécimen al servicio de patología del hospital Metropolitano.

Diagnostico Certificado de Defunción *****

Coagulación Intravascular Diseminada

Óbito Fetal [...]" (sic)

c) Copia certificada del **expediente clínico ******* de la paciente *********, en 24-veinticuatro fojas útiles, en el que destacan las siguientes documentales:

I. Documental en hoja membretada con la leyenda "HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL", referida como "**HISTORIA CLÍNICA**", que en su contenido descriptivo presenta en esencia:

HISTORIA CLINICA

"[...] Fecha 30/01/2009 Hora 10:14

ANTECEDENTES PERSONALES

Negativo ✓

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

FFP 06/03/2009

PRINCIPIO DE EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL:

ASINTOMATICA MOV FETALES
PRESENTES SIN ACT UTERINA SIN
PERDIDAS TRANSVAGINALES

ABDOMEN

Movimientos Fetales SI

EXTREMIDADES

SIN EDEMA

DIAGNOSTICO

EMBARAZO DE 35.2 SDG. POR FUM

PRONOSTICO

LIGADO A EVOLUCIÓN

PLAN

1. INDICACIONES DE URGENCIA OBSTETRICA
2. USG OBSTETRICA
3. S. FERROSO
4. CITA EN 1 SEMANA
5. TRAER RESULTADOS PREVIOS

MÉDICO TRATANTE

Firmado por Dr. RESIDENTE

México a 30/01/2009

[...]" (sic) sin Rúbrica

II. Hoja membretada con la leyenda "MATERNO – INFANTIL Hospital Regional de Alta Especialidad", a nombre de la paciente *********, de fecha 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, misma que en su

anverso y reverso, contiene en tres tiempos la descripción de los siguientes hechos, que en esencia se describen:

"[...] 12-02-09
12 hrs Paciente femenino de 18 años de edad, Act uterina (-) Mov fetales (-).
Consiente, tranquila, mal hidratada, cardiopulmonar normal.
Dra. *****/*****. Rúbrica

12-02-09
13 hrs Con actividad uterina irregular, sin movimientos fetales, con salida de liquido transvaginal, se decide pasar a sala de expulsión.
Dra. *****/*****. Rúbrica

12-02-09
13:13 hrs Se pasa paciente a sala de expulsión 3 con dilatación completa, altura +2
Se comenta con anesthesiologo para atención del parto Dra. *****/ Dr ***** [...] (sic) Rúbrica

III. Documental de fecha 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, elaborada a las 11:04 horas, por la **Doctora *******, referida como "**NOTAS PRE-QUIRURGICAS**", que en su contenido presenta en forma medular:

NOTAS PRE-QUIRURGICAS

"[...] REFIERE MOV FETALES PRESENTES ACTIVIDAD UTERINA+, STV MOCO CON SANGRE , SLTV-SX URINARIOS -SX DIGESTIVOS -SX VASOESPASMO NO SE VISUALIZA LATIDO FETAL. Rúbrica [...]" (sic)

IV. Documental de fecha 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, elaborada a las 10:05 horas, que en su parte superior, específicamente en el centro lleva la leyenda "HOSPITAL MATERNO INFANTIL", referida como "**TOCOADMISIÓN**", a nombre de la paciente ***** , la cual en esencia refiere:

TOCOADMISION

"[...] MOTIVO DE LA CONSULTA: SN + Actividad uterina + diarrea

TA 110/70

FU 30
FCF No audible

Parietales imbrincados

Se realiza amniorexis

MP DX. ingresa a labor [...]" (sic) Rúbrica

V. Documental en hoja membretada con la leyenda "**HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL**", de fecha 12-doce de febrero de 2009-dos

mil nueve, elaborada a las 13:59 horas, referida como **“NOTAS MEDICAS”** con un sub rubro denominado **“NOTAS DE EVOLUCION”**, referentes a la paciente*****, signada por el **Doctor *******, que sustancialmente describe:

NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA
12/02/2009
13:59

NOTAS DE EVOLUCION

VALORACION PREANESTESICA:

"[...] Paciente femenina de 18 años de edad, conciente, orientada, aprensiva, con diagnóstico de embarazo de 26 semanas de gestación, con producto obitado desconociéndose el tiempo de evolución, en trabajo de parto, con parietales imbricados, laboratorio con Hb, de 11.5 Hto. 37.7 plaquetas 99,000 tpo. de protrombina 15.6 testigo 11.1 seg, TPT de 32 seg testigo 23.2 seg INR 1.96 %

No refiere antecedentes de importancia excepto aplicación de crema depilatoria en cara el día anterior con manchas hiperémicas alrededor de la nariz y peribucales.

Actualmente en ayuno de 14hs aproximadamente, niega alergias, epilepsia, asma, antecedentes anestésicos, R.A.Q. U 3-A

Se comenta con la Dra. ***** M.E., y Dr. ***** Residente de ginecología la administración de anestesia general dado lo prolongado de los tiempos de coagulación y la plaquetopenia consecuentes al óbito la paciente esta en trabajo de parto activo, con dilatación completa y producto descendido.

Al momento de extraer producto único óbito con fórceps a las 13h17m presenta paro cardíaco sin extrasístoles o fibrilación previa, se inician maniobras de resucitación intubándose la paciente con tubo número 7.5 globo inflado con 2cc aire, se inicia masaje cardíaco aplicandose adrenalina 1 mg I.V. directo y 70 Meq de bicarbonato de sodio; se observa salida de sangre fresca por el tubo endotraqueal hasta las mangueras de la máquina, por ello se aspira y cambia el tubo orotraqueal sin obtener mejoría de la hemorragia.

En el monitor se observa persistencia de asistolia y pupilas midriáticas; se continúan maniobras de reanimación cardiopulmonar con masaje cardíaco, y tres cardioversiones con 200 joules.

Alas 13h34 se declara muerte

DR. ***** [...]”(sic)Rúbrica

VI. Documental en hoja membretada con la leyenda **“HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL”**, de fecha 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, elaborada a las 13:54 horas, referida como **“NOTAS MEDICAS”** con un sub rubro denominado **“NOTAS DE EVOLUCION”**, signada por los CC. **Doctora *******, **Doctor ******* y **Doctor *******, que en esencia describen:

NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA
12/02/2009
13:54

NOTAS DE EVOLUCION

"[...] PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD, QUE INGRESA CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO DE 37.1 SDG+GESTA 1+PRODUCTO OBITO SIN ALTERACIONES EN EL ESTADO DE LA CONCIENCIA, SIGNOS VITALES NORMALES, SE INICIA CONDUCCION CON 500 CC DE GLUCOSADO AL 5% IV+4 UI DE OXITOCINA A 8 GOTAS POR MINUTO, PRESENTANDO BUENA EVOLUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO, CON DILATACIÓN COMPLETA A LAS 13:00 ALTURA + 2, SE PASA A SALA A LA PACIENTE Y SE SOLICITA ANESTESIA PARA EL PROCEDIMIENTO LA PACIENTE PASA A SALA A LAS 13:13 HRS Y SE INICIA PROCEDIMIENTO ANESTESICO CON SEDACIÓN A LAS 13:17 HORAS SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGION VULVO VAGINAL, SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES, SE CORROBORA VARIEDAD DE POSICION EN OCCIPITO ANTERIOR, ALTURA + 4 CM, SE REALIZA EPISIOTOMIA MEDIO LATERAL DERECHA, SE OBTIENE PRODUCTO OBITO SIN MACERACIONES NI LACERACIONES, PARIETALES IMBRINCADOS, NO CIRCULARES DE CORDÓN. POSTERIORMENTE SE REALIZA ALUMBRAMIENTO DE PLACENTA, LA CUAL SE OBTIENE COMPLETA, CON ABUNDANTE LÍQUIDO VINOSO, NO SE OBSERVAN ÁREAS DE DESPRENDIMIENTO, POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO LA PACIENTE ENTRA EN PARO CARDIO RESPIRATORIO, SE INICIA MASAJE CARDIO TORACICO, SE REALIZA EPISIORRAFÍA CON CRÓMICO DEL 2-0 PUNTOS CONTINUOS, CONTINUANDO CON MANIOBRAS SIN ÉXITO, SE DECLARA HORA DE DEFUNCIÓN 13:34HR
DRA. *****.ME
DR. *****.R2GYO/DR. *****.R1GYO [...]" (sic)
Rúbrica

d) Resumen clínico emitido por el Comité de Muerte Perinatal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, en fecha 24-veinticuatro de abril del año 2009-dos mil nueve, relativo a la atención médica proporcionada a la **C. *******, suscrito por los **CC. Dr. ******* y **Dr. *******, **Encargado de la Dirección** y **Jefe de Departamento**, respectivamente; del que se desprende lo siguiente:

RESUMEN CLÍNICO DE COMITÉ DE MUERTE PERINATAL

"[...] Nombre: *****.
NHC 38870.
Sexo Femenino.
Edad **40 años**.
Estado Civil: Unión Libre
Escolaridad Preparatoria

Ocupación: Comerciante

Motivo de Consulta: Sangrado transvaginal y Dolor Abdominal

No tiene antecedentes de importancia.

Antecedentes Gineco-Obstétricos gestas 4 Partos 2 Aborto 1 Cesárea 0.

Control Prenatal en Hospital Materno Infantil 4 en total.

Fecha del último parto 1990

Fecha del último aborto 1991

Fecha de Última Menstruación 15 de Julio de 2008

Fecha probable de parto 22 de abril de 2009

16 de abril de 2009 a las 2:40 hrs. acude al servicio de urgencias de toco cirugía por presentar un embarazo de 39 semanas, con movimientos fetales presentes, actividad uterina presente, sangrado transvaginal presente, no leucorrea, no síntomas urinarios, Fondo Uterino de 34 cm. y frecuencia cardiaca fetal 136 por minuto, al tacto vaginal se encuentra 3 cm. de dilatación, 50% borramiento, pelvis adecuada y membranas integrales.

Diagnóstico: Embarazo de 39 semanas + Trabajo de Parto en Fase Latente

Y se envía a la paciente a antesala y será revalorada en 4-6 hrs., con datos de alarma y cita abierta a toco cirugía.

16 de abril de 2009 a las 22:20 hrs. la paciente es revalorada se encuentra a paciente con embarazo de 39 semanas con actividad uterina regular, sangrado transvaginal ausente, no síntomas urinarios, no síntomas de vaso espasmo.

Se encuentra producto único vivo longitudinal cefálico, frecuencia cardiaca fetal de 144 por minuto, tacto vaginal 4-5 cm., 80% borramiento, se realiza amnioscopia con liquido claro con grumos. DIAGNOSTICO EMBARAZO DE 39 SEMANAS EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA.

Se ingresa a labor para inductoconducción

17 de abril de 2009 alas 5:35 hrs. frecuencia cardiaca fetal no audible, al tacto vaginal se encuentra 8 cm. de dilatación con prolapso de cordón se palpa pulso débil, se solicita cesárea urgente, se rechaza presentación con salida de material hemático abundante, desprendimiento de placenta normo inserta.

Se busca a familiares pero no se encuentran para dar información.

Se realiza Operación Cesárea bajo anestesia general, se coloca sonda foley, asepsia, y antisepsia, se realiza operación cesárea tipo kerr, se obtiene liquido amniótico con meconio ++ y reobtiene producto único muerto del sexo femenino, con peso 3050 gramos sin frecuencia cardiaca fetal, se alumbra placenta con desprendimiento del 60%, se realiza revisión de cavidad uterina, se termina procedimiento con sangrado aproximado de 600 cc.

No accidentes, no complicaciones.

La paciente evoluciona satisfactoriamente y se da de alta sin complicaciones [...]” (sic) Rúbricas

e) Copia certificada del **expediente clínico** de la paciente *********, en 45-cuarenta y cinco fojas útiles, en cuyo contenido se encuentran las siguientes documentales:

I. Documental en hoja membretada con la leyenda “HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL”, referida como “**ULTRASONIDO OBSTETRICO**”, que en su contenido descriptivo presenta en esencia:

“[...] Paciente

Edad	NHC	Sexo	Religión	Teléfono
44	38870	MUJER	CATOLICA	--- --

ULTRASONIDO OBSTETRICO

PRODUCTO (S) DE GESTACI... UNICA
CON MOVIMIENTOS Y F.C.F.

LIQUIDO AMNIOTI... NORMAL

EMB 35.6SDG
SEXO FEMENINO

Firma
Firmado por Dr. *********
México a 06/03/2009 [...]” (sic)

II. Documental en hoja membretada con la leyenda “HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL”, referida como “**NOTAS MÉDICAS**”, con un subtítulo denominado “**NOTAS DE EVOLUCIÓN**”, que en su contenido descriptivo presenta substancialmente:

“[...]”

NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA

10/03/2009

12:23

NOTAS DE EVOLUCIÓN

FEM 40 AÑOS

EMB 33.5 SDG X FUM

FUM: 17/07/08 (DUDOSA??)

FPP: 24/04/09

S:

BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMÁTICA NIEGA CEFALEA,

NÁUSEA Y VÓMITO MOTILIDAD FETAL PRESENTE
ACTIVIDAD UTERINA NEGADA
PERDIDAS VAGINALES NEGADAS SX`S DIGESTIVOS SX`S
URINARIOS Y SX`S DE VASOESPASMO NEGADOS

...
CONSCIENTE COOPERADORA. SIN FASCIE
CARACTERISTICA

...
PUV. LONGITUDINAL, CEFALICO DORSO IZQUIERDO FU: 31
CM FCF: 150 BPM
MOV FETALES PRESENTES. AU NO PERCIBIDA:

...

Firmado por Dr. RESIDENTE
México a 10/03/2009 [...]” (sic)

III. Documental en hoja membretada con la leyenda “HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL”, referida como “**NOTAS MÉDICAS**”, con un subtítulo denominado “**NOTAS DE EVOLUCIÓN**” que en su contenido descriptivo presenta substancialmente:

“[...]

NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA

26/03/2009
11:50

NOTAS DE EVOLUCIÓN

FEM 40 AÑOS
EMB 36.1 SDG X FUM
G3P2

...

FUM: 15/07/08
FPP: 22/04/09

S:

BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMÁTICA NIEGA CEFALEA,
NÁUSEA Y VÓMITO MOTILIDAD FETAL PRESENTE
ACTIVIDAD UTERINA NEGADA
PERDIDAS VAGINALES NEGADAS SX`S DIGESTIVOS SX`S
URINARIOS Y SX`S DE VASOESPASMO NEGADOS

...
CONCIENTE COOPERADORA. SIN FASCIE
CARACTERISTICA

...
PUV. LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO FU:31
CM FCF: 150 BPM
MOV FETALES PRESENTES. AU NO PERCIBIDA:

...

P:
SE DAN INDICACIONES PRECISAS DE URGENCIA.
...
CITA A EAR EN 1 SEMANA.

Firmado por Dr. RESIDENTE
México a 26/03/2009 [...]” (sic)

IV. Documental en hoja membretada con la leyenda “HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL”, referida como “**NOTAS MÉDICAS**”, con un subtítulo denominado “**NOTAS DE EVOLUCIÓN**” que en su contenido descriptivo presenta substancialmente:

“[...]”
NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN
02/04/2009 11:43	FEM 40 AÑOS FUM: 15/07/08 37.1 FPP: 22/04/09

S:
BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMÁTICA NIEGA CEFALEA,
NÁUSEA Y VÓMITO MOTILIDAD FETAL PRESENTE
ACTIVIDAD UTERINA NEGADA
PERDIDAS VAGINALES NEGADAS SX`S DIGESTIVOS SX`S
URINARIOS Y SX`S DE VASOESPASMO NEGADOS

...
CONSCIENTE COOPERADORA. SIN FASCIE
CARACTERISTICA

...
PUV. LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO FU:31
CM FCF: 150 BPM
MOV FETALES PRESENTES. AU NO PERCIBIDA:

...
P:
SE DAN INDICACIONES PRECISAS DE URGENCIA.

...
CEFALEXINA
CITA EN 1 SEMANA A OBSTETRICA

DR. CISNEROS ME
DRA. REBOLLOSO R3

Firmado por Dr. RESIDENTE
México a 02/04/2009 [...]” (sic)

V. Documental en hoja membretada con la leyenda "HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL", referida como "**NOTAS MÉDICAS**", con un subtítulo denominado "**NOTAS DE EVOLUCIÓN**" que en su contenido descriptivo presenta substancialmente:

"[...]"

NOTAS MEDICAS

FECHA / HORA

14/04/2009
13:09

NOTAS DE EVOLUCIÓN

FEM 40 AÑOS
FUM: 15/07/08 38.6 SDG
FPP: 22/04/09

S:

BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMÁTICA NIEGA CEFALEA, NÁUSEA Y VÓMITO MOTILIDAD FETAL PRESENTE ACTIVIDAD UTERINA NEGADA PERDIDAS VAGINALES NEGADAS SX`S DIGESTIVOS SX`S URINARIOS Y SX`S DE VASOESPASMO NEGADOS. REFIERE PRURITO INTERMITENTE 4 SEMANAS DE EVOLUCIÓN, QUE AUMENTA POR LA NOCHE

...

CONSCIENTE COOPERADORA. SIN FASCIE CARACTERISTICA

...

PUV. LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO FU:31 CM FCF: 150 BPM
MOV FETALES PRESENTES. AU NO PERCIBIDA.
FU 34 CM
FCF: 140X MIN

P:

SE DAN INDICACIONES PRECISAS DE URGENCIA.
CITA EN 1 SEMANA A OBSTETRICA
CITA EN UNA SEMANA CON PBM

DR. CISNEROS ME
DR.SOTO R2 GYO

Firmado por Dr. RESIDENTE
México a 14/04/2009 [...]" (sic)

VI. Documental en hoja membretada, con la leyenda "HOSPITAL MATERNO INFANTIL, SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN O.P.D." referida como "**INDICACIONES MÉDICAS**", que en su contenido descriptivo substancialmente presenta:

"[...]"

INDICACIONES MEDICAS

Servicio
ENFERMERIA HOSP Fecha de ingreso 22/01/2009
Diagnostico Días de Hospitalización 0
EMBARAZO CONFIRMADO Cama CUBICULO 3

Fecha Hora
16/04/2009 23:24

INDICACIONES INGRESO

1. AYUNO
2. 500 CC GLUC AL 5% + 4UI DE OXITOCINA 8 GTS POR MIN
3. BH, GRUPO Y RH, VDRL, TP, TTP, PRUEBAS CRUZADAS
4. VIGILAR AU, MOV. FETALES Y FCF
5. DECUBITO LATERAL IZQUIERDO Y SEMIFOWLER
6. TRICOTOMIA Y ENEMA
7. RCTG INTERMITENTE
8. SVPT Y CGE
9. PASA A LABOR A CONDUCCIÓN DE T DE P

DRA. ***** ME

DRA. ***** R2

Firmado por Dr. RESIDENTE RESIDENTE RESIDENTE
México a 16/04/2009 [...]” (sic)

VII. Documental referida como **“ADMISIÓN”**, con un subtítulo denominado **“PARTOGRAMA”**, que en su contenido descriptivo presenta en esencia:

“[...]

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

ADMISION

PARTOGRAMA

Nombre: *****

Edad: 40 años

Fecha: 16 abril 09

Hora: 02:40

CPN(-) Materno Infantil

FUM: 15/07/08

FPP: 22/04/09

Embarazo 39.1

SDG

...

MOV FETALES (+) ACT UTERINA (+) SLTV (+) STV (-) LEUCORREA (-)

...

EXP FISICA

ABDOMEN

FU: 34 cm

FCF: 136x

TACTO VAGINAL

DILATACIÓN: 3cm BORRAMIENTO 50%

ALTURA:

PELVIS: Adecuada

...

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZO A LOS MEDICOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON, PARA QUE EFECTUE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACIÓN DE MI PADECIMIENTO, EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE QUEDO SUJETO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO.

FIRMA DEL PACIENTE

SOLICITUD DE OPERACIÓN

Diagnóstico preoperatorio, Emb 39.1 sem +TPFA + prolapso de cordon + bradicardia fetal
C Kerr

ELECTIVA () URGENCIA (X)

Dra. ***** R2

...

REGISTRO DE LA OPERACIÓN

Diagnóstico postoperatorio: prolapso de cordón + PPPM
Operación efectuada: C Kerr

Anestesiólogo: Dr. *****

Firma del Cirujano Dr. ***** [...]” (sic)

6. En fecha 23-veintitrés de abril de 2009-dos mil, se recabó la **queja** expresada por la C. ***** por los actos u omisiones que estimó violatorios a sus derechos humanos, cometidos presuntamente por personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, misma que ya fue descrita a detalle en el capítulo de hechos de esta resolución.

7. Oficio número **DJSSNL-875/2009**, recibido por este organismo en fecha 23-veintitrés de junio del año 2009-dos mil nueve, signado por el **C. Licenciado *******, **Director Jurídico y Apoderado Legal de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, a través del cual emite contestación a la queja planteada por la C. ***** , manifestando en esencia:

“[...] En lo que respecta a la C. ***** , fue atendida en el Hospital Regional Materno Infantil de “Alta Especialidad” perteneciente a Servicios de Salud de Nuevo León en fecha 17 de Abril del 2009, siendo debidamente atendida por el personal de dicho nosocomio perteneciente al Organismo que represento, por lo que se niega de manera categórica en todas y cada un de sus partes la queja infundada presentada por la C. ***** , toda vez que como se comprueba con el resumen y expediente clínico de la paciente ***** , mismo que al

efecto se anexa al presente escrito, se desprende que la paciente recibió un atención debida y adecuada al diagnostico presentado, no existiendo negligencia medica alguna, así como tampoco prestación indebida del servicio publico, como lo pretende hacer valer la quejosa.

Así mismo y en cumplimiento a lo solicitado por esa H. Comisión me permito enlistar el nombre completo del personal que atendió a la C. ***** , los cuales son los siguientes:

Dra. *****
Dr. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dra. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dr. *****
Dra. *****
Dra. *****

Por lo antes expuesto, solicito:

ÚNICO: Se tenga a mi representada por cumpliendo en tiempo y forma con la información solicitada en sus escritos de cuenta y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derecho Humanos de Nuevo León, en el momento procesal oportuno se dicte resolución de No Responsabilidad que sobresea el presente asunto [...]” (sic)

Al oficio descrito en párrafos anteriores se acompañaron los siguientes documentos:

a) Copia certificada de Poder General para Pleitos y Cobranzas, a favor del señor **licenciado *******, otorgado por el Director General de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado, mediante escritura pública número 34,543-treinta y cuatro mil quinientos cuarenta y tres, pasada ante la fe del licenciado ***** , Notario Público número 51, con ejercicio registral en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

b) Resumen clínico del expediente ***** , de la paciente ***** , signado por el **doctor *******, en su carácter de **Encargado de la Dirección**, el cual consta en 2–dos fojas útiles y, en esencia, dispone:

Resumen clínico

“[...] Antecedentes Gineco Obstétricos Gesta 1 Para 0, con fecha de ultima menstruación el día 20 de Junio 2008 y con fecha probable de

parto el 27 de marzo de 2009, la fecha última menstruación no confiable, sin control prenatal en nuestra unidad ECO Obstétrico del día 17 de Abril de 2009 reporta 40 semanas.

Motivo de consulta: acude por actividad uterina.

El día 17 de Abril de 2009 a las 2:30 hrs. Acude al servicio de urgencias refiriendo contractilidad uterina irregular, con producto único vivo en situación longitudinal dorso a la derecha con frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto, al tacto vaginal 1 cm. De dilatación con 60% borramiento, membranas íntegras, se hace revaloración en 4 hrs. Y se dan indicaciones de urgencia.

La paciente es nuevamente revisada ese mismo día a las 7:00 hrs., tensión arterial de 100/60 encontrándose con 3 cm. De dilatación y 90% borramiento, con frecuencia cardíaca fetal 150 por minuto, indicándose nueva revaloración en 4 hrs.

A las 8:40 hrs. Acude nuevamente a ser valorada en el servicio de urgencias encontrándose se encuentra al tacto vaginal 13 cm. De dilatación, 90% borramiento y frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto amnioscopia fallida indicando antesala.

A las 12:30 hrs. Se revalora a la paciente con 4 cm. De dilatación y 90% borramiento, frecuencia cardíaca fetal de 150 por minuto, se practica amniorrhexis encontrándose meconio espeso ++, se hace el diagnóstico de embarazo de 40 semanas y probable sufrimiento fetal agudo y se solicita operación cesárea urgente.

"nota de evolución tóco cirugía reporta que no hay quirófano disponible por lo que se pasa a registro cardiotocográfico.

A las 13:08 se pasa paciente a quirófano, se inicia procedimiento anestésico bajo bloqueo subaracnoideo y se practica operación cesárea a las 13:18 hrs. Con incisión media infraumbilical, se obteniendo a las 13:19 producto único cefálico del sexo masculino de 2,820 gramos de peso, capurro 40 semanas sin malformaciones ni lesiones aparentes, con palidez de tegumentos tono muscular presente y cordón umbilical con pulso presente. Alumbramiento espontáneo, placenta presenta desprendimiento de placenta del 30% y membranas completas, limpieza y revisión de la cavidad uterina. El Recién Nacido es recibido por médico pediatra el cual valora al producto encontrándolo pálido, sin tono, sin esfuerzo respiratorio, sin frecuencia cardíaca, pupilas dilatadas, cordón umbilical exangüe, hepatomegalia de 4-5cm. debajo del borde costal, la placenta se corrobora con 20% de desprendimiento.

Se da por terminado el procedimiento quirúrgico, sin complicaciones.

La paciente pasa al hospital donde tiene una buena evolución postoperatoria y es dada de alta sin complicaciones (...)." (sic) Rúbrica

c) Copia certificada del **expediente clínico ******* de la paciente *********, en 44-cuarenta y cuatro fojas útiles, en cuyo contenido se encuentran las siguientes documentales:

I. Documental en hoja membretada con la leyenda "HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL", referida como "**INDICACIONES MEDICAS**", que en su contenido descriptivo presenta en esencia:

INDICACIONES MÉDICAS

"(...) Servicio ENFERMERIA URG

DIAGNOSTICO

CAMA SALA ESPERA URGENCIA

Fecha Hora
17/04/2009 12:45

CESAREA
1. AYUNO
2. 1000CC HARTMANN IV PMVP
3. BH,GRUPO Y RH, VDRL, TP TTP
4. PC
5. TRICOTOMIA ABDOMEN Y PUBIS
6. RCTG INTERMITENTE
7. SVPT Y CGE
8. VIG AU, MOV, FETALES Y FCF
9. PASA A LABOR A OPERACIÓN CESAREA

DRA. *****

DR. *****

FIRMA DEL MÉDICO

Firmado por Dr. ***** (...)" (sic)

II. Documental descriptiva de fecha 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, correspondiente a la paciente *********, referida como "**ADMISION PARTOGRAMA**", que en su contenido presenta sustancialmente:

ADMISION
PARTOGRAMA

"(...)

Fecha: 17/04/09 Hora: _____

FUM 20/jun/09
FPP 27/Mzo/09 Embarazo 43 SDG
Ecos: 17 Abril/09 Emb x US G ___ P ___ A ___ C ___
MC: Actividad uterina

PLAN: Cita Abierta con indicaciones de urgencia
DR(A) ***** DR(A) ***** Dra *****

REVALORIZACION Fecha: 17/04/09 Hora: 7:00 TA: 100/60
Revalorización en 4 horas
Dra. ***** Dra. ***** Dra. *****

(...)” (sic)

III. Documental descriptiva de fecha 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, correspondiente a la paciente *****, que en su contenido presenta sustancialmente:

17/4/09 19 años
8:40 Fum 20 Junio (?)
TA 110/70 Con FPP= Abril
Ultimo Eco 14-feb FPP= 17 Abril

Mov fet (+)

TV: 3 cm FCF: 148 x
Amnioscopia fallida px
poco cooperadora

P/A/S
17/4/09
12:30

FCF: 138 x min
TV: 4 cm 90% Borr
Amniorrexis Mecomio espeso ++
Emb 40 SDG + 61 + TPFA
Pasa a RCTG (no hay espacio
físico en labor ni
en quirófano)

Dra. *****
Dr. ***** R2

17/04/09
13:08

RCTG
Pasa urgente a qv para o/c
Se informa a familiares

Dra. *****
Dr. *****

(...)” (sic) Rúbricas

IV. Documental en hoja membretada con la leyenda "HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL", referida como "**HISTORIA CLÍNICA DEL ÓBITO**", que en su contenido descriptivo presenta en esencia:

NOMBRE: *****
 N° REGISTRO
 FECHA DE NACIMIENTO 17 04 09 13 19 MASCULINO
 DIA MES AÑO HORA MIN SEXO

ANTECEDENTES PERSONALES
 EMBARAZO ACTUAL CONTROL PRENATAL
 FUM 20 Jun 08 Si No
 FPP 27/03/09
 SEM/FUM 43
 SEM/ECO 40

SUFRIMIENTO FETAL
 Si No

TERMINACIÓN DEL PARTO
 CESAREA

FACTORES DE ADMISION FACTORES DE EXPULSIÓN
 ACUDIO A REVISIÓN SI TIEMPO ENTRE LA REVISIÓN Y EL
 NACIMIENTO 50 min
 NUMERO DE VECES 2 SE DETERMINO ÓBITO ANTES DE
 NACER NO

LA REVISO
 EXTERNO
 RESIDENTE
 ESTUDIANTE
 FECHA Y HORA DE 1 REVISIÓN
 17/04/09 8:40
 17/04/09 12:30

07/04/09 La madre es referida de admisión directa a quirofano por
 13:19 hrs sufrimiento fetal y mecomio espeso se obtiene por cesarea
 se recibe palido, sin tono, sin esfuerzo respiratorio, sin
 frecuencia cardiaca, pupilas dilatadas cordon umbilical
 exangue, hepatomegalia de 4-5 cm abajo del borde costal
 y refieren desprendimiento de placenta del 20%.

Dra. *****

Dra. *****

(...)" (sic) Rúbricas

8. Comparecencia rendida ante personal de este organismo, a los 9-nueve días del mes de octubre del año 2009-dos mil nueve, por la **C. *******, especialista en ginecología y obstetricia del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, en la que refirió:

(...) en cuanto a los hechos que se investigan dentro de la presente queja, la compareciente únicamente tuvo intervención en el caso

relativo a la paciente *****, quien acudió el día 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve a las 10:05-diez horas con cinco minutos, en el entendido de que la dicente estaba asignada en el área de ADMISIÓN DE TOCOCIRUGÍA, y el motivo de consulta de la paciente fue actividad uterina y sangrado transvaginal, por lo que la dicente procede a pasarla al área de cubículos de admisión para proceder a revisarla. Haciéndole un interrogatorio respecto a la sintomatología que presentaba, se procedió a realizarle una exploración física, durante ésta se hace una revisión vaginal presentando tres centímetros de dilatación, producto cefálico con un 80% de borramiento, se le hizo exploración abdominal para detectar la frecuencia cardiaca del producto, la cual no se escuchó, por lo que la compareciente la pasa a hacerle un ultrasonido, al realizarle el mismo, no se visualiza el movimiento de la silueta cardiaca, es decir, del corazón del bebé, por lo que se le hizo el diagnóstico de PRODUCTO ÓBITO. Acto seguido se le informó a la paciente ***** de lo anterior, y se decide internarla hacia el área de LABOR, aclarando que lo anterior, se le informó inmediatamente después de que supo que el producto estaba óbito. Ingresando la paciente a LABOR a las 11:17-once horas con diecisiete minutos, en el entendido de que la dicente ya no le dio seguimiento a la expulsión del producto óbito, porque se quedó en el área de admisión donde estaba asignada y correspondió al personal del área de LABOR realizar el proceso de seguimiento obstétrico, desconociendo la dicente lo que haya sucedido con posterioridad. Enterándose ya por la tarde que la paciente había fallecido, siendo lo anterior todo lo que le consta a la compareciente. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DE LA COMPARECIENTE Y PARA UN MEJOR ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.-DIGA SI DE ACUERDO A LA HOJA DE ADMISIÓN ELABORADA A LA PACIENTE ***** EL DÍA 12-DOCE DE FEBRERO DE 2009-DOS MIL NUEVE A LAS 10:05 HORAS NO OBSTANTE EL PRODUCTO ÓBITO LA PACIENTE SE PRESENTÓ CONCIENTE Y ORIENTADA. Responde que sí. 2.-DIGA LA COMPARECIENTE SI USTED RECOMENDÓ QUE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO FUERA POR LABOR DE PARTO. Responde que NO, eso se valora con el progreso del trabajo de parto y los resultados de laboratorio, es el personal médico del área de LABOR quien finalmente determina de acuerdo a la evolución de la paciente la vía de desembarazo. 3.-DIGA CUÁNTO TIEMPO PUEDE PERMANECER LA PACIENTA CON EL PRODUCTO ÓBITO EN SU VIENTRE SIN QUE SURJA NINGUNA COMPLICACIÓN. Responde que es variable, dependiendo de la edad gestacional de la paciente. 4.-DIGA SI RECUERDA QUÉ MÉDICO REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO A LA PACIENTE ***** Responde que no, que la dicente estuvo en su área asignada y no estuvo presente. 5.- SI LA PACIENTE ***** ESTUVO CON USTED CONCIENTE Y ORIENTADA, DIGA QUÉ OCACIONÓ SU MUERTE. Responde que se tendrían que ver los resultados de los exámenes que se le practicaron, es decir, la AUTOPSIA que es donde se advierte el diagnóstico definitivo. 6.-DIGA SI ES RIESGOSO PARA LA PACIENTE LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO POR

MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que el riesgo en un parto es igual para todas las pacientes, tengan producto óbito o no, que lo que les marca el riesgo es el progreso durante el mismo trabajo de parto. 7.-DIGA SI PARA CUANDO USTED REVISÓ A LA PACIENTE *****; ESTA PRESENTABA PLAQUETOPENIA, ASÍ COMO QUE SE ENCONTRABAN MUY PROLONGADOS LOS TIEMPO DE COAGULACIÓN. Responde que no, porque cuando la dicente la recibió esos exámenes todavía no se le practicaban, es decir, que los mismos se practican en el área de labor. 8.-DIGA SI ES NECESARIO CONTAR CON LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE "TIEMPOS DE COAGULACIÓN" Y "BIOMETRÍA HEMÁTICA" PARA PROCEDER A LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE UN PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que sí. 9.-DIGA SI SE ENCONTRABAN FAMILIARES DE LA PACIENTE ***** EN EL HOSPITAL EL DÍA DE LOS HECHOS. Responde que sí. 10.-DIGA SI USTED INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE EL PRODUCTO ESTABA MUERTO. Responde que si se les informó. 11.-DIGA SI USTED LES INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE IBA A SER INTERNADA PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que no, pues les informó que se iba a internar para practicarle estudios y dependiendo el progreso que ella tuviera se iba a decidir la vía de extracción. 12.-DIGA QUIÉN LE FIRMÓ A USTED EL DOCUMENTO DE "CONSENTIMIENTO INFORMADO" AL MOMENTO EN QUE LA PACIENTE ***** SE QUEDÓ INTERNADA. Responde que la dicente firmó el documento, se acercó con la mamá de la paciente para informarle lo que estaba sucediendo, en ese lapso fue cuando se internó a la paciente, sin corroborar la dicente si se firmó ó no el consentimiento por parte de algún familiar. 13.-DIGA SI UN DOCTOR DE SEXO MASCULINO FUE QUIÉN INFORMÓ A LA MADRE DE LA PACIENTE ***** QUE SU BEBÉ HABÍA MUERTO. Responde que por lo general siempre dan la información dos personas para que quede asentado que sí se le informó, pero no recuerda la compareciente quien más le haya informado lo anterior. 14.-DIGA SI DURANTE EL TIEMPO EN QUÉ USTED ATENDIÓ A LA PACIENTE ***** LE SUMINISTRÓ ALGÚN MEDICAMENTO CON EL CUAL SE TORNARA "SOMNOLIENTA", "PIEL PÁLIDA" y con el "CUERPO FLOJO". Responde que no le suministró la dicente ningún medicamento, desconociendo si en el área de labor se le haya aplicado algo. 15.-DIGA SI LA PACIENTE ***** SALIÓ DEL ÁREA DE ADMISIÓN CONSCIENTE Y ORIENTADA. Responde que sí (...)

9. Comparecencia ante personal de este organismo, a los 9-nueve días del mes de octubre del año 2009-dos mil nueve, por la **C. *******, especialista en ginecología y obstetricia del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, en la que refirió:

(...) en cuanto a los hechos que se investigan dentro de la presente queja, la dicente recuerda que únicamente tuvo intervención en el caso relativo a la paciente ***** el día 12-doce de febrero del año en

curso, ya que fue remitida al área de LABOR donde la compareciente se encontraba en turno, en virtud de que según la DRA. *****, quien la atendió en el área de admisión, dicha paciente presentaba producto óbito, por lo que la dicente como titular y los residentes que la apoyaron, procedieron a vigilar el trabajo de parto, ya que la paciente entró con trabajo de parto, por lo que la estuvieron monitoreando hasta su dilatación completa, la cual se completó a las 13:00-trece horas, por lo que se pasa a la sala de expulsión a las 13:13-trece horas con trece minutos, para iniciar el procedimiento anestésico, fue donde se comentó por parte del anestesiólogo que se le iba a dar una sedación en virtud de que presentaba problemas en su coagulación, lo cual está indicado en esos casos, es decir, que estaban alterados los tiempos de coagulación y plaquetas. Por lo que una vez anestesiada, la dicente revisa el producto se realiza una episiotomía, descendiendo el producto favorablemente y al extraer el producto óbito se observó que el mismo presentaba parietales imbricados, es decir, que al menos ya tenía un mínimo de 24-veinticuatro horas de fallecido, no se observaron en el producto maceraciones ni laceraciones, procediéndose luego a poner el producto en una camilla, procediéndose al alumbramiento de la placenta, es decir, se pinza el cordón, se queda la placenta y observaron que la misma estaba completa, sin apreciarse áreas de desprendimientos, y al momento en que sale la placenta, el anestesiólogo DR. ***** informó que la paciente estaba en paro cardiorespiratorio, iniciando de inmediato las maniobras de resucitación, empezando con un masaje cardiaco, incluso cardioversión sin obtenerse respuesta favorable, avisándoles de inmediato a los familiares de la paciente, que la misma estaba grave y posteriormente después de las maniobras de resucitación se confirma la muerte de la paciente a las 13:34-trece horas con treinta y cuatro minutos. Una vez que ocurrió lo anterior, se llamó a los familiares a sala de juntas en Dirección, para notificarles de la muerte de la paciente, aclarando que los únicos que estaban, eran el esposo y la mamá de la paciente, desconociendo si hubiera más familiares en la sala. En el entendido de que en la sala estaba el Jefe inmediato de la dicente, el DR. ***** y después llegó la SUBDIRECTORA DRA. *****, siendo que el DR. ***** informó a los familiares que era la dicente quien estuvo a cargo en la atención de la paciente, solicitándoles la autopsia del bebé y de la madre, pero dichas personas no aceptaron practicarle autopsia al bebé, retirándose la compareciente después de lo anterior de la sala de juntas, para continuar con el llenado de los certificados de defunción posteriores a la autorización del esposo de la paciente. Desea por último agregar la compareciente, que la causa de la muerte de la paciente de acuerdo al resultado de la autopsia lo fue por EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO, haciendo énfasis la dicente que de acuerdo a las constancias que obran en el expediente clínico de la paciente, días previos al 12-doce de febrero del año en curso, específicamente un día antes de los hechos ocurridos, por dicho del esposo de ésta, la paciente tuvo fiebre y vómito. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DE LA COMPARECIENTE Y PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE

PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.-DIGA LA COMPARECIENTE SI USTED RECOMENDÓ QUÉ EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO FUERA POR LABOR DE PARTO. Responde que desde que ingresó la paciente presentaba labor de parto, según las notas médicas elaboradas por la DOCTORA del área de ADMISIÓN, por lo que la dicente en virtud de ello procedió a continuar con el procedimiento o indicación de la conducción del trabajo de parto. 2.-DIGA CUÁNTO TIEMPO PUEDE PERMANECER LA PACIENTE CON EL PRODUCTO ÓBITO EN SU VIENTRE SIN QUE SURJA NINGUNA COMPLICACIÓN. Responde que lo ideal es lo menos que pueda estar, pero es dependiendo el organismo de la paciente en virtud de que ha habido pacientes con producto óbito sin darse cuenta y lo traen en el vientre por días, pero ha habido casos en que las pacientes momentos después de la muerte del producto empiezan a presentar complicaciones. 3.-DIGA SI RECUERDA QUÉ MÉDICO REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO A LA PACIENTE *****. Responde que la compareciente con apoyo de los residentes. 4.- SI LA PACIENTE ***** ESTUVO CON USTED CONCIENTE Y ORIENTADA, DIGA QUÉ FUE LO QUE OCASIONÓ SU MUERTE. Responde que ya teniendo el resultado de la autopsia, el embolismo de líquido amniótico. 5.-DIGA SI ES RIESGOSO PARA LA PACIENTE LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que NO. 6.-DIGA SI PARA CUANDO USTED REVISÓ A LA PACIENTE ***** ESTABA PRESENTABA PLAQUETOPENIA, ASÍ COMO QUE SE ENCONTRABAN MUY PROLONGADOS LOS TIEMPO DE COAGULACIÓN. Responde que sí. 7.-DIGA SI ES NECESARIO CONTAR CON LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE "TIEMPOS DE COAGULACIÓN" Y "BIOMETRÍA HEMÁTICA" PARA PROCEDER A LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE UN PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que es lo ideal, pero que si el bebé empieza a nacer en forma espontánea y no se cuentan en ese momento con los mismos, el parto no se puede detener por la falta de dichos exámenes. 8.-DIGA SI SE ENCONTRABAN FAMILIARES DE LA PACIENTE ***** EN EL HOSPITAL EL DÍA DE LOS HECHOS. Responde que sí. 9.-DIGA SI USTED INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE EL PRODUCTO ESTABA MUERTO. Responde que fue en el área de admisión donde se les informó. 10.-DIGA SI USTED LES INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE IBA A SER INTERNADA PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que no. 11.-DIGA SI EL MEDICAMENTO QUE USTED LE SUMINISTRÓ A LA PACIENTE, PROVOCÓ QUE ÉSTA SE TORNARA "SOMNOLIENTA", "PIEL PÁLIDA" y con el "CUERPO FLOJO". Responde que no. 12.-DIGA SI USTED RECIBIÓ A LA PACIENTE SOMNOLIENTA, CON LA PIEL PÁLIDA Y EL CUERPO FLOJO. Responde que no, que llegó consciente y orientada. 13.-DIGA SI LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO, FUE LA QUE CAUSÓ LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE. Responde que NO. 14.-DIGA SI AL ESTAR EXTRAYENDO EL PRODUCTO ÓBITO DEL VIENTRE DE LA PACIENTE, SE PERCATÓ USTED DE QUE ESTA CAYÓ EN PARO CARDIACO. Responde que no lo percibió al instante, que quien informó de ello fue el

anestesiólogo, DR. *****. 16.-DIGA SI LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE, FUE DEBIDO AL ESFUERZO QUE ESTA REALIZÓ AL MOMENTO EN QUE ESTABA EN LABOR DE PARTO. Responde que no. 17.-DIGA POR QUÉ MOTIVO LA PACIENTE PRESENTÓ LAS VENAS DE SU CARA ROTAS, Y SANGRADO POR LA NARIZ, OJOS Y BOCA. Responde que las venas de la cara la dicente no las vio rotas y el sangrado de boca, nariz y ojos la dicente no lo observó, pero la paciente ya presentaba una coagulopatía, es decir, una alteración en la coagulación. Agrega la compareciente que en la EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO, que fue la causa de la muerte de la paciente, se puede presentar coagulación intravascular diseminada que significa alteraciones en la coagulación, la cual después provoca más sangrado (...)

10. Comparecencia ante personal de este organismo, a los 9-nueve días del mes de octubre del año 2009-dos mil nueve, por el **C. *******, especialista en anestesiología, el cual refirió:

(...) que en cuanto a los hechos que se investigan dentro de la presente queja, el compareciente recuerda que únicamente tuvo intervención en el caso relativo a la paciente ***** el día 12-doce de febrero del año en curso, ya que fue remitida al área de LABOR para la extracción de un producto óbito, en el entendido de que desde el momento en que pasan a la paciente, lo primero que el dicente revisa son los exámenes de laboratorio realizados a la paciente y donde se apreció en el presente caso, que los tiempos de coagulación y las plaquetas estaban por debajo de lo normal, por lo que se decide darle anestesia general. Acto seguido se inicia el procedimiento de extracción del producto por medio de fórceps, y al momento de salir el producto la paciente presenta paro cardiorrespiratorio, iniciándose maniobras de resucitación consistentes en masaje cardíaco, aplicación de adrenalina, bicarbonato de sodio, sin embargo la paciente no respondió a las maniobras, dándose por muerta a las 13:34-trece horas con treinta y cuatro minutos. Cabe aclarar que de los resultados de los exámenes de laboratorio se apreciaba que la paciente tenía problemas de coagulación, el dicente decidió la aplicación de anestesia general en virtud de que como no coagulaba, está contraindicado el uso de bloqueo peridural, aclarando que la paciente presentaba embolia de líquido amniótico, lo que significa el paso de líquido amniótico al torrente sanguíneo, lo que provocó el paro cardíaco de la paciente, hemorragia pulmonar y el sangrado masivo en diferentes áreas, no por un supuesto "esfuerzo" como lo manifiesta la hermana de la paciente ante este Organismo. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DEL COMPARECIENTE Y PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.-DIGA EL COMPARECIENTE SI PARA CUANDO LA PACIENTE ***** INGRESÓ AL ÁREA DE LABOR ESTA PRESENTABA PLAQUETOPENIA, ASÍ COMO QUE SE ENCONTRABAN MUY PROLONGADOS LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN. Responde que sí. 2.-DIGA SI ES NECESARIO CONTAR CON

LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE "TIEMPOS DE COAGULACIÓN" Y "BIOMETRÍA HEMÁTICA" PARA PROCEDER A LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE UN PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que sí. 3.-DIGA SI EL MEDICAMENTO QUE USTED LE SUMINISTRÓ A LA PACIENTE, PROVOCÓ QUE ÉSTA SE TORNARA "SOMNOLIENTA", "PIEL PÁLIDA" y con el "CUERPO FLOJO". Responde que cuando el dicente le aplicó la anestesia general la paciente estaba consciente y capaz de contestar preguntas, pero al aplicar la anestesia se durmió como es de esperarse. 3.-DIGA SI LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO, FUE LA QUE CAUSÓ LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE. Responde que no fue precisamente la extracción, sino el mecanismo de salida del bebé lo que causó la embolia de líquido amniótico. 4.-DIGA SI AL ESTAR EXTRAYENDO EL PRODUCTO ÓBITO DEL VIENTRE DE LA PACIENTE, SE PERCATÓ USTED DE QUÉ ESTA CAYÓ EN PARO CARDIACO. Responde que hasta que salió el producto el dicente se dio cuenta de lo anterior, ya que dicha circunstancia es simultánea. 5.-DIGA SI LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE, FUE DEBIDO AL ESFUERZO QUE ESTA REALIZÓ AL MOMENTO EN QUE ESTABA EN LABOR DE PARTO. Responde que NO, fue por coagulación intravascular diseminada, es decir, por agotamiento de sus plaquetas y factores de coagulación. 6.-DIGA POR QUÉ MOTIVO LA PACIENTE PRESENTÓ LAS VENAS DE SU CARA ROTAS, Y SANGRADO POR LA NARIZ, OJOS Y BOCA. Responde que por la misma coagulación intravascular diseminada (...)

11. Comparecencia de fecha 3-tres de noviembre del año 2009-dos mil nueve, rendida ante personal de este organismo, por el **C. *******, médico residente del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien manifestó lo siguiente:

(...) que en cuanto a los hechos que se investigan dentro de la presente queja, el dicente únicamente participó respecto a la atención que se le brindó a la paciente *********, ya que al momento en que la pasaron a la sala de expulsión, al dicente le tocó atenderla así como el DR. *********, DRA. ********* y el anesthesiólogo, aclarando que se pasó a la paciente a la sala de expulsión. Se solicitó la anestesia, el producto ya estaba saliendo prácticamente, se extrajo y al momento del alumbramiento, es decir, al momento de la salida de la placenta fue cuando la paciente cayó en paro cardiorrespiratorio de manera súbita, iniciando las maniobras tales como masaje cardiaco, ventilación, intubándose a la paciente, pero como el paro ocurrió de manera súbita posterior a la salida de la placenta, se le estuvo dando masaje cardiorrespiratorio pero la paciente no respondió a las maniobras que se le hicieron, declarando su muerte a las 13:34 horas, en el entendido de que las maniobras de resucitación duraron aproximadamente una media hora, sin recordar exactamente el tiempo. Acto seguido, después del procedimiento anterior la paciente se quedó en sala, desconociendo a

qué hora la trasladaron al Hospital Metropolitano para la práctica de la autopsia. Aclara el dicente que su participación únicamente fue en el procedimiento de extracción del producto óbito, así como a las maniobras de resucitación una vez que la paciente cayó súbitamente en paro cardiorrespiratorio. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DEL COMPARECIENTE Y PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.-DIGA EL COMPARECIENTE QUIÉN DECIDIÓ QUE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO FUERA POR LABOR DE PARTO. Responde que al momento del ingreso se determina el tipo de vía de desahucio y esta paciente no tenía ninguna contraindicación para parto vaginal. 2.-DIGA CUÁNTO TIEMPO PUEDE PERMANECER LA PACIENTE CON EL PRODUCTO ÓBITO EN SU VIENTRE SIN QUE SURJA NINGUNA COMPLICACIÓN. Responde que es muy independiente de cada persona y su estado, se han visto complicaciones dos semanas posteriores, pero las complicaciones como en cualquier paciente, pueden pasar en cualquier momento. 3.-DIGA SI ES NECESARIO CONTAR CON LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE "TIEMPOS DE COAGULACIÓN" Y "BIOMETRÍA HEMÁTICA" PARA PROCEDER A LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE UN PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que sí, son importantes los exámenes de laboratorio, recordando que en el caso de la paciente si se contaban con los exámenes mencionados. 4.-DIGA EL COMPARECIENTE SI PARA CUANDO LA PACIENTE *****; INGRESÓ AL ÁREA DE LABOR ESTA PRESENTABA PLAQUETOPENIA, ASÍ COMO QUE SE ENCONTRABAN MUY PROLONGADOS LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN. Responde que de acuerdo al resultado de los exámenes, los tiempos de coagulación sí se encontraban prolongados moderadamente, sin embargo la cuenta manual de plaquetas se reporta como normal, y a cuenta total de plaquetas sí reportaba plaquetopenia. 5.-DIGA SI RECUERDA QUÉ MÉDICO REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE PRODUCTO ÓBITO A LA PACIENTE *****. Responde que el compañero *****. 6.-DIGA SI LA PACIENTE *****; ESTUVO CONCIENTE Y ORIENTADA, DURANTE EL PROCEDIMIENTO. Responde que previo al procedimiento estaba consciente y orientada, pero se le aplicó anestesia general al momento de la extracción del producto. 7.- SI LA PACIENTE *****; ESTUVO CONCIENTE Y ORIENTADA, DURANTE EL PROCEDIMIENTO DIGA QUÉ FUE O QUÉ OCASIONÓ SU MUERTE. Responde que la sospecha que hubo en ese momento fue a causa de una coagulación intravascular diseminada o una embolia de líquido amniótico. 8.-DIGA SI ES RIESGOSO PARA LA PACIENTE LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL CUANDO ESTA PRESENTA LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS ASÍ COMO PLAQUETOPENIA. Responde que la forma menos riesgosa para la paciente era la vía vaginal. 9.-DIGA QUIÉN LES INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE IBA A SER INTERNADA PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que lo desconoce. 10.-DIGA SI SE LE SUMINISTRÓ A LA PACIENTE ***** ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE EL PROCEDIMIENTO PARA LA

EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que previamente a la extracción se le aplicó oxitócina y cuando cae en cardiorrespiratorio fue el anesthesiólogo quien aplicó los medicamentos y la entubó, ya que las indicaciones de los medicamentos estaban a cargo de la Dra. ***** y del anesthesiólogo. 11.-DIGA SI USTED RECIBIÓ A LA PACIENTE SOMNOLIENTA, CON LA PIEL PÁLIDA Y EL CUERPO FLOJO. Responde que la paciente estaba consciente, ya que respondía a las preguntas que se le hacían. 12.-DIGA SI LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO, FUE LA QUÉ CAUSÓ LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE. Responde que no, ya que la hemorragia se debió a una embolia de líquido amniótico que presentó la paciente una vez que cayó en paro cardiorrespiratorio. 13.-DIGA SI LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE, FUE DEBIDO AL ESFUERZO QUE ÉSTA REALIZÓ AL MOMENTO EN QUE ESTABA EN LABOR DE PARTO. Responde que no, ya que el producto se extrajo sin que esta se esforzara. 14.-DIGA POR QUÉ MOTIVO LA PACIENTE PRESENTÓ LAS VENAS DE SU CARA ROTAS, Y SANGRANDO POR LA NARIZ, OJOS Y BOCA. Responde que pudo ser por la alteración que presentaba en la coagulación (...)

12. Comparecencia con fecha de 3-tres de noviembre del año 2009-dos mil nueve, rendida ante personal de este organismo, por el **C. *******, médico cirujano partero del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien manifestó lo siguiente:

(...) en cuanto a los hechos que se investigan el dicente se encontraba laborando en el área de TOCO, cuando ingresó la paciente ***** con un producto óbito, que de hecho el dicente ya iba de salida puesto que tenía clase, pero decidió quedarse en virtud de que le interesó el caso de la paciente, y ver cuáles habían sido las causas de la muerte de su bebé, por lo que una vez que la paciente ingresa a TOCO, el compareciente apoya a la DRA. *****, así como al DR. *****, observando a la paciente que ya estaba sedada, procediendo a realizar una episiotomía medio lateral derecha, extrayendo en ese momento el producto óbito dejándolo el dicente en la cuna de pediatría, mientras la doctora y ***** se quedaban con la paciente, percatándose que en ese momento ésta cayó en paro cardiorrespiratorio, realizando ***** y la Dra. *****, las maniobras de resucitación, al momento en que el dicente simultáneamente realizó la episorrafía, declarándose muerta la paciente momentos después al no responder a las maniobras, siendo ahí donde termina la participación del compareciente, aclarando que la DRA. ***** realizó la nota de evolución, tecleándola el compareciente, dentro de la cual, se narra el procedimiento realizado a la paciente para la extracción del óbito. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DEL COMPARECIENTE Y PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.- DIGA EL COMPARECIENTE QUIÉN DECIDIÓ QUE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO FUERA POR LABOR DE PARTO.

Responde que en admisión dan la indicación y la Dra. ***** es la que verifica si procede la indicación. 2.-DIGA CUÁNTO TIEMPO PUEDE PERMANECER LA PACIENTE CON EL PRODUCTO ÓBITO EN SU VIENTRE SIN QUE SURJA NINGUNA COMPLICACIÓN. Responde que es variable, se han manejado óbitos de 2 días sin ninguna complicación y óbitos de dos horas con coreamniotitis. 3.-DIGA SI ES NECESARIO CONTAR CON LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE "TIEMPOS DE COAGULACIÓN" Y "BIOMETRÍA HEMÁTICA" PARA PROCEDER A LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE UN PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL. Responde que depende del anestesiólogo y de cómo se vea a la paciente. 4.-DIGA EL COMPARECIENTE SI PARA CUANDO LA PACIENTE ***** INGRESÓ AL ÁREA DE LABOR ESTA PRESENTABA PLAQUETOPENIA, ASÍ COMO QUE SE ENCONTRABAN MUY PROLONGADOS LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN. Responde que no lo sabe. 5.-DIGA SI RECUERDA QUÉ MÉDICO REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO A LA PACIENTE *****. Responde que la Dra. ***** y el dicente. 6.-DIGA SI LA PACIENTE ***** ESTUVO CONSCIENTE Y ORIENTADA, DURANTE EL PROCEDIMIENTO. Responde que cuando el dicente llegó la paciente ya estaba sedada. 7.-DIGA SI ES RIESGOSO PARA LA PACIENTE LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO POR MEDIO DE LABOR DE PARTO NORMAL CUANDO ESTA PRESENTA LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS ASÍ COMO PLAQUETOPENIA. Responde no, ya que es más riesgosa la cesárea. 8.-DIGA QUIÉN LES INFORMÓ A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE QUE IBA A SER INTERNADA PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que no se especifica quien. 9.-DIGA SI SE LE SUMINISTRÓ A LA PACIENTE ***** ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO. Responde que el anestesiólogo es a quien le corresponde lo anterior. 10.-DIGA SI USTED RECIBIÓ A LA PACIENTE SOMNOLIENTA, CON LA PIEL PÁLIDA Y EL CUERPO FLOJO. Responde que no. 11.-DIGA SI LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO, FUE LA QUE CAUSÓ LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE. Responde que no lo sabe. 12.-DIGA SI LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE, FUE DEBIDO AL ESFUERZO QUE ÉSTA REALIZÓ AL MOMENTO EN QUE ESTABAN EN LABOR DE PARTO. Responde que lo desconoce. 13.-DIGA POR QUÉ MOTIVO LA PACIENTE PRESENTÓ LAS VENAS DE SU CARA ROTAS, Y SANGRANDO POR LA NARIZ, OJOS Y BOCA. Responde que no lo sabe (...)

13. Comparecencia rendida el día 3-tres de noviembre del año 2009-dos mil nueve, rendida ante personal de este organismo, por la C. *****, médica patóloga del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", quien manifestó lo siguiente:

(...) en cuanto a los hechos que se investigan dentro de la presente queja, refiere que no tuvo intervención alguna respecto a la atención médica que se le brindó a la paciente *****, así como tampoco a las otras pacientes de nombres ***** y ***** , toda vez que la dicente

labora para el Hospital Metropolitano en el área de patología, sin embargo, es el caso, que la paciente *****, fue turnada a dicha área de patología con el objeto de que se le practicara una autopsia, en virtud de haber fallecido en el Hospital Materno Infantil, procediendo la compareciente a examinar el cuerpo para determinar las causas de su muerte, encontrando la compareciente, muerte materna compatible con embolia de líquido amniótico, es decir, a nivel de los vasos pulmonares se encontró la presencia de un tejido compatible con restos amnióticos (escamas) formando un trombo en las mismas, además se observa hemorragia a nivel de los alveolos. Así mismo, respecto al aspecto de la paciente, la dicente no lo recuerda, además de que la embolia de líquido amniótico motivo de la muerte de la paciente se da por causas no específicas, pero el líquido amniótico se hace un trombo hacia los pulmones, pero no hay una causa específica para eso, por lo que la intervención de la compareciente fue únicamente para determinar la causa de la muerte de la paciente, lo cual se asentó en el reporte de autopsia A5-09. UNA VEZ RENDIDA LA DECLARACIÓN DEL COMPARECIENTE Y PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHOS, SE PROCEDE A FORMULAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO: 1.-DIGA SI LA EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN LA PACIENTE SE PUDO DAR DEBIDO A QUE PRESENTABA PLAQUETOPENIA Y TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS. Responde que no. 2.-DIGA SI AL CAER LA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO LO FUE POR EL ESFUERZO REALIZADO AL MOMENTO DE DESEMBARAZARSE. Responde que no. 3.-DIGA SI LA EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO ÓBITO, FUE LA QUE CAUSÓ LA HEMORRAGIA QUE PRESENTÓ LA PACIENTE. Responde que lo desconoce. 4.-DIGA POR QUÉ MOTIVO LA PACIENTE PRESENTÓ LAS VENAS DE SU CARA ROTAS, Y SANGRADO POR LA NARIZ, OJOS Y BOCA. Responde que lo desconoce. 5.-DIGA SI USTED OBSERVÓ A LA PACIENTE SANGRANDO DE LA NARIZ, OJOS Y BOCA AL MOMENTO DE PRACTICARLE LA AUTOPSIA. Responde que no. 6.-DIGA SI AL MORIR UNA PACIENTE POR EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO LA PACIENTE TIENDE A SEGREGAR SANGRE POR OJOS, NARIZ Y BOCA. Responde que no. 7.-DIGA SI CONSIDERA USTED QUE LA PACIENTE ***** FALLECIÓ A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA MÉDICA. Responde que no. 8.-DIGA SI CONSIDERA USTED QUE EL PROCEDIMIENTO PARA EXTRAER EL PRODUCTO ÓBITO DE LA PACIENTE POR MEDIO DE PARTO VAGINAL, FUE CONSECUENCIA DE LA EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO QUE SE PRESENTÓ DURANTE EL PROCEDIMIENTO. Responde que no (...)

14. Comparecencia rendida ante personal de este organismo de fecha 18-dieciocho de noviembre del año 2009-dos mil nueve, por la **C. *******, anestesióloga del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien manifestó siguiente:

(...) en cuanto a los hechos que se investigan, la dicente se encontraba en la Subdirección del Hospital Materno Infantil en una junta, cuando fue

avisada de que tenían a una paciente en "paro cardíaco", por lo que la dicente se dirige de inmediato al área donde estaba la paciente, que fue la de toco-cirugía, pero para cuando llegó, la paciente ya había sido declarada muerta, procediendo a pedirle al anesthesiólogo a cargo DR. ***** que procediera a elaborar su nota en el expediente electrónico, pero por lo crítico del caso se le olvidó su clave de acceso, utilizando la clave de la dicente, siendo ese el motivo por el cual quedó registrado el nombre de la dicente en la nota de evolución, aclarando que no tuvo ninguna intervención en la atención médica que se le brindó a la paciente *****. Agrega además que respecto a los hechos que se investigan de la C. ***** a la dicente tampoco le consta puesto que no interviene directamente en la atención que se les brinda, ya que como encargada de la especialidad de Anestesiología tiene a cargo únicamente cuestiones administrativas tales como la distribución de personal, estadística, etcétera (...)

15. Documental consistente en la opinión médica del **Doctor *******, perito médico profesional adscrito a la Comisión Estatal de Derechos Humanos, respecto a la atención médica que recibió la paciente ***** , por parte del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien en esencia refirió:

*(...) Se tiene conocimiento que la paciente ***** , de 18- dieciocho años de edad, presentó inicio de su embarazo probablemente en el mes de junio del año 2008-dos mil ocho, teniendo como fecha probable de parto la primera o segunda semana del mes de marzo del año 2009-dos mil nueve; y que de acuerdo con autos presentados en el expediente se sabe que la embarazada llevó un período gestacional sin ningún contratiempo o enfermedad que pusiera en riesgo su vida. Se conoce que a ***** , los primeros seis meses de gestación le fueron controlados por médico privado, en consultorio particular; y que posteriormente fue controlado en el Centro de Salud ubicado en la calle 16 de septiembre y Avenida Pio X, en la Colonia Independencia. En el tiempo en que se consideró el final de su periodo gestacional, se canaliza a la paciente al Hospital Materno Infantil, obteniendo una cita de control para el día 30- treinta de enero del año 2009- dos mil nueve.*

*Refiere la hermana de la paciente ***** , de nombre ***** , que su hermana se sintió mal el día 29-veintinueve de enero del año 2009-dos mil nueve y que optó por esperar al siguiente día ya que de acuerdo con la cita médica, ella tendría su cita de control prenatal para el día 30- treinta de enero del mismo año. Ya en la cita, fue revisada y atendida por médico en el Hospital Materno Infantil, donde la Doctora que la atiende, después de la revisión, le comunica que su estado grávido, estaba bien, además de que los dolores del bajo vientre que se le presentaban, eran normales, indicando que la matriz, se estaba preparando para el parto. Y así mismo le señala nueva fecha para su control prenatal, siendo ésta, el*

día 19-diecinueve de febrero del año 2009-dos mil nueve, ordenándosele una ecografía y exámenes de laboratorio. El día 12-doce de febrero se llevaría a efecto la ecografía y el 17-diecisiete del mismo mes, los exámenes de laboratorio.

Así sucedió que el día 12-doce de febrero del año 2009- dos mil nueve, a las 8:30 ocho horas con treinta minutos de la mañana, *****
acompañada de su señora madre, se efectuaba la ecografía que tenía programada, posterior al estudio ecográfico, se le indicó que el producto que traía en el vientre se encontraba bien, no obstante la paciente solicitó ir al baño y se da cuenta que presentaba un sangrado transvaginal; ante esto la madre de la paciente la lleva al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil y posterior a una hora de tratamiento se le indica a la madre de la embarazada que el producto que su hija traía había muerto y que todo había pasado porque se le había roto la fuente. Así mismo ***** se encontraba en quirófano, siendo atendida de emergencia por un sangrado abundante que presentaba después de haber expulsado a su bebé, de igual forma se le comunicó al familiar que ***** había hecho un paro cardíaco y que con maniobras de resucitación repetitivas regresaba a la vida, más el sangrado masivo que presentaba, no coagulaba, habiendo presentado sangre por todos los orificios de su cuerpo y que desgraciadamente ***** había fallecido.

Se conoce por el resumen clínico, que a las 9:35 nueve horas con treinta y cinco minutos del 12- doce de febrero del año 2009- dos mil nueve, sabe que el ultrasonido obstétrico lo menciona como producto único, vivo, con frecuencia cardíaca fetal presente, longitudinal, cefálico, con diámetro biparietal de 37- treinta y siete semanas, circunferencia abdominal de 39.2 semanas y longitud femoral de 37 semanas, con una placenta temporal anterior, grado 2, líquido amniótico normal, producto del sexo masculino y termina diciendo que el diagnóstico por ultrasonido es de embarazo de 37.6 semanas.

La paciente está en el servicio de urgencias de toco admisión de ese mismo día a las 10:05 diez horas con cinco minutos, "presentarse un grado transvaginal" (sic) y diarrea. La paciente, atendida por la DRA. ***** refiere movimientos fetales presentes, niega salida de líquido transvaginal, no síntomas de vaso espasmos y se establece que el motivo de la conducta fue SN más actividad uterina, más diarrea. Al referirse a la negación de salida de líquido transvaginal pudiéramos pensar que se trata de líquido amniótico y del meconio, sin tomar en cuenta la existencia de un sangrado, que es precisamente lo que se ha de referir "presentarse un grado transvaginal" siendo lo correcto "presentarse un sangrado transvaginal".

Hasta este momento los signos vitales de la madre eran: presión arterial 110/70, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria, 20 por

minuto, más sin embargo también refiere un fondo uterino de 30- treinta centímetros, frecuencia cardiaca fetal no audible, tacto vaginal 3 centímetros de dilatación; en el cérvix anterior salida de moco con sangre, no se palpa útero hipertónico, se realiza amniorrexis con meconio viejo, se realiza nuevo ultrasonido en el que no se escucha latido cardiaco fetal, líquido amniótico normal, placenta fúndica grado dos, no existen áreas de desprendimiento, la fotometría es de 38 semanas, se le hace del conocimiento a la madre que su producto es un óbito fetal, o sea sin vida. Todos estos hallazgos referidos se han presentado en el servicio de urgencias.

A las 12:45 horas se examina a la paciente por parte de la DRA. ***** y DRA. *****, señalando sin actividad uterina, sin movimientos fetales, salida de meconio, no sangrado transvaginal, no síntomas urinarios, no síntomas respiratorios anormales, paciente consiente, tranquila, abdomen globoso, con cuatro centímetros de dilatación y 80% de borramiento, continúa conducción de trabajo de parto.

En atención a las 13:00 trece horas por parte de la DRA. ***** y DRA. *****, se establece paciente con actividad uterina irregular, niega sintomatología urinaria, digestiva o vasoespasmo, tranquila, mal hidratada, pálida, presenta dilatación de 10-diez centímetros en altura de +2, meconio +++.

A las 13:13 trece horas con trece minutos, la DRA. ***** y el DR. ***** deciden pasar a la paciente a sala de expulsión, se comenta con anestesiología para colocación de anestesia y atención del parto en la sala tres. Practicándose un ultrasonido obstétrico.

La nota de evolución pre anestésica realizada por el DR. *****, en la que establece que la paciente se encuentra orientada, consciente, aprensiva, 37 semanas de gestación, producto óbito, en trabajo de parto, con parietales inbrincados, hemoglobina de 11.5, hematocrito de 37.7, plaquetas de 99,000, tiempos de coagulación aumentados. Se comenta con ginecólogos DRA. ***** y DRA. ***** la administración de anestesia general puesto que se presenta en la paciente plaquetopenia y tiempos de coagulación aumentados. Como consecuencia de esto, de la presencia del óbito fetal, también se maneja trabajo de parto activo con dilatación completa y producto descendido.

En la nota trans y post anestésica del DR. ***** se comenta la aplicación de anestesia general con signos vitales de: presión arterial 110/70, frecuencia cardiaca de 80 por minuto, electrocardiograma con ritmo sinusal, saturación de oxígeno al 100%.

Al momento de extraer al producto único, previa episiotomía media lateral derecha se extrae producto muerto, sin laceraciones, macerado,

parietales inbrincados, no circulares de cordón, se realiza alumbramiento. Y en ese momento la paciente cae en paro cardiaco sin estrasistoles o fibrilación previa, iniciándose maniobras de resucitación sin éxito. Declarando la muerte de la señora ***** a las 13:34 trece horas con treinta y cuatro minutos.

Conociendo el desarrollo del caso se puede precisar que a la paciente ***** , aún le faltaba entre una y tres semanas para su parto normal, también en la revisión del expediente notamos algunas inconsistencias, tales como que se refiere la no existencia de sangrado transvaginal en la revisión en urgencias del día 12- doce de febrero, siendo que el sangrado que la paciente presentó en el baño, fue el motivo de asistir a toco cirugía a una revisión ginecológica; aquí mismo, aparece en sus descripciones movimientos fetales, también sabemos que se le efectuó amniorrexis, hecho que se contrapone con la expulsión espontánea del producto en el baño del hospital. También logramos detallar por las notas encontradas en el expediente, que se le practicó episiotomía a la paciente, hecho que consideramos contrario a la espontaneidad del producto en canal vaginal.

De acuerdo a los estudios encontrados en el expediente clínico y en la descripción y desarrollo evolutivo del proceso de parto, nos indica que la señora ***** sufrió la enfermedad conocida con el nombre de coagulación intravascular diseminada y que consiste en la generación extensa de trombina en la sangre circulante, con el consiguiente consumo de factores de coagulación y plaquetas, posible obstrucción de la microcirculación y activación secundaria de la fibrinólisis, la paciente en estudio presentó, como ahí se describe, un sangrado activo por los conductos u orificios corporales y esto es como consecuencia por el consumo de factores de coagulación y de plaquetas que la llevaron a la presencia de hemorragias y las trombosis obstructivas de la circulación pequeña a necrosis y disfunciones orgánicas. Las causas que dan como consecuencia la presencia de una coagulación intravascular diseminada, pueden ser por factores determinantes directos e indirectos, siendo los directos los de causa endógena, los endógenos procedentes del páncreas; o exógenos causados por ejemplo por veneno de crótalos o serpientes u otro factor directo; puede ser cuando hay rotura de las membranas celulares que liberan a la circulación sanguínea extractos tisulares y se inicia directamente la coagulación intravascular diseminada.

Otro factor directo pudiera ser la presencia de diversas enzimas proteolíticas que inducen la formación de fibrina, todos estos son factores desencadenantes directos.

Los factores desencadenantes indirectos alteran el endotelio vascular, inducen la liberación de factor tisular desde el subendotelio, el cual es un desencadenante directo de la coagulación intravascular diseminada,

otros desencadenantes indirectos pueden ser los virus, los microorganismos gran negativos y los inmunocomplejos.

Fisiológicamente hay un equilibrio en la hemostasia limitándose la extensión de los depósitos de fibrina y agregados de plaquetas a las necesidades estrictas para mantener intacta la continuidad del sistema vascular, cuando un estímulo se presenta y es potente, se superan los mecanismos limitantes y se presenta la coagulación intravascular diseminada. La intensidad de la coagulación intravascular diseminada puede depender de la potencia y rapidez con la que actúa el desencadenante, o por la presencia de factores modificadores que determinan el que se deposite la fibrina, y que entre uno de ellos se encuentra el shock que viene acompañado con hipoxia aguda, con baja presión, con acidosis metabólica. La situación que presentó ***** y que puede asociarse con la coagulación intravascular diseminada pudo haber sido originada por el trastorno obstétrico, o sea por el embolismo del líquido amniótico o bien por la retención del óbito.

No obstante que se tengan datos controversiales, el hecho es que la paciente presentó el síndrome de coagulación intravascular diseminada y que verdaderamente este padecimiento es de muy alto riesgo y que si no se cuenta con los medicamentos adecuados, la cantidad de sangre requerida y la capacidad para resolver estos problemas, es o se dice que la muerte se hace inminente, se debe de considerar también que es muy difícil restablecer a un paciente con este padecimiento.

Cabe mencionar que efectivamente hubo un tiempo perdido sin la atención inmediata que requería el caso y que era precisamente cuando la señora ***** aún tenía actividad uterina con foco fetal presente, más desgraciadamente, por alguna razón no se actuó con la atingencia que el caso merecía, dándonos como consecuencia primeramente la muerte del producto de la concepción y posteriormente la muerte de la madre por la atención a destiempo del parto en estudio, con la coparticipación de los médicos que con antelación menciono. (...)

16. Documental consistente en la opinión médica del **Doctor *******, perito médico profesional adscrito a la **Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León**, respecto a la atención médica que recibió la paciente ***** , por parte del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien en esencia refirió:

(...) Se sabe por el resumen clínico del Comité de muerte perinatal, así como por los datos que se desprenden en el expediente clínico emitido por este Hospital Materno Infantil: ***** con número de expediente clínico ***** y con el apoyo del Seguro Popular, se conoce que es una paciente de 40 años con una escolaridad de preparatoria y

ocupación comerciante, se conoce por ultrasonido obstétrico efectuado el 10-diez de marzo de 2009-dos mil nueve que presentaba un producto único vivo del sexo femenino y que por fetometría se trataba de embarazo de 33.5 semanas de gestación, con motilidad fetal y sin actividad uterina, longitudinal, cefálico, con dorso izquierdo, fondo de útero 31-treinta y un centímetros y frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto. En el examen general de orina 20 leucocitos por campo, bacterias abundantes, sin tratamiento.

El 2-dos de abril del año 2009-dos mil nueve cursa con buen estado general, se da tratamiento para la infección urinaria, la evolución estable y normal.

El 14-catorce de abril del año 2009-dos mil nueve presenta movimientos fetales presentes y sin actividad uterina, zimisias a expensas de picaduras de insectos.

El 16-dieciséis de abril del año 2009-dos mil nueve a las 2:40 dos horas con cuarenta minutos, en el Hospital Materno Infantil presentó un embarazo de 39.1 semanas de gestación, con movimientos fetales presentes, e ingresa a conducción y es atendida por la Doctora ***** y el Doctor *****.

Este mismo día 16- dieciséis de abril de 2009, a las 22:20 veintidós horas veinte minutos, es decir 20-veinte horas después, la paciente vuelve a ser revalorada, mantiene una actividad uterina regular sin sangrado transvaginal, no síntomas urinarios y tampoco síntomas de vasoespasmo. Se encuentra producto único, vivo, en posición longitudinal cefálico con una frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto con cuatro a cinco centímetros de dilatación y 80% de borramiento. Se realizó amnioscopia con líquido claro con grumos. DAGNÓSTICO EMBARAZO DE 39 SEMANAS EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA.

El 17-dieciséis de abril del año 2009-dos mil nueve a las 5:35 cinco horas con treinta y cinco minutos se determina no detectable la frecuencia cardiaca fetal, prolapso de cordón, pulso débil de la madre y dilatación 8-ocho centímetros, se establece se pasa a cesárea urgente. En quirófano encontramos salida de material hemático abundante. Suscrita por la Dra. *****.

El 17-dieciséis de abril del año 2009-dos mil nueve a las 7:30 siete horas con treinta minutos la nota post quirúrgica diagnóstico de ingreso: embarazo de 39 semanas, trabajo de parto, prolapso de color umbilical, bradicardia, se realiza cesárea, sangrado 600 cc., siendo el anestesiólogo el Dr. *****; y los Ginecólogos, Dra. *****; Dra. ***** R3GO (cirujano), ayudante la Doctora ***** R2. Se dio información a la hermana del paciente por parte de la Doctora ***** y el Dr. ***** (pediatra).

A foja 10-diez del expediente clínico se cuenta con autorización, solicitud y registro de intervenciones quirúrgicas, de fecha el 17-dieciséis de abril del año 2009-dos mil nueve a las 5:00 cinco horas, tenemos un diagnóstico preoperatorio, embarazo de 39.1 semanas más TPFA más prolapso de cordón, más bradicardia fetal; operación cesárea KERR y un diagnóstico post operatorio: prolapso de cordón umbilical más PPPM, lo firma el Dr. ***** y la Dra. *****.

Con estos datos podemos concluir que la paciente antes citada, es una paciente añosa, multigesta, por lo cual originalmente, al inicio debió haberse tomado, o se tomó como embarazo de alto riesgo, con este antecedente, lo que se presentara en la paciente debería de ser atendido de forma inmediata, más no fue así puesto que se envió a la paciente a la antesala para revalorarse en 4-cuatro o 6-seis horas posteriores.

Habiendo ya revisado el expediente en cuestión y tomando en cuenta los tiempos en que se presentara ***** , que fueron aproximadamente 28-veintiocho horas antes de su parto, desde el día 16-dieciséis de abril del 2009-dos mil nueve, inicia presentando trabajo de parto en forma mínima, a medida que fueron pasando las horas, 20-veinte aproximadamente después de la última revisión ginecológica, me puedo percatar que el trabajo de parto era manifiesto, más sin embargo no fue atendida por razones que desconocemos, ya que el día 17-dieciséis del mes de abril del año 2009-dos mil nueve, la Dra. ***** a las 5:35 cinco horas con treinta y cinco minutos no encuentra foco cardíaco fetal, observa un prolapso de cordón, se palpa pulso débil y con una dilatación de 8-ocho centímetros, la Doctora toma la decisión de pasar a cirugía urgente, ya en quirófano también se da cuenta de la salida de material hemático abundante. Y se obtiene un producto sin frecuencia cardíaca fetal.

Originalmente el parto que debió haber sido normal, por el tiempo de espera para la atención, se tuvo que proceder a una cesárea. Considero de vital importancia que si a la señora ***** paciente añosa con un embarazo de alto riesgo, se le hubiese atendido en el momento en que se presentó el día 16- dieciséis de abril del 2009- dos mil nueve, las posibilidades de vida de su hijo hubieran sido diferentes (...)

17. Documental consistente en la opinión médica del **Doctor *******, perito médico profesional adscrito a la **Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León**, respecto a la atención médica que recibió la paciente ***** , por parte del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, quien en esencia refirió:

(...) Que aproximadamente siendo las 23:00 horas del 16 de abril del 2009- dos mil nueve, ***** fue al Hospital Materno Infantil con el deseo de ser atendida ginecológicamente, ya que cursaba el noveno mes de gestación y que al llegar a este nosocomio fue atendida por una persona o enfermera que la revisa, le hace un tacto ginecológico y le dice que aún no había la dilatación correcta o deseada para llevar a cabo su atención.

No se dice que la paciente hubiera presentado traumatismo previo, reducción del volumen uterino, o quizás cordón umbilical corto, o bien, aumento de la presión venosa; únicamente se refiere en el expediente clínico que la señora ***** presentó desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, dándole como consecuencia la muerte de su producto.

Con estos datos y al ser recibida por el Departamento de Gineco Obstetricia, debiese de haber puesto más cuidado en la atención de la paciente, por parte de los médicos receptores, según nota de indicaciones médicas, los CC. DRA. *****, DRA. ***** y DRA. *****. Ya que no obstante la existencia referida de un eco obstétrico del 17 de abril del mismo año, todo parecía indicar que a ésta madre se le había pasado el tiempo de expulsión de su producto.

Los antecedentes gineco obstétricos son GESTA 1, PARA 0, con fecha de la última menstruación 20- veinte de junio de 2008- dos mil ocho (y lo más importante la fecha probable de parto 27- veintisiete de marzo de 2009), más no obstante el eco obstétrico elaborado el día 17- diecisiete de abril del año 2009- dos mil nueve, reporta 40 semanas de gestación.

No obstante se tiene conocimiento que este mismo día 17 de abril se presentó la paciente a las 02:30 de la mañana, la vuelven a revisar ginecológicamente, y se le sugiere por los médicos receptores, los CC. DRA. *****, DRA. ***** y DRA. *****, que camine con la intención de que baje el producto, indicándose datos de urgencia. Y en este resumen clínico manifiestan que existía contractilidad uterina irregular con producto único vivo, en situación longitudinal dorso a la derecha y con frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto lo que nos hace pensar que el producto estaba vivo y sin ninguna sintomatología irregular. Más al tacto vaginal indican un centímetro de dilatación con 60% de borramiento, membranas íntegras; se determina revaloración en 4 horas posteriores y se dan indicaciones de urgencia.

Posteriormente a las 7:00 horas, de acuerdo con el resumen clínico, la tensión arterial es normal, ya presenta 3 centímetros de dilatación y 90% de borramiento, frecuencia fetal de 148 por minuto, y amnioscopia fallida, acción que no se define el porqué no desea o no colabora la paciente para llevar a cabo el estudio del líquido amniótico, atención proporcionada por los CC. DRA. *****, DRA. ***** R2 de Ginecoobstetricia y DRA. ***** R2 de medicina familiar.

A las 8:40 horas se encuentran al tacto vaginal 3 centímetros de dilatación, 90 % de borramiento y frecuencia cardiaca fetal de 148 por minuto, el producto estaba iniciando sufrimiento fetal, nuevamente amnioscopia fallida, sin saber el porqué de esta negación por parte de la paciente, atención proporcionada por los CC. DRA. ***** y DR. *****.

A las 12:30 horas se revalora a la paciente con 4 centímetros de dilatación y 90 % de borramiento, frecuencia cardiaca fetal de 138 por minuto, se practica amniorrexis y se encuentra Meconio espeso xx, embarazo de 40 semanas y comprobado sufrimiento fetal agudo.

Amniorrexis es la ruptura de amnios o la bolsa de agua, siendo esto causa de ingreso a quirófano, se solicita OPERACIÓN CESÁREA URGENTE. Se reporta la inexistencia de quirófano disponible, por lo que se le pasa a un registro cardio tocográfico y a las 13:18 horas, la paciente se encuentra en quirófano, atención proporcionada por los CC. DRA. ***** y DR. *****.

Han transcurrido 10:38 diez horas con treinta y ocho minutos, probablemente con el antecedente gineco obstétrico y con la fecha probable de parto 27 de marzo de 2009, así como las amnioscopias fallidas, rechazadas supuestamente por la paciente, nos encontramos ante un caso de máxima urgencia quirúrgica, que debió haberse llevado a cabo en el mismo momento en que la paciente se presentara a las 2:30 horas, por lo que toca a mi versión de acuerdo a mi leal saber y entender, existió dilación en este caso particular, para la práctica quirúrgica de cesárea, siendo esto, una posibilidad de los efectos obtenidos en la presentación del caso que nos ocupa.

Ahora bien, si bien es cierto que la paciente, antes de su parto presentaba dolor agudo de abdomen, no refiere sangrado y en la revisión ginecológica no se menciona sangrado transvaginal y en la última revisión se comenta que al efectuarse el estudio del líquido amniótico, se detecta gran cantidad de Meconio espeso y ahí mismo también con probable sangrado normal. De acuerdo con el resumen clínico no se menciona la pérdida de líquido amniótico previo, no existió presión arterial alta, sí manifestó dolor abdominal agudo, pero sin sangrado vaginal; excepto por el dolor, no existió síntoma de shock; hasta donde se sabe el cuello uterino se dilató únicamente 4 centímetros, efectivamente con ello nos percatamos que existió un retraso para hacer el diagnóstico y si existió desprendimiento prematuro de la placenta, no existió tratamiento para ello, también la acción quirúrgica urgente debió realizarse obedeciendo al sufrimiento fetal existente.

Es menester referir a Usted, que el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta también se le conoce con el nombre de abruptio placentae, ablatio placentae y hemorragia accidental.

Este desprendimiento es la separación de la placenta de su sitio de implantación anterior del nacimiento del feto y obedece al 30 por ciento del sangrado del tercer trimestre del embarazo y este padecimiento se puede clasificar en 3 grados, siendo el tercer grado más severo, pues se acompaña con producto muerto, aunque puede existir problemas con la sangre de la madre siendo que puede presentar ésta coagulopatía o sin coagulopatía.

*En el particular caso de la señora ***** , se le presenta el caso de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta sin coagulopatía, pero con producto muerto. Esto en el quirófano.*

Se corrobora desprendimiento de la placenta en un 30 %. El recién nacido es recibido por médico pediatra el cual valora al producto encontrándolo pálido, sin tono, sin esfuerzo respiratorio, sin frecuencia cardiaca, pupilas dilatadas, cordón umbilical exangüe y hepatomegalia, más textualmente se comenta que no se realizaron maniobras de resucitación o reanimación.

El desprendimiento prematuro de la placenta, incluso cualquier separación de la placenta previa al parto, ocurre en aproximadamente uno de cada ciento cincuenta partos, la forma más grave que produce la muerte del feto se presenta únicamente en alrededor de uno por quinientos a setecientos cincuenta partos.

*Este fue el caso de la paciente ***** , a quien se le presentara el problema antes referido y de quien se le atendió en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad.*

*De acuerdo con la revisión exhaustiva del expediente clínico, de acuerdo a mi leal saber y entender, considero que a la paciente ***** , no se le atendió oportunamente el advenimiento de su hijo, por parte del personal que le brindara atención hasta antes de su atención en el quirófano; ya que quienes intervinieron en el acto quirúrgico lo hicieron con profesionalismo, sin que se les pueda imputar la obtención del producto en las condiciones descritas (...)"*

III. SITUACIÓN JURÍDICA

1. La situación jurídica generada por la violación de derechos humanos de quien en vida llevara el nombre de ***** y las **CC.** ***** y ***** , que enseguida se expondrá, es valorada en el cuerpo de esta resolución de acuerdo con los informes y las evidencias que obran en el expediente, tales

como las notas televisivas, documentos, declaraciones informativas y diligencias. Dicha situación jurídica es la siguiente:

a) Se presentaron notas televisivas en el espacio informativo “**Las Noticias**” de la empresa Televisa, en el canal 34 de televisión abierta, los días 17-dieciséis y 20-veinte del mes de abril de 2009-dos mil nueve, donde se informaron denuncias de negligencias médicas en la atención a mujeres embarazadas, por parte del personal del **Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad**, puntualizando los casos donde fallece el bebé de la **C. ******* y la denuncia pronunciada en este medio por la **C. *******, manifestándose a favor de quien en vida llevara el nombre de ********* y la pérdida del bebé de ella.

b) A su vez, en fecha 21-veintiuno de abril de 2009-dos mil, este organismo recibió la queja formulada por la **C. *******, por los actos u omisiones que consideró violatorios a derechos humanos, por parte del personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, en perjuicio de quien en vida llevara el nombre de ********* y el producto de su embarazo.

En su queja, la **C. *******, señaló que su hermana llevó un embarazo sin ningún contratiempo o enfermedad que pusiera en riesgo su vida o la del producto, acudiendo al control prenatal al **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, donde la doctora le mencionó que todo estaba bien. El día 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, acudió al referido hospital *********, para practicarse la ecografía programada, le indicaron que todo estaba bien, pero al ir al baño se percató que estaba sangrando de su vagina, por lo que se dirigió a urgencias del nosocomio en comento, ya que aún se encontraba en ese lugar.

Después de aproximadamente una hora o una hora y media, le avisaron al familiar que la acompañaba que el bebé producto del embarazo había muerto, encontrándose la paciente sentada sobre una camilla con un tono de piel pálida y en estado somnoliento, moviendo la cabeza de un lado a otro, haciendo un movimiento de negación; posteriormente, aproximadamente a las 15:00 horas, les informaron a los familiares de *********, que esta paciente había muerto.

El **Director del Hospital Materno Infantil**, y la **Licenciada de Trabajo Social**, informaron a los familiares que ahí se encontraban, que ********* estaba enferma, que aún no sabían de qué murió, pero que la paciente se había desangrado después de haber expulsado al bebé ya muerto y le dio un paro cardíaco, que la habían resucitado siete veces pero que su hermana no coagulaba y que se había desangrado por todos lados, boca, nariz y oídos.

La quejosa *****, consideró que su hermana *****, murió debido a una negligencia médica al obligarla a aliviarse por parto vaginal aún y cuando el bebé ya estaba muerto, suponiendo que se pudo evitar su muerte si le hubieran practicado una cesárea sin que se pusiera en riesgo su vida; además de que no le dieron una explicación del motivo del deceso de su hermana y del bebé de ésta.

c) En fecha 23-veintitrés de abril de 2009-dos mil, se recabó la queja expresada por la C. *****, por los actos u omisiones que estimó violatorios a sus derechos humanos, cometidos presuntamente por personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, manifestando, en esencia, que el día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, aproximadamente a las 23:00 horas fue trasladada al referido nosocomio, ya que contaba con nueve meses de embarazo y en ese momento sentía dolores de parto, fue atendida por una enfermera quien después de revisarla le informó que aún no estaba lista para dar a luz, que se fuera a su domicilio y a pesar de que insistió en ser atendida, la enfermera le indicó que sería atendida cuando sus dolores fueran más intensos, retirándose la paciente a su domicilio.

A las 4:00 horas del día siguiente, 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, regresó al **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, ahora con dolores más intensos, nuevamente la revisaron y le dijeron que se pusiera a caminar hasta que el producto bajara más o se le reventara la fuente, entonces hizo lo anterior, pero cada vez el dolor se le intensificaba; regresó una ocasión más y nuevamente fue enviada a caminar.

Cuando ya no podía sostenerse, solicitó la ayuda de un familiar, quien les refirió a las enfermeras que la paciente ya no soportaba los dolores, que mejor la atendieran, entonces la enfermera nuevamente la revisó mediante el tacto y un doctor de urgencias le reventó la fuente, posteriormente la llevaron a un cuarto en donde examinaron con un aparato las condiciones del producto de su embarazo, pasándola de inmediato al área de quirófano en donde le practicaron la cesárea, pero en virtud de la anestesia no supo más. Horas después, una enfermera la despertó y le avisó que su hijo había fallecido a causa del desprendimiento prematuro de placenta.

La quejosa *****, consideró que no la atendieron correctamente desde que solicitó ser atendida debido a los dolores que presentaba, señalando que fue objeto de una negligencia médica pues en todo su embarazo estuvo monitoreada por médicos que en ningún momento le mencionaron alguna anomalía, incluso cuando el médico de urgencias examinó las condiciones del producto le mencionó que se encontraba en perfectas condiciones.

Además, tuvo conocimiento de que el doctor ***** mencionó que el hospital se había hecho cargo de todos los gastos médicos y funerarios de su hijo fallecido, lo que no sucedió así, pues su familia la apoyó con dichos gastos.

2. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, conforme a lo dispuesto por los **artículos 102, apartado “B”, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 87 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; 3 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 13° de su Reglamento Interno**, tiene competencia en el Estado para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueran imputadas a autoridades o servidores públicos de carácter Estatal.

Como lo es en el presente caso, al atribuirle al personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**¹, dependiente del **Organismo Público Descentralizado, Servicios de Salud de Nuevo León**², las violaciones a los derechos humanos de quien en vida llevara el nombre de ***** , así como de las **CC. ***** y *******.

IV. OBSERVACIONES

Primero: Después de estudiar y analizar pormenorizadamente los hechos y evidencias que integran los expedientes acumulados **CEDH/295/2009** y **CEDH/315/2009**, en atención a los argumentos que se expondrán enseguida, esta **Comisión Estatal de Derechos Humanos** llega al pleno convencimiento de que en la especie, se efectuaron hechos violatorios a los derechos humanos de quien en vida llevó el nombre de ***** , así como de las **CC. ***** y *******, por parte de personal del **Hospital Regional Materno**

¹ Reglamento Interior de “Servicios de Salud” de Nuevo León Organismo Público Descentralizado.

“Artículo 29. Las Unidades Hospitalarias son las que otorgan los servicios de segundo nivel de atención médica en las áreas urbana y rural, conforme al estudio de Regionalización Operativa, siendo los siguientes:

1. Hospitales Regionales.- Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”, Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil (...).”

² Reglamento Interior de “Servicios de Salud de Nuevo León” Organismo Público Descentralizado:

“Artículo 5. Para el ejercicio de las funciones, atribuciones y despacho de los asuntos de su competencia, “El Organismo” contará con la siguiente estructura orgánica:

I. (...)

XI. Unidades Desconcentradas: Jurisdicciones Sanitarias; Hospitales Regionales, Estatales y Generales; Centros de Especialidad, (...).”

Infantil de Alta Especialidad, dependiente del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Nuevo León.

Los hechos violatorios acreditados consisten en **negligencia médica, violación al derecho a la protección de la salud y prestación indebida de servicio público**, que se traducen en violaciones al **derecho a la salud**, dado que se ha comprobado que el personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, no proporcionó asistencia médica eficaz en los referidos casos de maternidad, causando una deficiencia en el servicio público que prestan.

Segundo: De los hechos contenidos en las notas periodísticas referidas con anterioridad, así como de las quejas de las **C.C. ******* y **Luz Yaneli López Urdiales**, las siguientes son las conductas de servidores públicos que son objeto de análisis en esta resolución:

A) En el caso de quien en vida llevara el nombre de *********, deben analizarse las conductas del personal médico que la atendió el día 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve, cuando ella y el producto de su embarazo perdieron la vida, a pesar de haberse practicado una ecografía horas antes de su fallecimiento, que aparentemente dio como resultado que *“todo estaba bien”*.

B) En lo que corresponde a la **C. *******, quien expresó que no era su deseo plantear queja en el momento en que fue entrevistada, sin embargo, la investigación de los hechos relativos a la atención médica que recibió en el **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, se inició de oficio, en cumplimiento a las atribuciones de este organismo, establecidas en el **artículo 6, fracción II, de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos**; será objeto de estudio el servicio que recibió por parte del personal médico que la atendió los días 16-dieciséis y 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, cuando acudió al servicio de urgencias para ser atendida por encontrarse en trabajo de parto; sin embargo, su hijo nació sin vida.

C) En el caso de la **C. *******, se analizarán las conductas del personal médico del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, que la atendió los días 16-dieciséis y 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, cuando en repetidas ocasiones se presentó con dolores de parto; sin embargo, le fue indicado que aún no podían recibirla. Cuando finalmente fue atendida, le practicaron una cesárea, pero le informaron que su bebé nació sin vida.

Tercero: A continuación, atendiendo al principio de la sana crítica,³ se procederá a analizar y valorar los elementos probatorios que obran dentro de la investigación, tales como el contenido de las notas periodísticas transmitidas en el espacio informativo “**Las Noticias**” de la empresa Televisa, en el canal 34 de televisión abierta, los días 17-diecisiete y 20-veinte del mes de abril de 2009-dos mil nueve; los hechos narrados por las **CC. ***** y *******, el contenido de los informes y anexos remitidos por el **Director Jurídico y Apoderado Legal de los Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, las opiniones médicas del perito médico de esta Comisión, así como las declaraciones informativas rendidas ante este organismo por el personal médico del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**.

1. Por cuestión de procedimiento, se analizarán primeramente los hechos relativos a la atención ofrecida a quien en vida llevara el nombre de *********. Partiendo de la queja planteada por la **C. *******, se tiene que ésta consideró negligente la atención brindada a su hermana, dado que perdió la vida de ella y la de su hijo habiendo llevado un embarazo sin complicaciones, según su dicho, además de que, unas horas antes de fallecer había sido revisada mediante una ecografía y se le indicó “*que todo estaba bien*”.

Al respecto, el **Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Nuevo León**, negó “*en todas y cada una de sus partes*” la queja planteada por la **C.*******; señalando que la paciente fallecida sí fue atendida en el **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, en fecha 12-doce de febrero de 2009-dos mil nueve y al efecto acompañó su expediente y resumen clínicos. De las notas y constancias médicas acompañadas al informe rendido por la autoridad, se solicitó la opinión médica del perito médico de este organismo.

De las evidencias analizadas, este organismo advierte que transcurrieron tres horas y diecisiete minutos desde el ingreso de ********* al área de urgencias hasta el momento que se extrajo el óbito fetal, soslayando los servidores públicos del nosocomio, el período que la paciente retuvo el producto óbito.

³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Tristán Donoso Vs. Panamá. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Enero 27 de 2009, párrafo 66.

“66. Como ha sido señalado, **el principio de la sana crítica rige la valoración de la prueba del Tribunal. Su convicción acerca de un determinado hecho y su comprobación no está limitada a uno o más medios de prueba determinados en la Convención o su Reglamento, ni a reglas de valoración probatoria que definen cuándo un hecho debe ser tenido por cierto o incierto. (...)**”.

El resumen clínico del expediente *****, correspondiente a *****, estableció que a las 9:35 horas se le practicó un ultrasonido obstétrico de embarazo de alto riesgo, a través del cual se reportó un producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal presente; posteriormente, a la salida del estudio, presentó sangrado vaginal, motivo por el cual se dirigió a urgencias para su atención.

A las 10:05 horas ingresó al área de urgencias, presentando sangrado transvaginal, le fue practicado un nuevo ultrasonido obstétrico que reportó frecuencia cardíaca fetal no audible. A las 11:04 horas se declaró producto óbito⁴, como lo describió mediante las notas pre-quirúrgicas la **Dra. *******, quien en su declaración informativa ante este organismo, precisó que la paciente pasó a labor de parto a las 11:17 horas.

Es importante destacar en este apartado, la notoria deficiencia en la práctica de ecografías o ultrasonidos obstétricos, que en el caso de la paciente ***** ha quedado de manifiesto, pues en un mismo día y con minutos de diferencia se le practicaron dos estudios de este tipo, ambos con resultados totalmente diferentes, dado que en el primero se obtuvo un producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal presente y en el segundo dicha frecuencia cardíaca no fue audible ni visible.

Si bien se puede argumentar que el desarrollo intrauterino puede presentar complicaciones repentinamente, en el presente caso tal argumento pierde validez, pues la **C. Dra. *******, especialista en ginecología y obstetricia, manifestó en su declaración informativa que al extraer el producto óbito observó que **“al menos ya tenía un mínimo de 24 horas de fallecido”**; esto es, que a las 09:35 horas, cuando se le practicó el primer ultrasonido y se le informó a la paciente *“que todo estaba bien”*, el producto ya había fallecido.

Posteriormente, a las 12:00 horas, se examinó a la paciente y se determinó continuar conducción de trabajo de parto; a las 13:00 horas, la **Dra. ******* decidió pasar a la sala de expulsión, debido a que la paciente presentaba una dilatación completa, como se aprecia de las notas médicas y la declaración informativa de la citada profesionista.

A las 13:17 horas se realiza alumbramiento del producto óbito y es en este momento que la paciente cae en paro cardíaco y presenta hemorragia,

⁴ Real Academia Española, 2006. Diccionario esencial de la lengua española. Editorial Espasa Calpe, Sociedad Anónima:

“Óbito. Fallecimiento de una persona”.

aplicándose maniobras de resucitación y administración de medicamentos, sin obtener resultados favorables, declarándose la muerte de la paciente a las 13:34 horas.

En este contexto, el perito médico de este organismo hizo notar algunas inconsistencias en las notas del expediente clínico de la paciente *********, tales como la realización de amniorrexis⁵ o ruptura provocada de la bolsa amniótica, así como la necesidad de episiotomía, lo que no coincide con la supuesta espontaneidad del producto en el canal vaginal y hace inferir que el parto por la vía vaginal fue inducido e incluso forzado.

Ahora bien, mediante el certificado de defunción firmado por la **Dra. *******, se estableció como causa de la muerte de la paciente la de **coagulación intravascular diseminada**.

A su vez, la **Dra. *******, médica patóloga adscrita al Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", en referencia a la autopsia que practicó a *********, manifestó lo siguiente en su comparecencia ante este organismo:

*"(...) procediendo la compareciente a examinar el cuerpo para determinar las causas de su muerte, encontrando la compareciente muerte materna compatible con **embolia de líquido amniótico**, es decir a nivel de los vasos pulmonares se encontró la presencia de un tejido compatible con restos amnióticos (escamas) formando un trombo en las mismas, además se observa hemorragia a nivel de los alveolos. Así mismo respecto al aspecto de la paciente, la dicente no lo recuerda además de que la embolia de líquido amniótico motivo de la muerte de la paciente se da por causas no específicas pero el líquido amniótico se hace un trombo hacia los pulmones pero no hay una causa específica para eso (...)"*

Por otra parte, se cuenta con la opinión médica del perito médico adscrito a esta Comisión, en la que señaló respecto a la causa de la muerte de la paciente *********, lo siguiente:

*"(...) La situación que presentó *********, y que puede asociarse con la coagulación intravascular diseminada, pudo haber sido originada por el trastorno obstétrico, o sea por el **embolismo del líquido amniótico** o bien **por la retención del óbito**.*

*No obstante que se tengan datos controversiales, el hecho es que la paciente presentó el síndrome de **coagulación intravascular diseminada***

⁵ <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/amniorrexis.html>

"Amniorrexis. Definición: Rotura espontánea o provocada de la bolsa amniótica".

*y que verdaderamente este padecimiento es de **muy alto riesgo** y que si **no se cuenta con los medicamentos adecuados, la cantidad de sangre requerida y la capacidad** para resolver estos problemas, es o se dice que la muerte se hace inminente, se debe de considerar también que es muy difícil restablecer a un paciente con este padecimiento. (...)*”.

Así, se logra establecer que la causa de la muerte de *********, fue la de coagulación intravascular diseminada, originada por embolia de líquido amniótico, que a su vez tiene como causa frecuente la inducción del parto, pues al practicarse la amniorraxis o ruptura de la bolsa amniótica, el líquido puede pasar al torrente sanguíneo materno y se inicia directamente la coagulación intravascular diseminada. Aquí es preciso recordar que las inconsistencias detectadas en el expediente clínico de la paciente hacen inferir una inducción forzada del parto.

Si bien es cierto, es difícil restablecer a una paciente que presenta coagulación intravascular diseminada, mayor dificultad será restablecerla si no se cuenta con el instrumental necesario, los medicamentos adecuados, la cantidad de sangre requerida y la capacidad para resolver las situaciones críticas que se presenten.

Es importante, también, destacar el tiempo que permaneció ********* reteniendo el producto óbito en su organismo; es decir, a partir del momento en que se diagnosticó la condición del producto a las 11:04 horas, hasta su expulsión a las 13:17 horas, teniéndose así que el producto permaneció dos horas y trece minutos más en el cuerpo de la madre, tal como se desprende del resumen clínico y de la declaración de la **Dra. *******.

Se sabe que los efectos de retener un producto óbito se presentan en distintos niveles de complicación, dependiendo de diversos factores en cada paciente, tal como los especialistas lo señalaron ante este organismo en sus declaraciones informativas, para lo cual se insertan a continuación sus manifestaciones al respecto:

Comparecencia de la **Dra. *******

“(...) 3.- Diga cuánto tiempo puede permanecer la paciente con el producto óbito en su vientre sin que surja ninguna complicación. Responde que es variable, dependiendo la edad gestacional de la paciente. (...)”.

Comparecencia de la **Dra. *******

“(...) 2.- Diga cuánto tiempo puede permanecer la paciente con el producto óbito en su vientre sin que surja ninguna complicación.

Responde que lo ideal es lo menos que pueda estar, pero es dependiendo el organismo de la paciente en virtud de que ha habido pacientes con producto óbito sin darse cuenta y lo traen en el vientre por días, pero ha habido casos en que las pacientes momentos después de la muerte del producto empiezan a presentar complicaciones. (...)"

Comparecencia del Dr. *****

"(...) 2.- Diga cuánto tiempo puede permanecer la paciente con el producto óbito en su vientre sin que surja ninguna complicación.
Responde que es variable, se han manejado óbitos de 2 días sin ninguna complicación y óbitos de dos horas con coreoamnioititis. (...)"

Comparecencia del Dr. *****

"(...) 2.- Diga cuánto tiempo puede permanecer la paciente con el producto óbito en su vientre sin que surja ninguna complicación.
Responde que es muy independiente de cada persona y su estado, se han visto complicaciones dos semanas posteriores, pero las complicaciones como en cualquier paciente, pueden pasar en cualquier momento. (...)"

De las anteriores manifestaciones, se advierte la incertidumbre ante el tiempo que se puede prolongar la retención del óbito sin que se generen complicaciones en la madre. A partir de esta premisa, la única certeza es que a falta de una debida y oportuna⁶ atención médica, se presentarán complicaciones que pondrán en riesgo la salud y muy posiblemente la vida de la paciente.

Es evidente que, en el caso de la paciente *****, se actuó con **negligencia, deficiencia y falta de calidad**⁷ en la atención médica, pues quedó demostrada la práctica deficiente de ultrasonidos obstétricos en la paciente hoy fallecida, así como la falta de calidad y calidez en la atención brindada a *****, al inducirle un parto sin las medidas necesarias para evitar complicaciones como las que finalmente causaron su muerte,

⁶ NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio:

"4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada".

⁷ NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

"4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como resultados)".

incumpliendo así con lo establecido en las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, que al efecto establece lo siguiente:

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

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

*“5.4.1.4 **No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto** normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;”.* (El énfasis es propio)

De igual forma, dejó de observarse lo establecido en la Norma Oficial mexicana **NOM 206-SSA1-2002**, que señala:

*“5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, **de manera expedita, eficiente y eficaz**, con el manejo que las condiciones del caso requiera”.*

Asimismo, el personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, omitió dar cabal cumplimiento a las siguientes disposiciones de la **Ley Estatal de Salud**:

“Artículo 3.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

(...)

V.- El disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; (...)”

“Artículo 24. Se entiende por atención médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, entre las que se encuentran la atención materna infantil, la planificación familiar, la salud mental, la prevención y control de las enfermedades bucodentales y la atención a la salud de la mujer”.

Las disposiciones señaladas, no fueron observadas por los **CC. Dra. *******, médica gineco obstetra, asignada al área de admisión de toco cirugía; **Dra. *******, médica gineco obstetra, asignada al área de labor; **C. *******, médico residente, quien se encontraba en el área de toco; y **C. *******, médico residente, quien se encontraba en la sala de expulsión; tal inobservancia fue lo que desencadenó las complicaciones que dieron causa a la muerte de la paciente *****.

2. Analizando ahora los hechos relativos a la atención brindada a la paciente ***** , quien expresó que no deseaba plantear queja alguna, sin embargo, en uso de las atribuciones de este organismo, se inició de oficio la investigación, dado lo expuesto en la nota televisiva transmitida en el programa **“Las Noticias”**, del canal 34 de televisión abierta, el día 17-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, en la que se comunicó lo siguiente:

*“(…)***** estaba a punto de dar a luz desde el lunes de la semana pasada, sin embargo a pesar de que presentó dolores y sangrado, no la recibieron de la manera adecuada, estuvieron prolongando esa atención hasta la noche del jueves, finalmente le practicaron la cesárea, lamentablemente la bebé, la cual ya tenía nueve meses de gestación, nace ya sin vida (...)”.*

El contenido de esta publicación, adminiculado a otras documentales y declaraciones que serán analizadas en párrafos posteriores, tiene eficacia probatoria al tener relación directa con los hechos violatorios que se resuelven, pues recoge hechos públicos y notorios; lo anterior, conforme al criterio de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** sobre documentos de prensa⁸.

No pasa desapercibido para este organismo, el argumento del **Director Jurídico y Apoderado Legal de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, en el sentido de que al no existir queja planteada por la **C. *******, se deja a su representado en estado de indefensión *“al no precisarse los hechos que presuntamente se le atribuye”*.

⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Radilla Pacheco vs. Estados Unidos Mexicanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Noviembre 23 de 2009, párrafo 77.

“77. (...) En tal sentido, como lo ha señalado en múltiples ocasiones, el Tribunal considera que los documentos de prensa podrán ser apreciados cuando recojan hechos públicos y notorios o declaraciones de funcionarios del Estado, o cuando corroboren aspectos relacionados con el caso. Por ende, en el presente caso, serán considerados aquellos documentos que se encuentren completos o que, por lo menos, permitan constatar su fuente y fecha de publicación. (...)”.

Al respecto, es oportuno recordar que, como ya se señaló en párrafos anteriores, es facultad de este **Organismo Público Autónomo**, conocer e investigar, a petición de parte **o de oficio**, de las presuntas violaciones de derechos humanos que lleguen a su conocimiento.⁹

Aunado a lo anterior, es falso que se deje en estado de indefensión al **Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Nuevo León**, dado que en su poder se encuentran los medios para aclarar los hechos publicados en la nota periodística, relativos a la paciente *********, y de esta manera, la carga e la prueba le corresponde a la autoridad señalada como probable responsable de violaciones a derechos humanos, tal como lo ha referido en su jurisprudencia la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**.¹⁰

Ahora bien, del análisis del resumen y expediente clínico de la **C. *******, así como de la opinión clínica emitida por el perito médico de esta Comisión, se acreditó la violación al derecho a la salud de la paciente, quien acudió al **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, el día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve a las **2:40 horas**, con 39 semanas de gestación y en trabajo de parto latente.¹¹ Fue enviada a la antesala para ser revalorada en **4 o 6 horas**.

No fue sino aproximadamente **veinte horas después** que la paciente fue revalorada por el personal médico del hospital, encontrando dilatación de 4-5 centímetros y trabajo de parto en fase activa,¹² siendo entonces que ingresó al área de labor para inductoconducción del parto.

⁹ Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos, artículo 6, fracción II.

¹⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Familia Barrios vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Noviembre 24 de 2011, párrafo 141.

"(...) Al respecto, la Corte ha señalado que corresponde a la parte demandante, en principio, la carga de la prueba de los hechos en que se funda su alegato; no obstante, ha destacado que, a diferencia del derecho penal interno, en los procesos sobre violaciones de derechos humanos la defensa del Estado no puede descansar sobre la imposibilidad del demandante de allegar pruebas, cuando es el Estado quien tiene el control de los medios para aclarar hechos ocurridos dentro de su territorio".

¹¹ Guía de referencia rápida "Vigilancia y manejo del parto", Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal:

"Fase latente: es el período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura 6 a 7 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas de 4 a 5 horas".

¹² Guía de referencia rápida "Vigilancia y manejo del parto", Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal

En el expediente y en el resumen clínico de la paciente, no se mencionó que se haya monitoreado la frecuencia cardíaca del bebé durante la fase activa del trabajo de parto y, por el contrario, se registró que siete horas después de su ingreso, a las 05:35 horas del 17-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, la frecuencia cardíaca fetal no fue audible, determinándose la práctica urgente de una operación cesárea, de la que se obtuvo producto único sin frecuencia cardíaca fetal, del que tampoco se mencionó que se le hayan practicado maniobras de reanimación.

Lo anterior constituyen omisiones contrarias a las recomendaciones de la **Organización Mundial de la Salud**, que ha establecido que durante la fase activa del parto se debe monitorear la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto completo, por lo menos cada 30 minutos¹³; en el caso de ausencia de respiración del bebé al nacer, recomienda brindarle atención y reanimación hasta por veinte minutos.¹⁴

De acuerdo a la opinión médica del perito médico de este organismo, las posibilidades de vida el hijo de la **C. *******, pudieron ser diferentes de haberse considerado los factores de riesgo que presentaba la madre, tales como su edad y los antecedentes de aborto que refirió en su historial clínico, así como lo prolongado de su trabajo de parto, que se considera así cuando la mujer ha sufrido dolores durante 12-doce horas o más.¹⁵

De esta manera, **se acreditan violaciones al derecho a la salud** de *********, puesto que no se le brindó una atención de calidad y oportuna por parte de las **CC. Dra. *******, **Dra. ******* y de quien sólo se identificó como **Dra. *******.

"Fase activa: hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 cm".

¹³ Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos. Organización Mundial de la Salud, 2000. Traducción en español publicada en 2002, por la Organización Panamericana de salud. página C-65.

¹⁴ Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos. Organización Mundial de la Salud, 2000. Traducción en español publicada en 2002, por la Organización Panamericana de salud. páginas S-156 y S-159.

¹⁵ Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos. Organización Mundial de la Salud, 2000. Traducción en español publicada en 2002, por la Organización Panamericana de salud. página S-63.

De tal manera, se ha impedido el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, de la **C. *******, dejando de observar las disposiciones de las siguientes **Normas Oficiales Mexicanas:**

NOM-007-SSA2-1993:

*"5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:
(...)*

5.4.2.1 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;

(...)

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, (...)".

Respecto a la **NOM-206-SSA1-2002:**

"5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera".

En consecuencia, por parte de las **CC. Dra. *******, **Dra. ******* y quien sólo se identificó como **Dra. *******, se desconoció el derecho a la protección a la salud de la paciente *****.

3. Atendiendo ahora los hechos planteados por la **C. *******, se comprobó que no fue atendida con la oportunidad y calidad requerida, pues aún cuando solicitó repetidamente ser atendida en el **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, desde las 23:00 horas del día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, no fue sino hasta las 12:30 horas del día siguiente cuando se determinó realizar cesárea a la paciente, toda vez que se había detectado sufrimiento fetal, y aún así no se logró practicar la operación determinada de urgencia ya que no se contaba con un quirófano disponible.

Lo anterior se acreditó mediante el análisis de la documental allegada por la autoridad en su informe, lo que robustece los hechos planteados en vía de queja por la **C. *******, y encuentra sustento en la opinión profesional emitida por el perito médico de este organismo.

La **C. ******* señaló que acudió en una primera ocasión al **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, aproximadamente a las 23:30 horas del día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve, pues presentaba dolores de parto y contaba ya con nueve meses de embarazo; fue recibida

por una enfermera quien le indicó que aun no estaba lista para dar a luz, que se fuera a su domicilio y que **“no la atenderían hasta que estos dolores fueran más intensos”**.

Acudió en una segunda ocasión, a las 04:00 horas del día 17-diecisiete de abril del mismo año, pues sus dolores eran más intensos, pero luego de revisarla mediante el tacto, le indicaron **“que se pusiera a caminar hasta que el producto bajara más o se le reventara la fuente”**. Luego de caminar y sentir que los dolores se intensificaban, por tercera ocasión solicitó ser atendida pero la respuesta fue la misma.

La primera atención documentada en el expediente clínico de la paciente, ostenta fecha del 17-diecisiete de abril de 2009-dos mil nueve, sin hora visible, y se identifica como “ADMISIÓN” “PARTOGRAMA”. En esta nota se registró como fecha probable de parto la del 27-veintisiete de marzo de 2009-dos mil nueve, es decir, diez días antes de la fecha en que la paciente se presentó solicitando atención médica; fue atendida por las CC. ***** y *****, así como quien sólo se identificó como **Dra. *******.

La siguiente valoración que se registró en el expediente, corresponde a las 07:00 horas del mismo día, fue atendida la paciente por las mismas doctoras, por ultrasonido se obtuvo edad gestacional de cuarenta semanas y se indicó revaloración en cuatro horas. Una tercera valoración a las 08:40 horas, en la que aún se registró frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales.

La cuarta nota médica en el expediente clínico corresponde a la valoración realizada a las 12:30 horas, lo que coincide con la manifestación de la C. *****, en el sentido de que a esa hora ya no podía sostenerse debido a los dolores que sentía, la familiar que la acompañaba fue quien insistió al personal de enfermería que ya la atendieran. Es entonces que se detectó sufrimiento fetal agudo y la doctora *****, así como el médico *****, determinaron realizar una operación cesárea con urgencia, lo que no pudo realizarse sino hasta **treinta y ocho minutos después, dado que, en el momento de la urgencia, no había espacio físico en labor ni en quirófano**. Finalmente, la operación fue realizada por las **CC. Doctoras ***** y *******.

Tal como lo establece el documento identificado como notas post-quirúrgicas, a las 13:19 horas se obtuvo recién nacido, con tono muscular presente y cordón umbilical con pulso presente y **no se realizaron maniobras de reanimación**; lo que resulta negligente, al igual que en el caso del producto de la paciente *****, atendiendo al criterio de la **Organización Mundial de la Salud**, que recomienda la atención y reanimación de un

recién nacido sin respiración hasta por veinte minutos, máxime que en este caso el cordón umbilical presentaba pulso.

En este contexto, el perito médico adscrito a esta Comisión emitió evaluación del servicio médico recibido por la **C. *******, en la que destacó que todo parecía indicar que a esta paciente se le **había pasado el tiempo de expulsión de su producto**, tomando como base el antecedente gineco-obstétrico de la última menstruación en fecha **20-veinte de junio de 2008-dos mil ocho**, teniendo como fecha probable de parto el día **27-veintisiete de marzo de 2009-dos mil nueve**. Aún así, al ser valorada la primera vez en el **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, el producto estaba vivo y sin ninguna sintomatología irregular.

Sin embargo, la suma del tiempo transcurrido entre la primera solicitud de atención de la **C. *******, hasta la hora en que finalmente se le practicó la cesárea; así como los antecedentes gineco obstétricos y la fecha probable de parto, se derivaba un caso de **máxima urgencia quirúrgica**, que debió haberse llevado a cabo en el mismo momento en que la paciente se presentó a las 23:00 horas, del día 16-dieciséis de abril de 2009-dos mil nueve.

Además, las conductas desplegadas por las **CC. Doctoras*******, *********, *********, *********, ********* y quien se identificó únicamente como **Dra. *******; así como el **C. Doctor *******, fueron contrarias a las siguientes disposiciones de **Normas Oficiales Mexicanas**:

NOM-007-SSA2-1993:

"5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

(...)

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

(...)

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, (...)".

Respecto a la NOM-206-SSA1-2002:

"5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera".

De lo anterior, se ha logrado comprobar que el personal médico del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, involucrado en la atención

brindada a la C. *****, con sus evidentes omisiones y actuaciones deficientes, impidieron el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social de la paciente.

Asimismo, quedó evidenciado que el **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, no cuenta con los espacios físicos suficientes para atender en quirófano casos de urgencia como el que presentó la paciente *****, pues los minutos que tuvo que esperar para que un quirófano estuviera disponible, marcaron la diferencia en la vida del producto de su embarazo.

Cuarto: Se ha comprobado que personal médico del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, no cumplió con la obligación de garantizar a las pacientes *****, ***** y *****, el derecho a la protección de la salud de cada una de ellas, acentuando su situación de vulnerabilidad por el estado de gravidez que presentaban; en consecuencia, se ha violentado el **derecho a la salud** de las pacientes señaladas, mismo que es reconocido en el artículo 10 del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**, de la siguiente manera:

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

Por su parte, la **Constitución Política Mexicana**, establece sobre el particular lo siguiente:

“Artículo 4o. (...) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (...)”

Y a su vez, la **Ley General de Salud**, detalla lo siguiente:

“Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

(...)

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; (...).”

También se establece en la **Ley General de Salud** que, para efectos del derecho a la protección de la salud, uno de los servicios básicos de salud es la atención materno-infantil, así como la atención médica integral que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.¹⁶

¹⁶ Ley General de Salud. Artículo 27, fracciones III y IV.

Lo anterior, en razón de no cumplir con la máxima diligencia el servicio que les fue encomendado, **ejecutando actos arbitrarios en detrimento del respeto a los derechos humanos de las pacientes multicitadas**, como ha quedado demostrado en el cuerpo de la presente resolución, con las evidencias y declaraciones ya valoradas.

Habiéndose comprobado violaciones a los derechos humanos de las **CC. ***** y *******, así como de quien en vida llevara el nombre de *********, es deber del Estado adoptar medidas especiales a fin de permitir el otorgamiento de una reparación rápida y plenamente eficaz a las víctimas. La reparación deberá lograr soluciones de justicia, eliminando, reparando o compensando las consecuencias del perjuicio padecido, así como evitando que se cometan nuevas violaciones, a través de la prevención y la disuasión. **La reparación deberá ser proporcionada a la gravedad de las violaciones y del perjuicio sufrido y comprenderá** la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Lo anterior, al advertirse los actos violatorios que se atribuyen en párrafos anteriores, consistentes en **negligencia médica, violación al derecho a la prestación de la salud y prestación indebida de servicio público**, trayendo como consecuencia la violación al **derecho a la salud**, derivado de la inobservancia a los preceptos de aquellas normas de carácter vinculatorio, en la prestación de los servicios de salud de quien en vida llevara el nombre de *********, así como de las **CC. ***** y *******, en razón de no cumplir con la máxima diligencia en el servicio que les fue encomendado, ejecutando conductas en detrimento del respeto y reconocimiento a los derechos humanos de las pacientes multicitadas, como ha quedado demostrado en el cuerpo de la presente resolución con las evidencias y declaraciones ya valoradas.

En razón de todo lo antes expuesto, habiendo relacionado y valorado debidamente las evidencias que integran el presente expediente, acorde a lo dispuesto por los **artículos 41, 42 y 45¹⁸ de la Ley que crea la Comisión**

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

XXII.- Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público;

LV.- Abstenerse de ejecutar cualquier acto arbitrario y atentatorio a los derechos garantizados tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como por la Constitución Local, debiendo conducirse siempre con apego al orden jurídico y respeto a los derechos humanos; (...)"

¹⁸ Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos

Estatal de Derechos Humanos, y de conformidad con lo previsto por el derecho internacional de los derechos humanos; ha quedado demostrado que se cometieron violaciones a los derechos humanos de las **CC. *******, ********* y *********, por parte de personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, por lo que se formulan las siguientes:

RECOMENDACIONES

Al **C. Director General de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado**, en atención al artículo 9 fracción I de la **Ley que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Nuevo León**:

PRIMERA: Instruya al **Órgano de Control Interno** de la dependencia a su cargo, a efecto de que se inicie el procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de los servidores públicos **Dra. *******, **Dra. *******, **Dr. *******, **Dr. *******, **Dr. *******, **Dra. *******, **Dra. *******, **Dra. *******, **Dra. *******, **Dra. ******* y **Dr. *******; también en contra de quienes únicamente fueron identificadas como **Dra. ******* y **Dra. *******, quienes deberán ser plenamente identificadas durante la sustanciación del procedimiento de responsabilidad administrativa, al haber incurrido respectivamente en la violación a lo dispuesto en las **fracciones I, XXII y LV del artículo 50** de la **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Nuevo León**, pues, en los términos expresados en el capítulo de observaciones de esta resolución, **violentaron**

"ARTÍCULO 41.- Las pruebas que se presenten, tanto por los interesados como por las autoridades o servidores públicos a los que se imputen las violaciones, o bien que la Comisión requiera y recabe de oficio, serán valoradas en su conjunto por el Visitador, de acuerdo con los principios de la lógica y de la experiencia, a fin de que puedan producir convicción sobre los hechos denunciados o reclamados.

ARTÍCULO 42.- Las conclusiones, que serán la base de las recomendaciones, estarán fundamentadas, exclusivamente en la documentación y pruebas que obren dentro en el expediente.

ARTÍCULO 45.- Una vez concluida la investigación dirigida por el Visitador, éste formulará un proyecto de recomendación, en el cual se analizarán los hechos denunciados o reclamados, los argumentos y pruebas presentadas por las partes, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas de oficio, a fin de determinar si las autoridades y servidores públicos contra los cuales se han presentado las quejas han violado los derechos humanos de los afectados, al haber incurrido en actos u omisiones ilegales, irrazonables, injustos, inadecuados o erróneos, o hubiesen dejado sin respuesta las solicitudes presentadas por los interesados durante un periodo que exceda notoriamente los plazos fijados por las leyes.

En dicho proyecto se señalarán las medidas que deban tomarse para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, la reparación de daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado." (...)

los derechos a la salud, legalidad y seguridad jurídica, de *****, ***** y *****.

SEGUNDA: Se efectuó a favor de los familiares el pago equivalente a los gastos erogados en los funerales de ***** y los productos de los embarazos de las **CC. ***** y *******, mediante el certificado de depósito correspondiente y bajo el procedimiento que para tal efecto sea designado por esa autoridad.

TERCERA: Mediante notificación de carácter personal, ponga a disposición de las víctimas tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos por el tiempo que sea necesario para restablecer su estado emocional.

CUARTA: Se otorgue disculpa a las víctimas ***** y *****, así como a los familiares de quien en vida llevara el nombre de *****, que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades.

QUINTA: Instruya al personal profesional, técnico y auxiliar del sistema de salud en el Estado, en particular al personal del **Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**, para que presten su servicio público con conocimiento y cumplimiento de las **Normas Oficiales Mexicanas**, tendientes a garantizar la prestación de servicios de salud eficientes, eficaces y con calidad y calidez a la población que lo demande.

SEXTA: Se brinde capacitación en materia de derechos humanos en general, ponderando la materia de salud, desde la perspectiva de las normas internas e internacionales, al personal **que participe dentro del sistema de salud en el Estado y de manera especial al personal del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad**.

SÉPTIMA: Se implementen las medidas preventivas necesarias en los casos de saturación de pacientes con perfil de cirugía, a fin de garantizar la prestación del servicio médico-quirúrgico de manera oportuna y adecuada a cada caso, haciendo del conocimiento de este organismo las medidas adoptadas, señalando el objetivo de cada una de ellas y su procedimiento.

De conformidad con el **artículo 46 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León**, se hace de su conocimiento que una vez recibida la presente Recomendación, dispone del término de **10-diez días hábiles**, contados a partir del siguiente a su notificación, a fin de informar si se acepta o no la misma. En el entendido de que, **de no ser aceptada o cumplida la recomendación, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa**.

Quedando este organismo en la facultad de solicitar al **H. Congreso del Estado**, que llame a esa autoridad a su digno cargo, para que comparezca ante ese órgano legislativo, a efecto de que explique el motivo de su negativa o incumplimiento, además de que se hará pública la misma.

En caso de ser aceptada, dispondrá de un plazo de **10-diez días adicionales**, contados a partir del siguiente a que se haga del conocimiento de este organismo la aceptación, a fin de remitir las pruebas correspondientes de que se ha cumplido con lo recomendado.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los **artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 87 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; 3, 6 fracciones I, II inciso a), IV, 15 fracción VII, 45, 46 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos; 12º, 13º, 14º, 90º, 91º, 93º de su Reglamento Interno**. Notifíquese. Así lo resuelve y firma la **C. Licenciada Minerva E. Martínez Garza, Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León. Conste.**

L'MEMG/L'SGPA/I'vhpg/I'edzr