



RECOMENDACIÓN No. 38/2016

SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL NIÑO Y LA MUJER, QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1.

San Luis Potosí, S.L.P, 30 de diciembre de 2016

**DOCTORA MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ**

1

Distinguida Directora:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 1VQU-738/2014, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos que se cometieron en agravio de V1.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 22 fracción I de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 3, fracciones XVIII y XXXVII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, y con el propósito de proteger los nombres y datos de las personas involucradas en la presente recomendación, se omitirá su publicidad. Esta información solamente se hará de su conocimiento a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondientes, y visto los siguientes:



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal recibió la queja de Q1, hermano de V1 y se inició la investigación por posibles violaciones a derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", ubicado en la ciudad de San Luis Potosí, en relación con la atención médica que derivó en su fallecimiento de ella, así como de la pérdida del producto del embarazo.

4. De acuerdo con los datos proporcionados, V1 cursaba 36 semanas de embarazo el 8 de septiembre de 2014, fue internada en el Hospital del Niño y la Mujer, al presentar complicaciones con la presión arterial, y egresó dos días después con cuadro hipertensivo del embarazo. El 22 de septiembre de ese año, V1 acudió de nuevo al hospital, al presentar dolores y personal médico que la revisó, le indicó que estaba bien, que presentaba un centímetro de dilatación, que regresara a su domicilio; al persistir con dolores, regresó después de las 12:30 horas, y solamente fue atendida cuando perdió el conocimiento en la sala de espera.

5. Cerca de las 14:00 horas de ese día, se informó a Q2, madre de V1 y a Q3 su pareja, de la muerte fetal, posteriormente personal médico les comunicó que la pasarían a quirófano para practicarle una cirugía de cesárea, la cual se realizó a las 18:10 horas, se le extrajo óbito femenino y presentó hemorragia, enviada al área de terapia intensiva. En el certificado de muerte fetal se asentó que la muerte del producto de V1 fue por desprendimiento prematuro de placenta previamente normalmente inserta y preclamsia severa.

6. El 23 de septiembre de 2014, cerca a las 04:00 horas, personal médico informó a Q2, que V1 presentó paro respiratorio, y en razón de que no tenían sangre y el equipo médico necesario, sería referida al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", traslado que se realizó a las 10:35 horas de ese día. A las 18:05 horas de 24 de ese mes y año, se dictaminó que V1 falleció a consecuencia de

encefalopatía isquémica, hemorragia obstétrica, desprendimiento prematuro de placenta y preclamsia severa.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 1VQU-738/2014, dentro el cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a familiares, se recabó expediente clínico, así como opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

8. Queja de 6 de octubre de 2014, de Q1, hermano de V1, quien denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, atribuible a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer, por la inadecuada atención médica, que derivó en el fallecimiento de su hermana y la pérdida del producto del embarazo.

3

9. Acta circunstanciada de 6 de octubre de 2014, en la que personal de este organismo hizo constar la comparecencia de Q2, madre de V1, quien manifestó que durante el embarazo su hija tuvo de complicaciones con la presión arterial, por lo que fue internada en el Hospital del Niño y de la Mujer. Que el 22 de septiembre cerca de las 4:00 horas, en compañía de Q3, pareja de V1, la llevaron a ese Hospital, y después una doctora le señaló que le harían una cirugía muy riesgosa y le dio a firmar documentos, sin permitirle leerlos. Horas después le informaron que extrajeron el producto y V1 había perdido mucha sangre, y era necesario sacarle la matriz para salvarle la vida. Horas después le informaron que V1 se encontraba en terapia intensiva.

9.1. Q2 agregó a su queja que aproximadamente a las 4:00 horas de 23 de septiembre de 2014, personal del Hospital le hizo saber que su hija había presentado paro respiratorio, y horas después un médico le indicó la trasladarían al Hospital Central, ya que no tenían sangre ni el equipo médico necesario, lo cual



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

sucedió a las 11:00 horas, y en donde le dijeron que su hija tenía daño cerebral y al día siguiente confirmaron su muerte cerebral.

10. Oficio de 8 de octubre de 2014, signado por la Directora del Hospital del Niño y la Mujer, "Dr. Alberto López Hermosa", al que adjuntó copia certificada del expediente clínico de V1, del cual destacan las siguientes constancias:

10.1 Hoja de ingreso de 8 de septiembre de 2014, elaborada por personal médico del Hospital del Niño y la Mujer, en la que anotó que V1 ingresó a ese nosocomio el 8 de septiembre de 2014 por hipomotilidad fetal, y cefalea, se le detectó presión arterial sistémica, y egresó el 9 de ese mes, con diagnóstico final de enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar.

4

10.2 Nota médica de urgencias del servicio de gineco-obstetricia, de 22 de septiembre de 2014, sin nombre y firma del médico que la elaboró, en la que se asentó que V1 ingresó a urgencias ese día con diagnóstico de embarazo de 38 semanas de gestación, en fase de latencia inicial y enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar.

10.3 Registro de Triage Obstétrico, de 22 de septiembre de 2014, signado por M1, Médico Cirujano, en la que asentó que V1 fue valorada a las 09:24 horas, al presentar cefalea y edema, tensión arterial de 138/92, con 38 semanas de gestación, con antecedentes de estar internada el 9 de septiembre de ese año, por presentar complicaciones con la tensión arterial, con frecuencia cardiaca fetal de 133 latidos por minuto, actividad uterina irregular, 1 cm. de dilatación, 50% de borramiento y amnios íntegros. Se decidió su alta con plan de tratamiento fue PS5 reactiva, datos de alarma, cita en 4 u 8 horas. La urgencia fue clasificada con código amarillo.

10.4 Nota médica que elaboró M2, Especialista Ginecólogo Obstetra, entre las 14:28 o 15:28 horas de ese día, en la que asentó: movimientos fetales positivos,

tensión arterial 130/90, y continuaba con el código amarillo. En el espacio del nombre, cédula y firma de la enfermera no constan esos datos.

10.5 Nota médica de M2, Médico Ginecólogo Obstetra, de las 12:45 horas, de 22 de septiembre de 2014, en la que indicó, que V1 pasaba al Área de Monitorización Materno Infantil para la práctica de exámenes de laboratorio de perfil toxémico completo, vigilancia obstétrica de trabajo de parto y de frecuencia cardiaca fetal, y evolución espontánea de trabajo de parto, e indicó vigilancia obstétrica a V1.

10.6 Nota médica de 22 de septiembre de 2014, que realizó M3, Ginecólogo Obstetra, en la que dejó constancia que a las 14:25 horas indicó entre otros medicamentos oxitocina, y que V1 pasaría a la Unidad de Cuidados Intensivos.

5

10.7 Nota médica de 22 de septiembre de 2014, de las 16:30 horas, de M4, Médico, en la que anotó solicitar la valoración de ginecoobstetricia para la inductoconducción y manejo obstétrico.

10.8 Nota médica de 22 de septiembre de 2014, de las 22:30 horas, de M5, Especialista Ginecólogo Obstetra, en la que anotó que el resto del tratamiento quedaba a cargo de la Unidad de Terapia Intensiva.

10.9 Historia clínica de ingreso a urgencias obstétricas, de 22 de septiembre de 2014, en la que M2, Médico Ginecólogo Obstetra, asentó que V1 ingresó, con alto riesgo, presión de 130/90, frecuencia fetal de 142 latidos por minuto, dilatación de cérvix de un centímetro, amnios íntegros, borramiento 80%, que presentaba presión y lipotimia. Ingresó con el diagnóstico de embarazo de 38 semanas y trabajo de parto inicial. Fue referida al Área de Monitorización Materno Infantil para vigilancia obstétrica, se ordenó estudios de laboratorio y ultrasonido.

10.10 Partograma de 22 de septiembre de 2014, signado por M2, M5 y M6, Médicos Ginecólogos Obstetras, sin registro de diagnóstico de V1, con datos de frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto; dilatación del cérvix del 80%;



sin anotaciones de la tensión arterial; actividad uterina de 3 en 10 minutos; no se registró la justificación de oxitocina; y se anotó que el evento obstétrico fue resuelto a las 18:15, por cesárea.

10.11 Nota médica de 22 de septiembre de 2014, que elaboró M3, Médico Ginecólogo Obstetra, donde señala que asentó que a las 14:30 horas recibió a V1, la calificó con preclamsia severa, por picos hipertensivos, tensión arterial de 170/100, dos centímetros de dilatación, 80% de borramiento, amnios íntegros, se confirmó con doppler y ultrasonido fetal ausencia de latido cardiaco fetal. Se explicó a familiares. Se decidió pasarla a la Unidad de Cuidados Intensivos para control de la presión arterial e inducción de trabajo de parto.

10.12 Reporte de ultrasonido obstétrico, de 22 de septiembre de 2014, realizado a las 15:26:04, de producto obitado, sexo femenino, de aproximadamente 37.2 semanas de gestación, peso de 3,183 gramos, placenta fúndica.

10.13 Nota de Enfermería de Cuidados Intensivos de Ginecología y Obstetricia, de 22 de septiembre de 2014, signada por Enfermero 1 donde asentó que a las 16:00 horas, V1 registró presión arterial de 120/71, actividad uterina irregular, 1 cm de dilatación, amnios íntegros, y sangrado, el cual fue señalado con una cruz; a las 17:00 horas, registró tensión arterial de 134/75, no dilatación, no borramiento, amnios íntegros, y sangrado. A las 17:45 se solicitó un paquete globular, y a las 17:50 horas pasó de urgencia a otra área.

10.14 Que a las 23:00 horas V1 reingresó a esa área, en malas condiciones generales, que el médico internista, sin precisar nombre, realizó los movimientos de parámetros médicos. Que a las 04:30 horas se avisó a médico que la paciente presentó desaturación y frecuencia cardiaca de 76 latidos por minutos, se le aplicó medicamento, y al no reaccionar se inició maniobras de resucitación, a lo cual reaccionó. Se solicitaron plaquetas y el Banco de Sangre informó no tener, y a las 05:00 horas reportaron que el gasómetro no funcionaba a esa hora.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

10.15 Nota médica de ingreso de 22 de septiembre de 2014, a cuidados intensivos, en la que M4, Médico, del cual no se anotó el dato si era general u obstetra, registró que a las 16:20 horas le informó a V1 sobre el fallecimiento del bebé, quien presentó cuadro de agitación psicomotriz, conducta agresiva hacia su persona y llanto fácil, por lo que sujetaron sus muñecas, y se registró que presentó preclamsia severa, presión arterial de 120/71.

10.16 Nota médica, de 22 de septiembre de 2014, de las 17:40 horas, de M5, Especialista Ginecólogo Obstetra, en la que registró que V1 presentó preclamsia severa, dolor intenso, sangrado oscuro, más óbito, sospechó desprendimiento de placenta, y pasaba a cesárea de urgencia.

7

10.17 Nota médica de 22 de septiembre de 2014, de las 17:55 horas de ese día, de M6, Médico Ginecólogo Obstetra, en la que asentó que en ese momento se encontraba pasando una cesárea, que a esa hora V1 entró a quirófano con diagnóstico agregado de desprendimiento preventivo de placenta normoinserta, y le explicó a la paciente.

10.18 Hoja médica de autorización de cesárea, de 22 de septiembre de 2014, sin hora, signada por M5, como primer ayudante y M6 como segundo ayudante, ambos médicos ginecólogos obstetras. También se registró a dos Licenciados en Enfermería Obstétrica, uno como circulante y el segundo como instrumentista. Además como cirujanos a un Médico Cirujano Oncólogo y al Jefe de Ginecología y Obstetricia.

10.19 Hoja de lista de verificación de seguridad quirúrgica de 22 de septiembre de 2014, signada por personal de enfermería, en la que consta estar presente todo el equipo de salud, que era el grupo médico programado.

10.20 Nota de registros quirúrgicos de enfermería de 22 de septiembre de 2014, de las 18:00 horas, en la que se asentó que la paciente ingresó a quirófano con un estudio de hemoglobina de 9, que al inicio de la cirugía presentó 4.7, que la cirugía



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

comenzó a las 18:10 y terminó a las 22:23 horas, con un sangrado total de 3,000 ml. Que después de extraer óbito femenino, se revisó cavidad por haber sangrado activo, se colocó balón de backi. A las 19:00 horas se inició la transfusión de paquetes globulares y fue entubada. Se pidió apoyo a M8, Jefe de Ginecología y Obstetricia y a Médico Ginecólogo Oncólogo, para evitar histerectomía. A las 20:30 horas se entregó al siguiente turno. Que a las 20:50 horas el médico ginecólogo oncólogo decidió realizar histerectomía, y se practicó gasometría.

10.21 Nota médica, de 22 de septiembre de 2014, sin hora, que elaboraron M5 y M6, Especialistas Ginecólogos Obstetras, en la que M5 anotó que al ingresar V1 a quirófano presentó desprendimiento al 100% de placenta, útero parcialmente infiltrado, atonía uterina y sangrado asociado, sin respuesta a uterotónicos. Se intentó control de sangrado con la colocación de balón bakri, con respuesta parcial. Se avisó a M8, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, quien acudió. Que la paciente se encontraba hemodinamicamente estable y respuesta parcial del útero a uterotónicos, se decidió en conjunto, manejo con ligadura de arterias hipogástricas para preservar la fertilidad.

8

10.22 Nota médica preanestésica de 22 de septiembre de 2014, de las 17:30 horas, elaborada por M7, Médico Anestesiólogo, en la que asentó que al evaluar a V1, presentó hipotensión arterial y taquicardia. Se le aplicaría anestesia subaracnoide y general. En riesgo anestésico asentó UIIB, (paciente con enfermedad sistémica descompensada) con pronóstico reservado.

10.23 Nota médica post-anestésica de 22 de septiembre de 2014, de las 22:45 horas, signada por médico anestesiólogo, en la que asentó que a esa hora V1 pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos.

10.24 Nota médica post-quirúrgica, de 22 de septiembre de 2014, realizada entre las 22:30 o 23:30 horas, por el Médico Especialista en Oncoginecología, en la que asentó que a las 19:39 horas recibió llamada para auxiliar en cirugía, que ingresó al hospital a las 20:00 horas. Decidió iniciar con disección de iliacos para ligadura



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2016 "Año de Rafael Nieto Compeán"

de hipogástricas, se disecciona arteria iliaca interna y medializa uréter. Continúa con hipotonía uterina y mayor palidez de útero, poca respuesta a uterotónicos y continúa con gasto por balón bakri. En ese momento se decidió y practicó histerectomía subtotal, con sangrado total de 2500 cc. Paciente estable, pero grave, y pasaría la Unidad de Cuidados Intensivos.

10.25 Nota médica, de 22 de septiembre de 2014, de las 23:00 horas, de personal médico, en la que anotó que V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 23:00 horas, con cánula orotraqueal permeable, se ajustó y manejó con hemoderivados a requerimiento, fue sedada, y se le trató con manejo ventilatorio invasivo, se solicitó gasometría. De acuerdo a evolución se valoraría progresión en la ventilación invasiva. Alto riesgo de coagulopatía de consumo, lesión pulmonar aguda, falla renal aguda y sepsis.

9

10.26 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de la 01:30 hora, en la que personal médico anotó que V1 estaba inestable, ya que presentó síntomas de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, asociado a manifestaciones de hipovolemia e hipoperfusión, coagulopatía de consumo, sedada, con soporte ventilatorio, por momento automatismo ventilatorio insuficiente, se ajustó parámetros de soporte ventilatorio, hemodinámicamente estable. Que persistía el Síndrome señalado y el aumento de presión de pulso, se le transfundió un paquete globular y un paquete fresco concentrado. Indicó transfusión de 2 paquetes globulares extras, solicitó concentrados plaquetarios.

10.27 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de las 03:30 horas, en la que personal médico anotó que V1 presentó deterioro progresivo clínico, inestabilidad hemodinámica, se exacerbaron manifestaciones de hipoperfusión tisular, así como disociación máquina/paciente, disminución progresiva de volúmenes urinarios, insistió en concentrados plaquetarios. Muy grave.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

10.28 Solicitud urgente sin fecha y hora, signada por personal médico, de veinte concentrados plaquetarios y cinco crioprecipitados, recibida a las 4:20 horas de 23 de septiembre de 2014, y lo solicitado estaría disponible ese día.

10.29 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de las 05:30 horas, de personal médico, en la que registró que a las 04:30 horas V1 presentó hipotensión profunda, así como trastornos del ritmo con presencia de ESV, sin precisar ésta, y bradicardia, sospechó acidosis metabólica descompensada e hiperkalemia, secundario a falla renal aguda, ya que dejó de orinar, que no funcionaba el gasómetro a esa hora. Presentó paro respiratorio presenciado, iniciaron maniobras de resucitación avanzado por diez minutos, saliendo a taquicardia, misma que fue revertida. No había concentrados plaquetarios, se sospechó sangrado intraabdominal secundario a coagulopatía de consumo, mantuvo terapia transfusional; valorada por ginecología y obstetricia.

10

10.30 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de las 05:00 horas, en la que personal médico anotó que después de las 04:35 horas se seguía insistiendo en los concentrados plaquetarios, que del banco de sangre informaron que no existía disponibilidad en el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea, en el Hospital Central, ni en el ISSSTE..

10.31 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de las 07:00 horas de personal médico, en la que anotó que el Directivo de Guardia informó no contar con concentrados plaquetarios, paciente grave.

11. Oficio de 8 de octubre de 2014, del Jefe del Departamento de Asesoría Médico Legal del Hospital Central, al que anexó copia del expediente clínico de V1, relacionado con la atención médica proporcionada el 23 y 24 de septiembre de 2014, del que destacan:



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

11.1 Hoja de referencia de 23 de septiembre de 2014, de V1, signada por M8, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Niño y la Mujer, dirigida al Hospital Central.

11.2 Nota médica de urgencias ginecoobstétricas, de 23 de septiembre de 2014, en la que consta que a las 10:35 horas, V1 ingresó a ese Hospital, al presentar hemorragia obstétrica, siendo recibida en malas condiciones generales de salud.

11.3 Nota médica de 23 de septiembre de 2014, de las 10:45 horas, en la que personal médico anotó que V1 fue referida entubada, con saturación del 96%, Glasgow no valorable por sedación, pupilas midriáticas sin respuesta a estímulos luminosos, taquicardia de 140 latidos. Se ordenó tomar exámenes generales, transfusión urgente de hemoderivados, sulfato de magnesio como protección de preclamsia severa, manejo para revertir acidosis metabólica, manejo de coagulopatía dilucional, vigilancia ventilatoria, medicina materno fetal y neurológica.

11

11.4 Nota de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, de 23 de septiembre, en la que consta que V1 llegó en graves condiciones generales, entubada y sedada, hemodinamicamente con tendencia a la hipotensión, se le dio aminas, las cuales se disminuyeron por estabilidad. Se le mantenía con ventilación mecánica controlada, inmediatamente a su ingreso se suspendió sedación. Neurológicamente pupilas midriáticas, arreflectivas, sangrado transvaginal mínimo, sangrado activo en el catéter central y por la boca.

11.5 Nota médica de 24 de septiembre de 2014, en la que se registró que a las 15:15 horas, V1 persistía con datos clínicos de muerte encefálica y el estudio realizado ese día a las 12:01 horas mostró silencio electrocerebral, por lo que se confirmó el diagnóstico de muerte cerebral.

11.6 Certificado de defunción de 24 de septiembre de 2014, en la que se registró que V1 falleció en el Hospital Central a las 18:05 horas de ese día, por



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2016 "Año de Rafael Nieto Compeán"

encefalopatía anoxico-isquémica, hemorragia obstétrica, desprendimiento prematuro de placenta y preclamsia severa.

12. Acta circunstanciada de 13 de octubre de 2014, en la que personal de esta Institución hace constar que Q3, concubino de V1, manifestó que el 22 de septiembre de 2014, entre las 9:00 y las 10:00 horas llevó a urgencias al Hospital del Niño y la Mujer a V1, ya que presentaba dolores de parto. Fue revisada por personal médico, quien le dijo que regresara más tarde.

12.1 Que regresaron horas después porque los dolores aumentaron, permanecieron 10 minutos sentados en una sala de espera, que V1 se desmayó, y sólo así la atendieron. Una doctora le dijo que realizaron un ultrasonido y se determinó muerte fetal, porque la preclamsia estaba muy avanzada, que la bolsa en la que se encontraba el bebé ya no tenía líquido, además de que perjudicó la presión tan alta que traía V1. Que visitó a V1, quien estaba alterada, apoyó a los médicos a tranquilizarla y para que la sedaran. La misma doctora le comentó la necesidad de practicar una cesárea, y personal le dio a firmar una hoja, pero no le explicaron lo que decía, al día siguiente le informaron el fallecimiento de V1.

12

13. Informe de 28 de octubre de 2014, signado por el Jefe del Departamento de Asesoría Médico Legal del Hospital Central, al que adjuntó informe del Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia y del Jefe del Servicio de Obstetricia de ese nosocomio, en el que comunicó que al ingresar V1 le diagnosticaron hemorragia obstétrica masiva, choque hipovolémico, desprendimiento de placenta y óbito, preeclamsia severa, acidosis metabólica, estado post paro y puerperio quirúrgico. Que durante el 23 y 24 de septiembre de 2014, la atención brindada a V1 fue a base de hemoderivados, es decir, paquetes globulares y plasma, medidas para revertir la coagulopatía dilucional y la acidosis metabólica, así como vigilancia del estado hemodinámico y neurológico. Durante su estancia se logró la estabilización hemodinámica, la reversión de la acidosis metabólica y de la coagulopatía. A pesar de ello, la muerte cerebral se corroboró con el estudio de electroencefalograma, valorado por el servicio de neurología.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

14. Informe de 30 de octubre de 2014, suscrito por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud del Estado, en el que comunicó la relación de personal médico adscrito al Hospital del Niño y la Mujer, que brindó atención médica a V1 el 22 y 23 de septiembre de 2014, en cuyo listado se destaca la intervención de M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7 y M8. Además informó que V1 acudió en tres ocasiones al Hospital del Niño y la Mujer, que la primera vez fue el 8 de septiembre de 2014, por hipomotilidad fetal. Se le diagnosticó intrauterino de 36 semanas de gestación, más enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar; la segunda ocasión fue a las 9:00 horas del 22 de septiembre de 2014; y la tercera a las 13:00 horas. Que a las 9:15 horas de 24 de septiembre de 2014, V1 fue referida al Hospital Central. La autoridad anexó copia de:

13

14.1 Carta de consentimiento informado sin fecha, ni hora, para realizar procedimiento anestésico para la práctica de la cesárea urgente, tipo Kerr, signada por AR7, Médico Anestesiólogo, en la cual no consta el nombre ni firma de la paciente o representante legal, ni de los dos testigos.

14.2. Carta de consentimiento informado de 22 de septiembre de 2014, para la realización de estudios de laboratorio para la detección del VIH-SIDA y/o enfermedades de transmisión sexual, signada por M2 y con la firma de V1.

14.3. Carta de consentimiento informado de 22 de septiembre de 2014, signada por V1, a favor de M2, Ginecólogo Obstetra, para la realización de estudios de laboratorio y la emisión del diagnóstico indicado; se practicaran los estudios de laboratorio o de gabinete necesarios, a fin de establecer el plan de tratamiento. Que se le explicó el tratamiento, mismo que entendió. Autorizó la atención de contingencias y urgencias derivadas del mismo, y de ser necesario la práctica del procedimiento quirúrgico requerido.

14.4 Certificado de muerte fetal, expedido por M6, Médico Ginecólogo Obstetra, en el que se asentó que las causas de la muerte del producto de V1 fue por desprendimiento prematuro de placenta previamente normalmente inserta y

preclamsia severa, que la extracción fue a las 18:18 horas de 22 de septiembre de 2014.

14.5 Dictamen de muerte perinatal del producto óbito de V1, de 23 de septiembre de 2014, expedido por M8, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Niño y la Mujer, en el que se determinó que la causa de la muerte fue por desprendimiento de placenta normalmente inserta. Factores participantes: el diagnóstico clínico fue inoportuno; la confirmación diagnóstica fue inadecuada; el criterio terapéutico fue incorrecto; la identificación de complicaciones por enfermería fue inoportuna; la solicitud de interconsulta o de un médico de mayor jerarquía, fue inoportuna; deficiencia entre la solicitud del servicio por parte de V1 y la atención del evento. La muerte fue previsible por diagnóstico y para el hospital, al que se recomendó: Vigilancia estrecha de las pacientes que acuden a urgencias; área de observación en urgencias, acusiocidad en la revisión de las pacientes; apearse a las guías de práctica clínica; y establecer normas para el manejo de las pacientes.

14

15. Opinión médica de 25 de junio de 2015, que realizó un perito especialista en Ginecología del Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí, donde concluyó:

15.1 Que la paciente presentó choque hipovolémico por hemorragia obstétrica grado IV, pérdida de sangre mayor de 2000 ml, esto es, más del 40% del volumen sanguíneo perdido, taquicardia de 140x' o mayor, uresis, anuria, estado mental confuso o letárgico y la presentación de desprendimiento de placenta (5 puntos) preclamsia (2 puntos) anemia (3 puntos) indica la activación del código de respuesta inmediata, avisar a anestesiología, banco de sangre y terapia intensiva. Si no hay respuesta a choque hipovolémico, se avanzará a tratamiento quirúrgico de la hemorragia y tratar la coagulación intravascular diseminada.

15.2 Que si no se cuenta con el recurso material y humano, se debe canalizar a tercer nivel de atención, que el grupo de respuesta rápida debe trabajar



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

coordinada, lógica y simultáneamente y los esfuerzos van dirigidos a objetivos concretos: salvar la vida de la madre; disminuir la morbilidad que resulta del choque hemorrágico; reanimación óptima (hemostática, hemodinámica, quirúrgica), y en lo posible, salvar al feto. En el caso, no se realizó autopsia del feto, ni de la madre. En el caso, las acciones y prácticas médicas realizadas por el personal médico no se realizaron en forma adecuada, oportuna y completa.

15.3 La consulta prenatal debe realizarse durante el último mes de embarazo cada semana, y con mayor razón si se acompaña de factores de riesgo, anemia y preclamsia. La institución debe contar con suficiente infraestructura para poder llevar a cabo esta calidad. En la atención de la mujer embarazada contar con un Banco de Sangre realmente resolutivo y eficaz. Una Unidad de Cuidados Intensivos y con personal capacitado (intensivistas todos los días del año).

15

15.4 Estas omisiones indebidas, eran previsibles para la ciencia médica en una institución ideal que cuente con los adecuados recursos materiales y humanos para poder resolver este tipo de complicaciones.

16. Oficio 8975 de 11 de abril de 2016, signado por el Contralor Interno de Servicios de Salud de San Luis Potosí, mediante el cual informó que derivado de la vista realizada por esta Institución, relacionada con los hechos que son motivo de este documento, atribuible a personal del Hospital del Niño y la Mujer, se inició el Expediente de Investigación 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 8 de septiembre de 2014, V1 fue internada en el Hospital del Niño y la Mujer, ya que presentaba complicaciones con la presión arterial, egresando al día siguiente, con el diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo.

18. El 22 de septiembre de 2014 a las 9:24 horas, V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer, al presentar dolores inherentes al trabajo de parto. M1, médico cirujano la



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

revisó, le indicó que su bebé estaba bien, que aún presentaba 1 cm. de dilatación, y que regresara a su domicilio; al persistir con dolores, regresó al nosocomio, y fue atendida debido a que se desmayó en la sala de espera, y a las 12:45 horas, M2, Médico Ginecólogo Obstetra, indicó que pasara al Área de Monitorización Materno Infantil, para la evolución espontánea de trabajo de parto.

19. A las 14:30 horas M3, Médico Ginecólogo Obstetra, anotó la ausencia de latido cardiaco fetal, y le diagnóstico preclamsia severa, por lo que determinó pasarla a la Unidad de Cuidados Intensivos para control de la presión arterial e inducción conducción de trabajo de parto, y a las 16:30 horas, M4 médico general, solicitó revaloración de Ginecología y Obstetricia.

20. A las 15:30 horas M5, Ginecólogo Obstetra la valoró y confirmó la preclamsia severa, observó sangrado, y sospechó desprendimiento de placenta, y determinó la práctica de cesárea de urgencia. La cirugía de cesárea, la realizó M5 y M6, Médicos Ginecólogos Obstetras, durante la cual V1 presentó hemorragia, por lo que fueron auxiliados por un médico especialista, quien ligó las arterias hipogástricas y practicó histerectomía subtotal, con un sangrado total de dos litros y medio de sangre, al concluir la cirugía, fue llevada a terapia intensiva, y se encontraba estable.

21. Durante el turno nocturno, personal médico solicitó se practicara a la víctima un estudio de gasometría, y solicitó hemoderivados, sin embargo, el primero no se realizó, y los segundos no fueron proporcionados, en el primer caso por no existir personal que manejara el gasómetro, y en el segundo por no tener disponibles en el Banco de Sangre de ese Hospital, ni en bancos de otras instituciones médicas. El 23 de septiembre de 2014, aproximadamente a las 04:30 horas, se les informó a los familiares que V1 presentó paro respiratorio, del cual fue reanimada, y a las 11:00 horas fue referida al Hospital Central, con sospecha de muerte cerebral, en donde, no obstante que la estabilizaron, a las 18:05 horas de 24 de ese mes y año, fue confirmado el fallecimiento.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

22. Cabe precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera concluido el Procedimiento Administrativo de Investigación 1, relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

23. Es importante señalar que la actuación de toda autoridad debe tener como objetivo principal el respeto, protección y garantía de los derechos humanos, por lo que esta Comisión Estatal hace hincapié en la necesidad de que los servidores públicos cumplan con el deber que les exige el cargo público, que lo realicen con la debida diligencia en el marco de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de que todas las autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

17

24. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo le compete indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios, velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancionen a los responsables de las violaciones cometidas.

25. En este contexto, atendiendo al interés superior de las víctimas del delito, y del abuso de poder reconocido en el derecho internacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1,2,3,4,5 y 6 y demás relativos de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, se emite la presente



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

recomendación favoreciendo en todo tiempo a las víctimas la protección más amplia que en derecho proceda.

26. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 1VQU-738/2014, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer, perteneciente a Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí, derivado de la inadecuada atención médica, así como de la integración del expediente clínico, en atención a las siguientes consideraciones:

27. Del expediente clínico se observó que V1 acudió en tres ocasiones al Hospital del Niño y la Mujer, relacionadas con su embarazo, la primera ocasión fue el 8 de septiembre de 2014 al cursar 36 semanas de gestación, por hipomotilidad fetal, esto es, sufrimiento fetal, y cefalea, se le diagnosticó enfermedad hipertensiva del embarazo, quedando pendiente la clasificación; la segunda, se llevó a cabo la mañana del 22 de septiembre de 2014, al cursar la semana 38 de gestación y presentar dolores de parto, se le dio alta y cita en 4 u 8 horas; y la tercera ocasión fue a las 12:50 horas de ese día, por continuar los dolores de parto.

18

28. El 8 de septiembre de 2014 V1, al cursar 36 semanas de gestación acudió al Hospital del Niño y la Mujer por encontrarle presión arterial elevada, al presentar datos de enfermedad hipertensiva del embarazo, además de hipomotilidad fetal, por lo que fue internada para realizarle estudios, con resultados de laboratorio y cifras tensionales normales, y se le citó para dar seguimiento en consulta externa. Además la cita para consulta externa se le dio en dos semanas, y no en una, como se estableció en la Opinión Médica del Colegio de la Profesión Médica, ello no obstante la disminución en la hemoglobina, y la hipertensión presentada, ello considerando que estaba en la semana 36 de gestación, y las posibles complicaciones que pudieran presentarse al momento del parto si continuaban dichos factores de riesgo.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

29. De acuerdo con la Guía Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, la enfermedad hipertensiva del embarazo es un factor de riesgo para resultados adversos del embarazo, la cual era necesario estratificar, pues existía el riesgo de desarrollar preclampsia.

30. Además de que la consulta externa se le dio en dos semanas, y no en una, como se mencionó en la Opinión del Colegio de la Profesión Médica, de que la consulta prenatal en el último mes de embarazo cada semana, y con mayor razón si se acompaña de factores de riesgo como anemia y preclampsia, ello en razón de que V1 presentaba disminución en la hemoglobina, hipertensión y 36 semanas de gestación, y que de persistir dichos factores de riesgo, pudieran presentar complicaciones en el parto.

19

31. El 22 de septiembre de 2014, V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer, por presentar dolores de parto, y de acuerdo a Protocolo de Evaluación Obstétrica, también llamado Triage Obstétrico M1 asentó que la paciente fue atendida, con un embarazo de 38 semanas de gestación, por presentar dolor supra púbico irradiado a dorso, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico con un fondo uterino de 31 cm, un centímetro de dilatación, 50% borramiento del cuello uterino y amnios íntegros, con tensión arterial de 138/92. Que se realizó registro cardiotocográfico sin estrés reactiva. La atención fue clasificada como código amarillo, y no obstante ello, la dio de alta y la citó en 4 u 8 horas.

32. AR1 al examinar a V1 encontró el signo de la presión arterial alta y clasificó su atención médica de urgencia con código amarillo, y la dio de alta, pasando por alto ese signo de alarma, máxime que se encontraba en la semana 38 de su embarazo, siendo el momento oportuno para clasificar la enfermedad hipertensiva del embarazo que le fue diagnosticada el 8 de ese mes y año, de conformidad con la Guía de Práctica Clínica Detección y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, así como establecer el tratamiento médico adecuado para su padecimiento.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

33. Que V1 regresó a su casa, y al continuar con dolores de parto, regresó al Hospital, en donde la atendieron debido a que se desmayó en la sala de espera. Lo que se corrobora con la historia clínica de ingreso a urgencias obstétricas, en la que se asentó que a las 13:00 horas del 22 de septiembre de 2014, presentó presión arterial de 130/90 y lipotimia, esto es, pérdida del conocimiento, y era paciente de alto riesgo.

34. Al respecto, cabe mencionar que en su primera revisión de 22 de septiembre de 2014, que fue a las 09:28 horas la paciente fue valorada y presentó 1 centímetro de dilatación y 50% de borramiento, y en la historia clínica elaborada a las 13:00 horas, por M2, presentó la misma dilatación, pero con un borramiento del 80%, es decir, en tres horas no hubo ningún cambio en la dilatación, pero si un cambio notable en el segundo, lo que fue pasado por alto por M2, pues si bien calificó el trabajo de parto como inicial, también lo es, que no valoró adecuadamente a V1, de acuerdo con la escala de Bishop.

20

35. La escala de Bishop es una herramienta utilizada en Ginecoobstetricia, que permite conocer la etapa del parto, establece que al presentar la paciente de 80% a 100% de borramiento, tiene más de 5 centímetros de dilatación, y en el caso presentó 1 centímetro, por lo que no coincidía, aunado a la enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar, persistiendo con código amarillo, y en cambio indicó egresarla del Área de Urgencias y pasarla al Área de Monitorización Materno Infantil, para vigilancia obstétrica, se le practicaran exámenes de laboratorio completos, se vigilara los signos vitales y frecuencia cardiaca fetal, y además determinó que el parto sería espontáneo, siendo omiso respecto al aumento de la presión arterial.

36. Por tanto, la escala de Bishop permite al médico para conocer si el cérvix es favorable para la inducción del trabajo de parto, y por lo tanto, la tasa para que sea exitoso, así como también monitorear clínicamente la evolución de éste y detectar en forma temprana alteraciones en el curso del mismo, en el caso no se llevó a cabo tal actividad, toda vez que en el partograma, sólo existe el registro de las



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2016 "Año de Rafael Nieto Compeán"

13:00 horas de M2, Especialista en Ginecología y Obstetricia, por lo que no hubo seguimiento de la evolución del trabajo de parto, sino hasta las 14:28 horas, que M2 anotó en el Triage Obstétrico que V1 continuaba con código amarillo y los movimientos fetales eran positivos, sin especificar la frecuencia cardiaca fetal.

37. No obstante que M2, en la historia clínica asentó que V1 ingresó al Área de Monitorización Materno Infantil, para vigilancia obstétrica, y se le practicara estudios de laboratorio y ultrasonido; también lo es, que de las 13:00 horas a las 14:30 horas, que M3, Médico Ginecóloga Obstetra, detectó el fallecimiento fetal y diagnóstico a V1 con preclamsia severa, no hay constancia de la vigilancia obstétrica, ni de la práctica del ultrasonido, y en consecuencia no hay registro de los signos vitales de V1, ni del bienestar de la salud fetal, así como de la evolución del trabajo de parto, ya que únicamente se realizaron estudios de laboratorio, entre ellos, estudio de muestra hemática.

21

38. Respecto al resultado del estudio de la muestra hemática, se observó la disminución de hemoglobina a 9.0 gm/dl, esto es, 2 gm/dl por debajo de lo recomendado en la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato, y no hay evidencia médica, de que se haya estabilizado a la paciente al nivel recomendado, que es de 11gm/dl.

39. Cabe mencionar que en el área de Monitorización Materno Infantil, y como médico responsable M2, no se realizó ultrasonido a la paciente, no fue vigilada, ni le fue registrada la tensión arterial, la dilatación, ni fue monitoreada continuamente, de las 13:00 horas a las 14:25 horas, ni tampoco fue monitoreado el bienestar fetal, ya que el único registro relacionado con el feto, es a las 13:00 horas en el que presentó frecuencia cardiaca de 142 latidos por minuto, y a las 15:26 horas en el ultrasonido se confirmó la ausencia del latido fetal.

40. En el dictamen de muerte perinatal del óbito de V1, expedido por el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Niño y la Mujer, dictaminó que el criterio



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

terapéutico fue incorrecto, que la muerte fue previsible por diagnóstico y para el hospital, además recomendó acuciosidad en la revisión de las pacientes, y apegarse a las guías de práctica clínica, y es de observarse que el fallecimiento fetal ocurrió al estar a cargo M2 y AM3, Médicos Ginecólogos Obstetras.

41. Ahora bien, en la nota de indicaciones médicas de las 14:30 horas de 22 de septiembre 2014, M3 calificó a V1 con preclamsia severa, y pasaría al Área de Cuidados Intensivos, para el control de la presión arterial, y para la inducción conducción del trabajo de parto, sin considerar que al valorarla en ese momento presentó 2 centímetros de dilatación y 80% del borramiento del cuello del útero, y que a las 9:28 horas que fue examinada por M1, y presentaba 1 centímetro de dilatación y 50% de borramiento, es decir, en cinco horas, la paciente dilató un centímetro, y por tanto existía la posibilidad de anormalidad en el mecanismo del parto, que interfería en la evolución fisiológica del mismo, además de no monitorear clínicamente la evolución del trabajo de parto y detectar en forma temprana alteraciones en el curso del mismo, pues en el Partograma no existe registro de M3.

22

42. Lo anterior, contraviene el Lineamiento Técnico denominado Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preclamsia/Eclampsia, emitido por la Secretaría de Salud, que establece que en pacientes con preclamsia severa, se debe medir la presión arterial cada 10 minutos, ser hospitalizada en terapia intensiva e interrumpir el embarazo, a través de la cirugía de cesárea, lo que en el caso no sucedió, toda vez que M3, la pasó al Área de Cuidados Intensivos, para la inducción-conducción del trabajo de parto.

43. Aunado a lo anterior, M3, Médico Ginecólogo Obstetra, para aprontar el trabajo de parto, a las 14:30 horas indicó la inducción-conducción del mismo, sin existir justificación por escrito, ni se realizó con la vigilancia especializada, y sin aplicar la norma institucional, incumpliendo con ello la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, vigente en ese tiempo, y que actualmente es la NOM-007-SSA2-

2016, denominada Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, y por tanto, se cometió violencia obstétrica en agravio de V1.

44. En este sentido, tampoco hay constancia de que M3 informó el plan de tratamiento a V1 y a los familiares de ésta, ni que aquélla o éstos hayan dado su consentimiento informado para que M3 realizara el tratamiento citado, pues si bien es cierto que en su nota médica asentó que lo explicó a los familiares, y que la pareja sentimental de V1 manifestó en su queja que en el Área de Urgencias, una doctora le dijo que el bebé no se movía, que realizaron un ultrasonido y se determinó muerte fetal, porque la preclamsia estaba muy avanzada; también lo es, que éste en ningún momento manifestó que la médico le explicó el tratamiento médico a seguir, ni hay constancia de que la pareja citada o que V1 hayan dado su consentimiento informado, vulnerándose con ello el derecho a la información en agravio de la paciente, y de los familiares de ésta, así como su derecho a dar su consentimiento informado.

23

45. En relación a la no vigilancia, es de observarse que de las 14:30 a las 16:00 horas V1 no fue vigilada, pues lo único que consta fue el ultrasonido, en el que se confirmó la muerte fetal, y no obstante que a las 16:00 horas el Licenciado en Enfermería asentó con una cruz que V1 presentó sangrado, M4, Médico, continuó con la inducción para el trabajo de parto, sin registrar en el Partograma los datos relativos a la evolución de éste, y sin valorar la nota de enfermería, en la que se asentó con una cruz que V1 presentó sangrado, ni solicitó interconsulta con Médico Ginecólogo Obstetra para la valoración de la paciente y del supuesto sangrado. De igual forma, no hay constancia médica de que el Licenciado en Enfermería haya informado a AR4 sobre el hallazgo del sangrado.

46. Posterior a las 16:20 horas, no hay registro de la evolución del trabajo de parto, ni el estado médico de la paciente, sino hasta a las 16:30 horas que M4, Médico, pidió la revaloración de V1 por parte de Ginecología y Obstetricia para la inductoconducción y manejo obstétrico.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

47. Es de observarse que a las 17:00 horas en la nota de enfermería se registró que V1 presentó tensión arterial de 134/75, y se asentó que el sangrado aumentó a dos cruces. No obstante lo anterior, no hay constancia médica de que el enfermero lo haya notificado a M4, ni que éste se haya percatado de ello y lo haya notificado al Servicio de Ginecología y Obstetricia, sino hasta las 17:40 horas que M5, Médico Ginecólogo Obstetra, revisó a V1, y confirmó la clasificación de la enfermedad hipertensiva del embarazo en preclamsia severa, y al observar sangrado oscuro moderado en la vagina, sospechó desprendimiento de placenta, y determinó practicar cesárea urgente.

48. Es de observarse que a partir de las 17:40 horas en relación al sangrado oscuro moderado, no hay registro de M5 de que la paciente haya continuado con ello, ni en qué proporción, por lo que se desconoce el grado de la hemorragia, toda vez que el segundo registro fue con dos cruces, sin asentar si se refería a hemorragia de grado II, así como de la zona de la cavidad de la que provenía la sangre, de igual forma M5 omitió asentar el plan de estudio y/o tratamiento urgentes a seguir, entre ello, la realización de una especuloscopia para determinar el origen y cantidad del sangrado y confirmarlo con ultrasonido, ello en cumplimiento a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.

49. En atención a ello, la paciente debió ser trasladada a Terapia Intensiva, para que en ésta fuera valorada por el médico internista-intensivista, en forma neurológica, hemodinámica y metabólicamente, quien a su vez se auxilia del Médico anesthesiólogo, quien tiene la función de la reanimación hemodinámica a través de varios insumos, entre ellos los hemoderivados, así como auxiliarse del Laboratorio y del médico ultrasonografista, quien entre otras funciones realiza el rastreo abdominal y pélvico, monitorea frecuencia cardiaca, el sitio de inserción placentaria y sus características morfológicas, lo cual no ocurrió, siendo llevada a quirófano para la práctica de la cesárea, por lo que dicha omisión es atribuida a M5, Médico Ginecólogo Obstetra.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

50. En la opinión médica también se estableció, que al no haber respuesta al choque hipovolémico se procederá al tratamiento quirúrgico de la hemorragia y tratar la coagulación intravascular diseminada, consistente en un trastorno grave en el cual las proteínas se vuelven demasiado activas, ésta como posibilidad mayor de antecedente de la preclamsia y el desprendimiento de la placenta previa a la expulsión del feto.

51. Sin embargo, en el particular, M5 no trasladó a la paciente a Terapia Intensiva para el tratamiento de la hemorragia y de la posible coagulación intravascular, sino que dio la indicación de pasarla a quirófano para la práctica de la cesárea, ello sin la previa estabilización de los signos vitales de la paciente, toda vez que al ingresar a quirófano, M7, Médico Anestesiólogo anotó a las 17:30 horas que V1 presentaba hipotensión arterial y taquicardia, y la evaluó como paciente que cursaba una enfermedad sistémica descompensada, omitiendo asentar la evaluación del riesgo anestésico, para establecer los cuidados anestésicos, o para interconsultar a otros especialistas.

52. Referente al plan de tratamiento, M7, el médico anestesiólogo determinó que sería bloqueo subaracnoideo y anestesia general, sin registrar en el expediente médico si el procedimiento quirúrgico requería ambas anestesias, incumpliendo con ello, lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología, en los numerales 8.1, 9.4.2 y 9.4.3.

53. El médico anestesiólogo también omitió recabar de V1 o de los familiares, la carta del consentimiento informado, previa información clara, veraz, suficiente y oportuna sobre los beneficios del plan anestésico propuesto, los riesgos y las complicaciones que con mayor frecuencia se relacionan con el procedimiento a realizar, incumpliendo con ello el artículo 8.2. de la Norma Oficial Mexicana citada en el párrafo anterior, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en su numeral 10.1.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

54. Es de observarse que a las 17:00 horas de 22 de septiembre de 2014, personal de enfermería registró que V1 presentó sangrado y lo anotó con dos cruces, y 40 minutos después fue revisada por M5, quien observó sangrado oscuro, y durante la operación cesárea, practicada por M5 y M6, ginecólogos obstetras, de acuerdo a la nota de registros quirúrgicos, durante la cirugía hubo sangrado activo, se extrajo el óbito femenino y se revisó la cavidad, se colocó balón de bakri, y al no haber respuesta, pidieron apoyo, acudiendo AR8, Jefe de Ginecología y Obstetricia, y en conjunto decidieron que se practicara otra cirugía, consistente en la ligadura de arterias hipogástricas.

55. De lo que se desprende que V1, además de presentar preclamsia severa se le agregó la complicación del desprendimiento preventivo de placenta normoinsera, complicaciones que no fueron atendidas debidamente durante la cirugía practicada por M5 y M6, de acuerdo a la Opinión Médica del Colegio de la Profesión Médica, en virtud de que en la cirugía primero iniciaron con la cesárea para extraer el producto obitado, y después continuaron con el tratamiento de la hemorragia, y al no cesar, solicitaron el apoyo de M8, Jefe de Ginecología y Obstetricia.

56. De lo que se desprende que M5 y M6, iniciaron con el último de los objetivos, referente a la extracción del óbito, y sólo hasta que ambas autoridades médicas revisaron la cavidad y observaron el sangrado activo, sin precisar cuál cavidad y en qué parte se localizaba el sangrado, ello para que procedieran al control efectivo del sangrado, intentaron solucionarlo con la sonda del balón obstétrico de bakri. Sin contar con evidencia de que los médicos localizaron el origen del sangrado, ni que hicieron uso de otras maniobras o procedimientos obstétricos para detener y controlar la hemorragia, ni se especificó si durante el aislamiento o ligadura de vasos sangrantes hubo una complicación, que ocasionara la hemorragia, pues únicamente se mencionó que ésta se encontraba en la cavidad y fue taponeada con la sonda obstétrica del balón bakri.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2016 "Año de Rafael Nieto Compeán"

57. Ahora bien, cuando la hemorragia no se resuelve con maniobras o procedimientos obstétricos quirúrgicos, y en casos muy calificados, se resuelve con cirugías mayores de histerectomía obstétrica y/o ligadura de arterias hipogástricas o ilíacas internas, en el caso, M5, M6 en conjunto con M8, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Niño y la Mujer, indicaron el procedimiento de la ligadura de las arterias hipogástricas, para lo cual pidieron el auxilio de un Médico Ginecólogo Oncólogo, quien practicó la cirugía de la ligadura de las arterias hipogástricas, y ante la presencia de otra complicación, consistente en la atonía uterina, que se refiere a la no contracción del útero, y a la mayor palidez de éste, poca respuesta a los uterotónicos y continuar con la sonda de balón de bakri, determinó realizar histerectomía abdominal.

27

58. De igual forma, el médico anesthesiólogo omitió elaborar la nota post-anestésica, toda vez que ésta fue firmada por otro médico anesthesiólogo, contraviniendo con ello lo establecido en el artículo 12.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología, que establece que esa nota la elaborará el médico que administró la anestesia, y en el caso la elaboró otro médico anesthesiólogo, y en el supuesto de relevo de médico anesthesiólogo, no hay evidencia médica de la sustitución protocolizada, a que se refiere los artículos 4.17 y 8.12 de la Norma referida.

59. Respecto a la cirugía para tratar la hemorragia y la atonía uterina, en la Opinión Médica se estableció que si el Hospital del Niño y de la Mujer no contaba con el recurso material y humano para llevarla a cabo, como en el caso, que se solicitó la presencia en el nosocomio del médico especialista ginecólogo oncólogo, V1 debió ser canalizada a un Hospital de Tercer Nivel, por lo que al tomar la decisión de continuar brindándole la atención médica en ese nosocomio, M5, M6 y M8 asumieron la responsabilidad de brindarle la atención adecuada y oportuna, lo cual no sucedió, en virtud de que al término de la cirugía, V1 egresó con choque hipovolémico por hemorragia obstétrica grado IV, y por tanto, en graves condiciones.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

60. Que a las 23:00 horas al ingresar a cuidados intensivos, un Médico solicitó estudio de gasometría, y a las 01:30 horas del 23 de septiembre de 2014, registró la gravedad de V1, toda vez que presentó manifestaciones de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, asociados a manifestaciones de hipovolemia, esto es, disminución de la sangre circulante, así como disminución del flujo sanguíneo renal y formación de coágulos sanguíneos, e indicó la transfusión de 2 paquetes globulares extras, y de concentrados plaquetarios.

61. Entre las 01:30 a las 03:30 horas, a V1 no se le transfundió los concentrados plaquetarios; y a las 03:30 horas, personal médico la registró como muy grave, al presentar deterioro progresivo clínico, inestabilidad hemodinámica, que la sangre ya no estaba llegando de forma suficiente a los órganos y había disociación entre máquina-paciente.

28

62. En este sentido, es de confirmarse, que desde las 01:30 horas del 23 de septiembre de 2014, que el médico asentó que se solicitarían concentrados plaquetarios, dicha situación no fue atendida oportunamente por quien debía cumplir dicha indicación, pues incluso la solicitud urgente de 20 concentrados plaquetarios y 5 crioprecipitados, si bien tiene fecha de 23 de septiembre, también lo es que a las 04:20 horas fue entregada, esto es, casi tres horas después de la indicación de la solicitud, y que lo requerido estaría disponible ese día.

63. También se mencionó en la nota de ingreso a cuidados intensivos que no había concentrados plaquetarios, y sin conceder, que haya sido por falta de personal, no hay constancia de que con anterioridad a este caso, se hayan tomado las acciones necesarias para que dicho Banco funcione en forma resolutive y eficaz, tal como se mencionó en la Opinión del Colegio de la Profesión Médica, lo que es indispensable en la calidad en la atención de la mujer embarazada, máxime que en ese nosocomio se determinó brindarle la atención médica requerida, incumpléndose con ello, la Norma Oficial Mexicana 253-SSA1-2912 Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

64. Que 10 minutos después, de haberse recibido la solicitud de los concentrados plaquetarios, la paciente se agravó, se sospechó acidosis metabólica descompensada e incremento del potasio en la sangre, secundarios a falla renal aguda, para lo cual se indicó un estudio de gasometría, mismo que no se le practicó, ya que a esa hora no funcionaba el gasómetro.

65. Al respecto, en la opinión médica del Colegio de la Profesión Médica, se mencionó que en el turno nocturno se solicitaron concentrados plaquetarios y gasometrías, y no se contó con el recurso, que en la atención de la mujer embarazada se debe contar con un Banco de Sangre realmente resolutivo y eficaz, lo que en el caso no ocurrió, situación que no fue considerada, ello aún y cuando desde horas antes se sospechó que la paciente presentó desprendimiento de placenta y que durante la cirugía practicada se le realizó una gasometría, por presentar bicarbonato bajo y fue transfundida con hemoderivados, y por tanto ameritaba posiblemente la realización de estudios de gasometrías y la aplicación de más hemoderivados.

29

66. Por lo que se omitió prever, que en el turno nocturno se contara con hemoderivados, y no hay evidencia indubitable de que se hayan tomado acciones eficaces para allegarse de éstos, así como también se omitió prever la existencia de los recursos necesarios para que se realizaran los estudios de gasometría requeridos.

67. Ahora bien, a las 5:30 horas de ese día 23 de septiembre de 2014, personal médico, a las 4:30 horas asentó que V1 presentó paro respiratorio reversible a los diez minutos, que estaba muy grave, reiteró que el gasómetro no funcionaba, e indicó entre otras cosas, la transfusión de un paquete globular, crioprecipitados, y que no había concentrados plaquetarios. A las 9:15 horas, M8 Jefe de Ginecología y Obstetricia, decidió su traslado al Hospital Central, donde fue recibida a las 10:35 horas, ya que continuaba en malas condiciones, de lo que se advierte que hubo retardo en tomar formalmente tal determinación, lo que contribuyó a que el estado de salud de V1 se agravara.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

68. Por lo que la práctica médica aplicada a V1 fue deficiente por inadecuado cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-007-2016 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, por falta de calidad de la atención, oportunidad de la misma, accesibilidad, a los resultados, calidez en la atención, y por omisión en la información que se proporciona al usuario y a sus familiares del servicio, oportunidad en la atención, concurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada, por lo que se requiere la valoración oportuna de las pacientes, por el personal médico, para realizar una adecuada valoración de la paciente y hacer uso de los elementos tecnológicos que existen en el hospital, lo cual no ocurrió en el presente caso.

30

69. En ese sentido, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto, entre la inadecuada atención médica de V1 y la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible al Hospital del Niño y la Mujer, y en relación a la opinión del Colegio de la Profesión Médica, en el sentido de que lo anterior fue debido a que la institución no cuenta con suficiente personal, entre ellos intensivistas, es decir, médicos especialistas en medicina de urgencia, para otorgar una consulta de calidad, y oportuna en tiempo para evitar complicaciones mayores; esta Institución no tiene elementos para determinar que esa es la razón, ya que la autoridad informante no lo manifestó, ni aportó documentación que lo corroborara, y en todo caso, ello es motivo de la investigación en el procedimiento administrativo respectivo.

70. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de ahí que todo ser humano tenga derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Además señalar como elementos esenciales e interrelacionados, la Disponibilidad, que consiste en crear la infraestructura de salud necesaria y se cuenten con medicamentos; Accesibilidad, que la



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

infraestructura de salud esté de acuerdo con la cultura y las prácticas de las comunidades; y la Calidad, que la infraestructura y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Esto último requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado y equipo hospitalario científicamente aprobados.

71. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes. En la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de todos los demás derechos humanos y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

31

72. Por otra parte, aunado a que no consideró la preclamsia como enfermedad, en relación a que V1 no fue vigilada adecuadamente, que no se realizaron los estudios necesarios para conocer la salud fetal, que la paciente fue obligada a tener un parto espontáneo, que no hubo dilatación adecuada, que la paciente presentó desprendimiento prematuro de placenta, que la cesárea fue determinada y practicada en forma tardía, que presentó hemorragia antes y durante la cesárea, que posterior a la cirugía no fue vigilada adecuadamente, que no se contó con el material y humano necesario para su atención, y que no fue derivada oportunamente a un Hospital de Tercer Nivel, e integración deficiente del expediente clínico, es de considerarse que se vulneró el derecho humano a la salud y a la vida de V1.

73. Respecto a las omisiones en la integración del expediente clínico, es aplicable la sentencia del Caso "Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador" de 22 de noviembre de 2007, emitida por la corte Interamericana de Derechos Humanos, párrafo 68, en la



cual se refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento, respecto de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlo y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

74. Cabe precisar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

32

75. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Contradicción de Tesis 239/2011, precisó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para México, con independencia de que haya sido o no parte del litigio; que esa fuerza vinculante se desprende del artículo 1 Constitucional, ya que el principio pro persona obliga a resolver atendiendo a la interpretación más favorable a la persona.

76. La jurisprudencia internacional sobre derechos humanos constituye un elemento que debe observarse para hacer más amplia la protección a los derechos de las víctimas, extender el alcance de los mismos, y para formar parte de un diálogo entre Corte y organismos defensores de derechos humanos, lo cual se inscribe en el marco de la protección más amplia y extensiva de los derechos en consonancia con lo que establece el artículo 1 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

77. Por tanto debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose la Opinión del Especialista del Colegio de la Profesión Médica, en el que se advierte que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la adecuada, oportuna y



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

completa que debería de corresponder, así como también considerando que en el dictamen de muerte perinatal se asentó que la muerte si fue previsible por diagnóstico y para el hospital, que las recomendaciones son vigilancia estrecha de las pacientes que acuden a urgencias, área de observación en urgencias, acusiocidad en la revisión de las pacientes, apearse a las guías de práctica clínica; y establecer normas para el manejo de las pacientes.

78. Asimismo, la actuación del personal médico a cargo del cuidado y atención médica de V1, fue inadecuada ya que en su calidad de garantes de la salud omitieron brindarle la atención correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 5 inciso A fracciones I y II, 14 fracción I, 23 fracción III, 51, 289 de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí; artículo 7 del Reglamento de la Ley Estatal de Salud, los cuales señalan que la atención materno infantil tienen carácter prioritario, que incluye la atención de la mujer en el embarazo y parto, que la atención médica debe ser expedita y de calidad, preferentemente para grupos vulnerables en los que se encuentran las mujeres en periodo de gestación.

33

79. En el caso, se dejaron de observar el contenido de los artículos 4 párrafos cuarto y octavo y 18 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 2 fracciones I, II y V, 3 fracciones II y IV, 23, 27 fracciones III, IV y X, 32, 33, 51, 61 fracciones I y II, 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido vigente en el tiempo en el que sucedieron los hechos, la cual fue sustituida por la NOM-007-SSA2-2016 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida; y NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

80. También se incumplió lo que señalan los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de



los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d) y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Numerales en síntesis, establecen el derecho a la vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

81. Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 56 fracción I de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí, que establece que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la deficiencia de ese servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

34

82. Por lo que respecta al pago de la reparación del daño, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1 párrafo tercero y 113 segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 7 de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, señalan la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, formule una recomendación que incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño.

83. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7 fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción I, 106, 110 fracción V inciso c), 11, 112, 126 fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos al derecho a la protección de la salud y a la vida de V1, se deberán

inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

84. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que la autoridad impulse la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en particular en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Expediente Clínico.

85. En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted Directora General de los Servicios de Salud, las siguientes:

35

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado en favor de los familiares de V1, o de quien acredite tener derecho, la cual incluya el tratamiento psicológico, y envíe a esta Comisión Estatal las constancias de cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas, previsto en la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, y proporcione la información que se le solicite y tenga a su alcance.

TERCERA. Gire sus instrucciones, a efecto de que se colabore en el procedimiento administrativo de investigación iniciado, en contra de los servidores públicos relacionados con los hechos de la presente Recomendación, respecto en la atención médica de V1, por las omisiones en la observancia de las Normas



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, colaborando de manera efectiva para proporcionar la información que se le requiera y tenga a su disposición.

CUARTA. Realice las gestiones necesarias ante quien corresponda para que el Hospital General del Niño y la Mujer cuenten con personal especializado en la Unidad de Cuidados Intensivos, para el funcionamiento del equipo médico, así mismo realice las acciones necesarias para que el Banco de Sangre funcione en forma resolutoria y eficaz, y en su oportunidad remita las constancias de su cumplimiento.

QUINTA. Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

36

SEXTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital del Niño y la Mujer, un Programa de Capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, sobre el expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y observen las guías de práctica clínica aplicables, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

86. La presente recomendación, de acuerdo con el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de hacer una declaración sobre los hechos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, de que se subsane la irregularidad cometida, y que las autoridades competentes, en el ámbito de sus atribuciones, apliquen las sanciones que correspondan.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

87. Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la recomendación, deberán informarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

88. Finalmente, con fundamento en los artículos 102 apartado B párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en caso de que la recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este Organismo Público, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado para que explique el motivo de su negativa.

37

EL PRESIDENTE

LIC. JORGE VEGA ARROYO