

Queja No. 95/2015-M.

Expediente núm.: **198/2013**

Quejosa: *****

Resolución: Recomendación núm.: 32/2015

Ciudad Victoria, Tamaulipas, a veintiséis de octubre de dos mil quince.

Visto para resolver el expediente número 198/2013 motivado por la ***** , en contra de actos presuntamente violatorios de derechos humanos, imputados a los doctores ***** , así como de personal del Hospital Civil de ***** , los cuales fueron calificados como Violación del Derecho a la Protección de la Salud; agotado que fue el procedimiento, este Organismo procede a emitir resolución tomando en consideración los siguientes:

ANTECEDENTES

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, radicó el 27 de octubre del 2013, la queja presentada por la **C. *******, quien denunció lo siguiente:

*“...1.- En el mes de septiembre del 2012, mi madre la señora ***** , tuvo una ligera protuberancia en el cuello, por lo que acudió posteriormente al ISSSTE y en el área de medicina interna, le detectan un Nódulo en el cuello, habiéndole solicitado un eco y pruebas de funcionamiento tiroideo, sin presentar datos de hipertiroidismo. 2.- Con la asesoría médica e intervención del ***** , y que era el médico de la familia, dado que en forma regular atendía y conocía su salud, siendo además internista del Hospital Civil ***** , decide intervenir quirúrgicamente del nódulo que presentaba en el cuello, operación que le había indicado no era de peligro, lo que después le confirmó el ***** . 3.- El Dr. ***** agendó el día 23 de noviembre del dos mil doce, sin estudios preoperatorios acordes al padecimiento, la hospitalización en área de distinción en cuarto separado número tres del Hospital Civil ***** , bajo el diagnóstico: Nódulo Tiroideo, programando la operación para el día 25 de noviembre del 2012. 4.- Mi madre se interna en el Hospital Civil en mención, a las 11:20 horas, del día 24 de noviembre del 2012, registrada administrativamente en el expediente ***** , con registro número ***** y a las 13:00 horas, inicia la información para integrar el expediente clínico. 5.- Es necesario señalar que mi madre ingresó en forma normal al Hospital en mención, y el día ya señalado, es recibida por las enfermeras: ***** , quienes señalaron el estado físico de mi*

madre en el expediente clínico, de donde se advierte 75 pulsaciones por minuto, temperatura 36.5 C.; presión arterial 120/80, con antecedente de alergia en polvo, asma crónica. 6.- Previos los estudios ordenados y analizados por el profesional de la medicina en mención: *****; éste informó a la paciente y a los parientes más cercanos como son su hijo: *****; su esposo: ***** y a la suscrita, que únicamente se le extraería el nódulo y se enviaría a Patología para su análisis. Sin que se haya realizado una adecuada valoración preoperatoria, ni con electrocardiograma, tampoco radiografía de Tórax, estudios que son necesarios por el tipo de cirugía planeada. Igualmente los médicos participantes no realizaron una Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) con el propósito de evaluar el padecimiento. El día 24 de noviembre del 2012, a las 18:00 horas aproximadamente, en el área de Cirugía del Hospital ya mencionado, el cirujano *****; señala como antecedentes la alergia a polvos y cambio de temperatura y que planea realizar hemitiroidectomía con BTO, evaluando a la paciente con tensión arterial 110/70. Temperatura 36.5, o sea, signos estables y normales; estado de salud que es confirmado el mismo día en el área de medicina interna, al advertir el médico tratante que la paciente se encuentra tranquila, consciente, bien orientada, con tensión arterial 110/70, **con ASA II-III**, (es decir, con riesgo operatorio) sin que se señale en dicha nota médica la hora y el nombre del doctor, en franca violación a la NORMA OFICIAL MEXICANA 168 "DEL EXPEDIENTE CLINICO", norma de fecha 14 de septiembre de 1999, y publicada en el Diario Oficial de la Federación 30 de septiembre de 1999. 7.- En el Hospital Civil de *****; obra el expediente clínico a nombre de mi madre, controlado bajo el número *****; con número de Registro *****; por lo que en los términos del artículo 248 del Ordenamiento Procesal Civil vigente en el Estado de Tamaulipas, **deberá solicitarse al Director de la Institución Médica en mención, remita el original del expediente Clínico de *****.**8.- Los profesionales de la medicina y las enfermeras que intervinieron en el tratamiento, operación y evolución de la paciente ya citada, son: ***** como Médico Cirujano, ***** como Anestésista; ***** como médico internista de la paciente; siendo atendida además como médico de turno (internista) por el ***** y por las enfermeras: *****; atención médica que fue prestada de manera deficiente, como se señala más adelante por las omisiones en que incurrieron, cuya responsabilidad objetiva es del Instituto de Seguridad Social, al ser los profesionales de la medicina trabajadores de dicho instituto de seguridad social. 9.- El día 25 de noviembre del 2012, a las 10:00 horas, en la nota pre anestésica del expediente clínico, el ***** señala los antecedentes de alergia de la paciente, y en la exploración física asienta que se encuentra consciente, bien hidratada, estableciendo riesgo de la **operación: ASA II, (E-B)** dicha valoración preoperatoria grado II y III, como fue evaluada en medicina interna indican condiciones inadecuadas o especiales para ser sometido a intervención quirúrgica electiva en la forma en que fue planeada o bien, en su caso, se debió poner especial atención a la evolución postoperatoria en el área de terapia intensiva, dadas las condiciones mencionadas, lo que

tampoco hicieron los doctores responsables, dado que solo duró una hora en el área de recuperación de las 14:00 a las 15:00 horas del día 25 de noviembre, pasándola al cuarto número tres de dicho hospital, en donde la atención es diversa a la que tienen en terapia intensiva. Además se advierte alteraciones en el expediente de hemoglobina, lo que implica una llamada de atención que incide en la evaluación para la intervención quirúrgica de mi madre, lo que tampoco fue considerado por los doctores que participaron en la operación del nódulo de la paciente *****. La paciente fue trasladada al quirófano del Hospital Civil de ***** a las 10:30 horas del día 25 de noviembre del 2012, para su operación, bajo la responsabilidad de la enfermera ***** y bajo las órdenes del Cirujano *****, Anestesiólogo ***** del médico ***** y la enfermera ***** con información de que no existía reporte de complicaciones. Aproximadamente a las 11:25 horas, se inicia la operación bajo la intervención del Cirujano ***** quien extrae el nódulo, y me lo entrega para que la suscrita junto con el esposo de mi madre ***** lo lleváramos a la Patóloga ***** al Hospital General, donde nos lo recibió la asistente de la Patóloga (un poco antes de las 14 horas), y que, una vez analizado, dicha Doctora se comunicaría vía telefónica con el cirujano ***** quien se encontraba en ese momento en el quirófano a cargo de la operación de mi señora madre; lo que así aconteció pues hoy sabemos, la Doctora ***** se comunicó con el cirujano y le informó que el nódulo no era canceroso, y con diagnóstico: Nódulo Tiroideo; Adenoma folicular de tiroides con degeneración quística; y con esa información el cirujano procedió a cerrar la operación. En la nota operatoria de las 14:00 (catorce horas) del día 25 de noviembre del año 2012, el ***** asienta: Dx Preoperatorio: Nódulo Tiroideo der. y Postoperatorio: Adenoides Folicular con Degeneración Quística; operación efectuada: Hemitiroidectomía con BTO, hallazgos: lóbulo tiroideo der. a crecimiento difuso de aprox. 10x6 cms. Sale extubada sin complicaciones, datos que confirma en el registro de operación, en donde además se asienta que el tipo de anestesia es general y que se realiza laringoscopia directa sin complicaciones. El doctor ***** en las notas médicas de las 14:00 horas del día 25 de noviembre del 2012, asienta en el punto 7: "...vigilar datos de insuficiencia respiratoria...". Mi madre sale del quirófano aproximadamente a las 14:00 horas, la pasan a sala de recuperación. El anestesista ***** señala en la nota postanestésica, de las 14:30 horas del día 25 de noviembre del 2012, asienta que se realiza hemitiroidectomía con biopsia trips operatoria, con signos vitales estables, emersión y extubación normal sin incidentes, se revisa cuerdas vocales mediante laringoscopia funcionando adecuadamente, pasa a sala de recuperación ya consciente, con signos vitales estables. Tensión Arterial 140/70. Al señor ***** esposo de mi madre, a la suscrita y demás familiares de la paciente que estábamos afuera del quirófano, nos avisaron aproximadamente a las 14:40 horas de ese día 25 de noviembre, que no era cancerígeno el nódulo. El mismo médico ***** en la nota de las 15:00 horas, asienta en el expediente clínico que la paciente pasa de la Sala de Recuperación a su cuarto de

hospitalización consciente con signos vitales estables, sin datos de sangrado. **11.-** Aproximadamente a las 15:00 (quince) horas del día 25 de noviembre del 2012, pasan a la paciente al cuarto de hospitalización número tres, en forma consciente. En dicho cuarto es recibida por la enfermera ***** , con la anotación en la nota médica de vigilar datos de insuficiencia respiratoria, signos vitales en cifras normales; retirándose los doctores que intervinieron en la operación de mi madre, no volvieron a atender a mi señora madre, sino hasta las 19:45 horas del día referido, lo que en si mismo constituye otra omisión de atención médica eficiente y adecuada. **12.-** A las 15:40 horas del día en mención, mi madre se quejó de intenso dolor de cabeza y presentó problemas de respiración; por lo que la suscrita y mi hermano ***** , así como el señor ***** , nos comunicamos vía telefónica utilizando el teléfono celular de mi madre ***** cuyo número es [...] al número celular: [...], que es el número telefónico del Doctor ***** , quien solamente se limitó a dar indicaciones a la enfermera ***** de que se le aplicaran analgésico. Ello fue así, que dicha enfermera asentó en la nota médica (la evolución-hoja de enfermería) de la paciente, cefalea intensa. **13.-** Siendo las 16:12 horas del día indicado, al ver que mi madre continuaba quejándose de las molestias ya mencionadas, nuevamente vía telefónica y utilizando el teléfono celular de mi madre ***** cuyo número es el [...], llamé al número celular antes referido del Doctor ***** , quien atendió a la llamada y me pidió que pusiera al teléfono a la enfermera de turno, que no recuerdo su nombre pero que obra en el expediente clínico, a quien le dio instrucciones y quien nos comentó que el Doctor le pidió que cambiara gasas y le diera a la paciente anti inflamatorio, asentando en la nota médica de las 17:00 horas de la hoja de enfermería, la C. ***** que la paciente drena regular cantidad de líquido hemático. **14.-** El tiempo transcurría y no cedía el dolor y molestias de mi madre, a las 19:00 horas presenta edema en cuello y estridor laríngeo, en todo ese lapso ninguno de los médicos acudió a su atención postoperatoria. A las 19:15 horas al aumentar el dolor y sufrimiento de mi madre, con opresión en el cuello y aumento de la dificultad para respirar, de nueva cuenta vía telefónica mi hermano ***** , del celular de mi padre número [...] se comunicó con el ***** , al número celular del médico, quien sin acudir al Hospital, sólo se limitó a dar más indicaciones a la enfermera ***** a efecto de que mi madre ***** fuese valorada por el médico interno del hospital ***** , quien al ver a mi madre, se sorprendió del estado de salud de la paciente, y ante nuestra desesperación, no pudo o no supo dar el auxilio de emergencia que mi madre requería, no sabía qué hacer, corría de un lugar a otro (con mi madre todavía en la camilla y a la vista de los familiares), sólo se concretó a decirle a la señora ***** (hoy finada) que estuviera tranquila, que no se desesperara, que en un rato más llegaría el médico para revisarla; mientras la paciente con su tono de voz cada vez más disminuido a causa de la inflamación que presentaba en el cuello donde le realizaron la operación quirúrgica, solicitaba al médico internista que por favor ya la atendiera, situación que nos causó gran indignación a los familiares

presentes, quienes le pedíamos que actuara inmediatamente, pero el internista no salía de su asombro y nerviosismo. Fue en ese momento en que mi hermano *****, le exigió enérgicamente que auxiliara a nuestra madre. Asimismo es necesario precisar que mi hermano ***** a las 19:20 horas del día 25 de noviembre, llamó telefónicamente al teléfono celular número [...], del Doctor *****, solicitándole que acudiera personalmente a atender a mi madre, el número de teléfono se lo proporcionó el doctor *****, a las 19:24 mi hermano ***** le volvió a llamar al Dr. *****, quien manifestó que ya venían los médicos a atender a mi madre. **15.-** Aproximadamente a las 19:30 horas del día en mención, el Doctor *****, nuevamente vía telefónica le da indicación a la Enfermera *****, que pase a quirófano a la paciente. No obstante que se agudiza la insuficiencia respiratoria, estridor laríngeo, no la pasan al quirófano y solo es observada (literal), a esa hora, únicamente por el médico de guardia del Hospital, el referido doctor *****, quien ante el ruego y la insistencia de los familiares de la paciente y en especial de mi hermano *****, de que hiciera algo más por la salud de mi madre, el doctor ***** realiza intubación en el cuarto de la paciente. Asimismo, mi hermano insiste de su celular vía telefónica al Doctor *****, a las 19:36 horas, del día en mención, que se sigue complicando en grado extremo la salud de mi madre ante la mirada atónita de sus familiares. Igualmente y ante la gravedad de salud de la paciente, mi hermano le vuelve a llamar de su celular al teléfono ya referido al doctor ***** a las 19:40 horas. Es pertinente aclarar que acorde la NOM de la materia, no se cuenta con área, equipo médico ni apoyo de diversos profesionistas para la atención y práctica de extubación y/o intubación. **16.-** A las 19:45 horas del día antes señalado, el *****, traslada a la paciente a quirófano, falleciendo a las 21:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. Las enfermeras que estaban en el quirófano son ***** y *****, quienes son trabajadoras de dicha Institución. A las 19:45 horas del día en mención según **NOTA MEDICA DE ENFERMERÍA**, la enfermera *****, "...inicia cirugía retirando suturas de cuello y exploración quirúrgica, drenando escasos coagulos, presenta bradicardia severa, realizan maniobras de RCP. SIMULTANEAMENTE SE REALIZA TRAQUEOSTOMIA... para al sig. Turno 20:35..."; la enfermera ***** asienta en la nota de evolución: "... recibo paciente con bradicardia severa bajo maniobras de RCP cayendo en asistolia, por lo que se declara en fallecimiento a las 21:35 ...". **17.-** Es necesario aclarar que no obstante que la intervención quirúrgica programada de nódulo tiroideo, en el momento de su ingreso al hospital civil de esta ciudad, la paciente no contaba con los análisis clínicos de laboratorio preoperatorios completos, ni Electrocardiograma, ni radiografía de Tórax. En virtud de que se reportó ASA (valor DE RIESGO preoperatorio) grado II-III, por el Doctor de Medicina Interna, lo que implica que se está en presencia de un paciente en condiciones inestables para ser sometido a intervención quirúrgica electiva o de atención especial en la evolución postoperatorio, lo que no fue advertido por los doctores que participaron en el diagnóstico y pronóstico de la operación planeada para el 24 de noviembre del año próximo pasado.

Asimismo en las constancias documentales del expediente clínico se advierte de la existencia de alteraciones en el expediente de hemoglobina en el análisis clínico de laboratorio del hospital, lo que significa médicamente que dicha circunstancia es una incidencia o alerta médica preoperatorio que resultaba necesario ser atendido antes de la intervención quirúrgica; lo que tampoco fue observado y ni advertido por los médicos que participaron en la operación de mi señora madre. De las notas del expediente clínico de la hoja de enfermera elaborado por la Lic. en Enfermería *****, se advierte que la atención médica fue displicente, negligente, inadecuadamente atendida existiendo una mala praxis médica, dado que no advirtieron cinco síntomas que presentó la paciente en su evolución y que requerían una atención personalizada de la misma, lo que dejaron de hacer los profesionales de la medicina: a) Insuficiencia Respiratoria; desde las 14:00 horas, según indicación del doctor ***** en el expediente clínico; b) Vigilancia de Insuficiencia Respiratoria; a la hora que pasa al cuarto 3 del hospital, donde es atendida por la Enfermera *****; c) Cefalea (dolor intenso de cabeza); desde las 16:00 horas según hoja de la enfermera ***** que se advierte del expediente clínico; d) Edema de cuello; a las 17:00 horas según se observa de la hoja de enfermería de la enfermera mencionada; e) Disnea de reposo; a las 18:00 horas, lo que se advierte de Notas de Trabajo Médico Social, en donde se asienta dicha circunstancia que confirma la insuficiencia respiratoria en estado de reposo de la paciente; f) Estridor Laríngeo e incremento de Edema en cuello, a las 19:00 horas según hoja de la enfermería a la que se ha hecho mención; circunstancias de salud, que se encuentra debidamente justificada de acuerdo al expediente clínico de mi señora madre y que desde este momento solicito se requiera a la autoridad administrativa competente para que exhiba la original; expediente de donde se advierte que ni las enfermeras de turno del día 25 de noviembre de las tres de la tarde a las 19:45 horas ni los profesionales de la medicina responsables advirtieron las señales que el organismo de mi madre manifestó requiriendo una atención adecuada y oportuna, lo que dejaron de hacer dichas personas. Omisión de asentar el nombre del profesional de la medicina que actúa en el expediente clínico en el área de medicina interna, en donde no se asienta el nombre ni la hora en la nota médica del día 24 de noviembre del 2012; así como la nota médica (trabajo médico social) de fecha 25 de noviembre a las 18:00 horas en donde solo aparece una firma; con lo que se vuelve reiterativa la violación al llenado del expediente clínico de la paciente *****, con lo que se conculca además una infracción a la NOM 168 SSA 1-1998, relativo al expediente clínico y que se encontraba en vigor en el momento de los hechos, dada la entrada en vigor de la nueva norma oficial del expediente clínico. Resulta necesario precisar que durante el lapso de entre las 15:00 (quince horas) y las 19:45 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, los médicos que participaron en la operación de mi madre, fueron omisos en presentarse a atender en forma personal y seguir su evolución después de la operación, dando solo indicaciones por teléfono, por lo que dicha omisión es un hecho

objetivo y constituye la más grave de las negligencias en la atención del servicio médico, lo que indudablemente incidió en el fallecimiento de mi sagrada madre, circunstancia objetiva que debió de cuidar la institución y al no hacerlo o prestar inadecuadamente el servicio incurre en responsabilidad objetiva, al ser los médicos y enfermeras mencionados trabajadores del Hospital Civil *****, de la OPD de Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas. **18.-** El cuidado post operatorio es importante para seguir la evolución de la paciente, a fin de que reciba la atención de los profesionales de la medicina, siendo omisos dichos médicos, así como la Institución de prestar el servicio oportuno, pertinente y adecuado, lo que finalmente generó como consecuencia al deceso de mi madre; y ello es así, pues era necesario que recibiera el auxilio rápido y adecuado para lograr estabilizar sus signos vitales, pues mi madre se debatía entre la vida y la muerte ante la falta de oxigenación y ninguno de los médicos a que se ha hecho referencia se encontraba presente en el Hospital Civil de *****, para darle la atención idónea y, el único médico que se encontraba en el Hospital a las 19:30 horas: el *****, no reaccionó adecuadamente ante el impacto de la situación en que se encontraba mi madre de insuficiencia respiratoria, dado que no supo darle la atención pertinente, ya que corría de un lado a otro, entraba y salía al cuarto tres, sin realizar ninguna acción para lograr estabilizar y reanimar a la paciente, simplemente no sabía qué hacer. Tan es así que ordenó a las enfermeras de turno; le ayudaran a trasladar a la paciente al área de quirófano, y ya en el pasillo junto, con las enfermeras: ***** y *****, y en presencia mía, así como de mi hermano *****, del esposo de mi madre el señor *****, y de otros familiares de la paciente, se arrepintió y decidió regresarla a su habitación, mientras mi madre se iba desvaneciendo por la falta de oxigenación. Durante la complicación médica de mi madre, ningún médico que intervino en la operación la atendió, sólo las enfermeras de turno y el doctor ***** la vieron (literal) pero sin lograr su estabilidad; lo que es un hecho objetivo, ilícito civil relativo a la omisión de la atención médica de los profesionales de la medicina en mención, que es la mayor de las negligencias médicas, el no estar al pendiente de la paciente y de su evolución post-operatoria, por lo menos las veinticuatro horas siguientes; acto ilícito que tuvo como efecto el fallecimiento de mi señora madre. Independientemente de la omisión de la atención adecuada de los profesionales de la medicina y de las enfermeras ya mencionadas, resulta importante asentar que acorde la norma oficial mexicana, el hospital que se demanda, no cuenta con área, equipamiento del hospital y consultorios de atención médica especializada, lo que incide en la prestación del servicio médico y la responsabilidad institucional, dado que además de ello, debe contar con equipo médico y de apoyo que tengan oportunidad de realizar su función en forma adecuada. Ello es así, ya que el hospital no cuenta con instalación adecuada para realizar adecuadamente una intubación orotraqueal, ni el material básico para la intubación orotraqueal. Resulta pertinente establecer que no se informó a los parientes de la paciente *****, sobre la autopsia, dado que los médicos que intervinieron, únicamente a las 21:45

horas, informaron del fallecimiento y no supimos nada de ellos, sin embargo en el acta de defunción de mi madre, se advierte del tipo de defunción como muerte natural y la causa de la misma EDEMA LARINGO TRAQUEAL (a las 2:30 horas según certificado de defunción/hoja de hospitalización), POSTOPERADA DE TUMOR TIROIDES (a las 7:30 horas según certificado de defunción/hoja de hospitalización); y en el expediente y en la hoja de hospitalización se advierte como afección de la paciente el shock anafiláctico, es decir, un choque alérgico; existiendo una evidente contradicción en el señalamiento de la causa de la muerte de mi madre, motivo por el cual se demanda la declaración judicial de la causa de la muerte. En tales circunstancias desde este momento impugno para todos los efectos legales, por no corresponder a la realidad, dadas las circunstancias particulares a que se ha hecho mención, la causa de defunción de mi madre que aparece en el acta de defunción. Es necesario mencionar que de los hechos que se narran son testigos los señores ***** y ***** , así como las propias enfermeras que en ese momento presenciaron la negligencia y ausencia de los médicos participantes de la operación y del internista en turno *****. En la evolución post operatoria, mi madre la señora ***** , presentó los siguientes síntomas que reflejan la falta de atención médica inmediata, adecuada y pertinente, dado que los doctores tratantes no la atendieron personalmente durante 4:44 horas, conforme a la siguiente: CRONOLOGÍA DE LA ATENCIÓN MÉDICA POSTOPERATORIA [...]. **19.** Con fecha 11 de septiembre del año en curso, se denunciaron los hechos en mención ante la Agencia del Ministerio Público Investigador del Primer Distrito Judicial en el Estado, habiéndose turnado a la Agencia Sexta de Combate al Rezago, la cual radicó bajo el número ***** , habiéndose presentado con fecha 12 de septiembre de la presente anualidad la declaración testimonial de ***** y de ***** , lo que se justifica con la prueba documental pública que se anexa a la presente. Asimismo se ejercitó el derecho de acción por Responsabilidad Civil por indemnización y reparación del daño moral, el cual se tramita bajo el número ***** , ante el Juez Primero de Primera Instancia del Ramo Civil del Primer Distrito Judicial en el Estado y se encuentra actualmente en la fase expositiva. Por otra parte, también se ejercitó la Responsabilidad Objetiva del Hospital Civil de esta ciudad, con base en el derecho que me otorga la Constitución Federal, la local y la Ley de Responsabilidad del Estado, el cual se encuentra en la primera fase, sin que se haya confeccionado todavía la relación procesal. **20.-** El fallecimiento de mi madre el día 25 de noviembre del 2012, en el Hospital Civil de ***** , generó en el seno de la familia integrada por el cónyuge supérstite: ***** , por mi hermano ***** y la suscrita, diversos daños directos, no solo materiales, al erogarse diversos gastos médicos y funerarios sino de índole inmaterial, como lo es el daño moral, que incide en el fuero interno de la familia, pues lacera sentimientos de honor, dignidad, afecciones espirituales diversas y trastoca los llamados derechos de la personalidad, que de acuerdo al criterio de la Corte derivan de la interpretación pro homine en beneficio de las personas, del artículo

primero de la Carta Magna, dado que son derechos sustanciales de las personas. La presente denuncia y/o queja es motivada, esencialmente por dos circunstancias, por una parte, de acuerdo a la norma oficial mexicana que regula las actividades médicas, el Hospital Civil de *****; presenta deficiencias, al no contar con área, equipo médico ni apoyo de diversos profesionistas para la atención y práctica de extubación y/o intubación, que fue requerida a las 19:30 horas del día 25 de noviembre del año en curso, lo que incidió en la evolución de la salud de la paciente y por otra parte, es un hecho objetivo que se deriva en principio del expediente clínico que obra en el Hospital Civil de *****; lo que se demuestra con las declaraciones testimoniales vertidas ante la Representación Social el día 10 de septiembre del año en curso por los otros integrantes de la familia ***** y *****; quienes describieron de manera precisa la conducta negligente por parte del médico internista en turno, así como la indiferencia y omisiones graves por parte de los médicos que estuvieron al cargo de la operación y que debieron dar los cuidados post-operatorios adecuados a mi madre en el Hospital Civil de *****; el día 25 de noviembre del año próximo pasado; obrar médico que trastoca la normatividad vigente en el momento en que sucedieron los hechos y que establece las obligaciones de los doctores en la atención médica, el derecho a la salud contenido en los artículos 1, 4, 133 de la Carga Magna y 1, 2, 23, 24, 27, 28, 29, 33 y demás relativos de la Ley General de Salud, en relación con los numerales 8 y 10 de la NOM -168-SSA 1-1998 de expediente clínico y 12 de la Nom -170-SSA1-1998 para la práctica de Anestesiología (lineamientos para el cuidado post-anestésico). Omisiones graves y actitud negligente que incidieron en la muerte de mi madre el mismo día en que fue operada, y que afectó los derechos de la personalidad consistentes en los sentimientos, afectos a la principal integrante de la familia y en consecuencia, existe una relación de causalidad entre la omisión médica y el daño moral generado por la muerte de mi madre. **21.** En virtud de que las omisiones y negligencias graves en la atención médica los días 24 y 25 de noviembre del año pasado, generó la muerte de mi madre; es por lo que se denuncian hechos que en mi concepto generan la violación de los derechos humanos, en especial del derecho a la salud y atención eficiente de mi madre. **22.-** Ahora bien, es necesario aclarar que la presente queja y/o denuncia en contra del Hospital civil de *****; deriva de la atención deficiente en la prestación del servicio generada por trabajadores de dicho hospital, al ser omiso en la vigilancia post operatoria en el lapso de las quince a las 19:44 horas, instalaciones y áreas adecuadas a la prestación del servicio médico, equipo médico ni de apoyo de diversos profesionistas que tengan la oportunidad, ni de material básico para una intubación orotraqueal y la falta de disponibilidad de equipamiento y del material, y porque sufrimos un daño con la pérdida de la vida de mi madre, como consecuencia de la actividad administrativa irregular de los servidores públicos a que se ha hecho referencia, circunstancias que incidieron en la atención médica deficiente e irregular a la paciente *****. **Petición Especial.** Con fundamento en el artículo 4 y 29 fracción IV de la Ley de la

Comisión de Derechos Humanos, en virtud de que no tengo a mi alcance el documento original fundatorio de la acción que ejercita, solicito se requiera al Director del Hospital Civil de *****, para que exhiba el original del expediente clínico de la paciente ***** o bien, una copia fotostática certificada. A fin de justificar fehacientemente las llamadas que se realizaron del teléfono [...], propiedad de mi madre ***** y del número [...], propiedad de mi padre *****, solicito se pidan a la empresa ***** las facturas del mes de diciembre y noviembre del 2012, respectivamente, que contengan las llamadas efectuadas de dicho número el día 25 de noviembre del 2012, así como a nombre de quien aparece el teléfono celular número: [...] y el celular: [...]. Se exhiben copias fotostáticas de las pruebas documentales consistentes en: a).- Recibo de factura del 10 de diciembre del 2012, que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...], propiedad de la señora *****; el cual contiene en el apartado "Detalle de Servicio Nacionales" las llamadas efectuadas al teléfono del doctor *****, cuyo número de celular ya fue mencionado; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se le hicieron donde se le manifestó telefónicamente, en varias ocasiones, sobre el estado de salud de mi madre el día de la operación: 25 de noviembre del año próximo pasado. b).- Recibo de factura de noviembre del 2012, que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...] a nombre de mi padre *****, el cual contiene en el apartado "Detalle de Servicio Nacionales" las llamadas efectuadas a los teléfonos de los doctores ***** y Dr. *****, cuyos números de celular ya fueron mencionados; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se les hicieron para que atendieran a mi señora madre el día de la operación: 25 de noviembre del año próximo pasado. **PRUEBAS.** Con fundamento en el artículo de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y el numeral del Reglamento, me permito ofrecer los siguientes elementos de convicción, cuyo objeto es justificar todos y cada uno de los hechos de la presente demanda, en especial que se violó el derecho humano a la salud, en la atención médica de mi madre, el cual es imputable a los servidores públicos del ente público derivada de su actuación administrativa irregular, generada por no tener las instalaciones y equipamientos médicos adecuados, y la omisión de atención de más de cuatro horas por parte de los doctores que operaron a mi señora madre y que existe una relación de causalidad entre la actuación administrativa irregular y el daño producido y las deficiencias. **1.- DOCUMENTALES PÚBLICAS Y PRIVADAS** que se hacen consistir en los diversos documentos que anexo a la presente denuncia, relativos a nombramiento de albacea y el control de llamadas de los teléfonos precisados en los escritos de demanda, documentales que por su propia y especial naturaleza se tiene por desahogada. El objeto de dichas probanzas es justificar mi personalidad y las llamadas telefónicas que se generaron en los números citados con antelación. **2.- CONFESIONAL** que deberá de resolver el Director General del Hospital Civil de *****, con domicilio en *****, quien deberá bajo protesta de decir verdad, declarar conforme a las posiciones que se le formulan, quedando

pendiente fijar la fecha de la diligencia hasta en tanto se exhiba el sobre que las contenga. **3.- TESTIMONIAL** de los doctores *****, *****, ***** y *****, a quienes se les deberá de notificar en su centro de trabajo que deberán de comparecer el día y hora que se señale para que declaren conforme al interrogatorio que exhibiré en el momento oportuno, pliego de preguntas que se deberá de poner a la vista de la parte contraria a fin de que tenga conocimiento de la misma y pueda formular las repreguntas que en derecho procedan. **4.- TESTIMONIAL** a cargo de las enfermeras *****, *****, *****, *****, ***** y *****; a quienes se les deberá de notificar en su centro de trabajo que deberán de comparecer el día y hora que se señale para que declaren conforme al interrogatorio que exhibiré en el momento oportuno, pliego de preguntas que se deberá de poner a la vista de la parte contraria a fin de que tenga conocimiento de la misma y pueda formular las repreguntas que en derecho procedan.- **5.- TESTIMONIAL** a cargo de los señores ***** y *****, a quienes presentaré ante esta Comisión Estatal de Derechos, el día y hora que se señale, quienes deberán de declarar conforme al interrogatorio que presentaré para tal efecto, y cuyo objeto es justificar los hechos de la denuncia de hechos. **4.- PERICIAL** a cargo de *****, con cédula profesional número ***** y cédula de especialista *****, a quien presentaré para que manifieste si acepta el cargo y proteste y quien deberá de resolver, con vista en el expediente clínico de la paciente *****, si existe posibles fallas, carencias u omisiones en el tratamiento pre y posoperatorio, de la paciente en mención y si existe actuación administrativa irregular en dicha atención y si el hospital civil cuenta con las instalaciones adecuadas y equipo médico adecuado y pertinente en la atención y aplicación de intubación orotraqueal y para la realización de una traqueostomía de urgencia del hospital civil de *****, debiéndosele de dar vista a la parte contraria por si desea agregar alguna interrogante o ampliar el cuestionario y además el derecho que tiene de designar perito. **5.- INFORME DE AUTORIDAD** que deberán de rendir la Agente del Ministerio Público de Combate al Rezago a fin de que manifieste si tiene registrado el expediente ***** en la Agencia del Ministerio Público actuante y remita copia fotostática certificada de dicha averiguación previa. **6.- Informe de autoridad** que deberá rendir el Juez Primero de Primera Instancia del Ramo Civil del Primer Distrito Judicial en el Estado, a fin de que manifieste si tiene registrado juicio sumario civil de responsabilidad civil en contra de los doctores *****, *****, ***** y ***** y remita copia fotostática certificada de las constancias procesales que integran el expediente *****. **7.- INFORME** del Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas, a fin de que manifieste si fue presentado juicio de responsabilidad objetiva en contra del Hospital Civil de *****. **8.- INFORME** de la empresa ***** las facturas del mes de diciembre y noviembre del 2012, respectivamente, que contengan las llamadas efectuadas de dicho número el día 25 de noviembre del 2012, así como a nombre de quien parece el teléfono celular número: [...] y el celular: [...]; a fin de justificar fehacientemente las llamadas que se realizaron del teléfono [...], propiedad de mi madre ***** y del número [...], propiedad de mi

padre ***** , solicito se pidan a la empresa *****. **8.- DOCUMENTALES PRIVADAS**, consistente en: a).- Recibo de factura del 10 de diciembre del 2012, que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...], propiedad de la señora ***** , el cual contiene en el apartado “Detalle de Servicio Nacionales” las llamadas efectuadas al teléfono del doctor ***** , cuyo número de celular ya fue mencionado; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se le hicieron donde se le manifestó telefónicamente, en varias ocasiones, sobre el estado de salud de mi madre el día de la operación; 25 de noviembre del año próximo pasado. b).- Recibo de factura del 30 de noviembre del 2012, que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...] a nombre de mi padre ***** , el cual contiene en el apartado “Detalle de Servicios Nacionales” las llamadas efectuadas a los teléfonos de los doctores ***** y Dr. ***** , cuyos números de celular ya fueron mencionados; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se les hicieron para que atendieran a mi señora madre el día de la operación: 25 de noviembre del año próximo pasado. **9.- PRESUNCIONAL LEGAL Y HUMANA**, consistentes en las deducciones lógicas que se hagan entre el hecho conocido y la verdad real que se trata de encontrar. Ahora bien, es pertinente aclarar que la interposición de la presente denuncia de hechos por la queja a violaciones de derechos humanos, no es obstáculo para la tramitación de diversas acciones en mención, dado que no se trata de las mismas acciones y sus efectos son diferentes...”.

2. Una vez analizado el contenido de la queja, ésta se calificó como presuntamente violatoria de derechos humanos, por lo cual se admitió a trámite, radicándose con el número 198/2013, y se acordó solicitar a la autoridad señalada como responsable un informe justificado, relacionado con los hechos denunciados, así como la exhibición de la documentación que se hubiera integrado sobre el caso.

3. Mediante escrito de fecha 19 de diciembre del 2013, el C. ***** , rindió el informe correspondiente, en el que refirió lo siguiente:

*“...Que soy médico anesthesiólogo con más de doce años en el ejercicio de la profesión con cédula profesional ***** , y cédula de especialidad ***** , laborando actualmente para el Hospital Civil de ***** , como médico anesthesiólogo en el turno matutino, de Lunes a Viernes en un horario de 7 a las 14:30 horas, prestando también mis servicios para el hospital infantil, y en lo particular laborando en mis horas libres y fines de semana, actualmente pertenezco a la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología A.C., y efectivamente como lo menciona la quejosa en el punto número 8 de los hechos de su promoción, el suscrito participé en la*

atención médica brindada a la paciente ***** , el día domingo 25 de noviembre de 2012, como médico anestesiólogo, en el Hospital Civil de ***** , quiero manifestar que el servicio médico que presté fue en el ámbito particular, y fue el único día en que brindé atención médica a la ya referida paciente, brindando en todo momento una atención médica de calidad, eficiente, de lo más acorde a la lexartis, a las normas oficiales de salud y sobre todo al de la práctica de la anestesiología, de manera general siempre brindo una buena atención a mis pacientes y hasta ahora es la primera vez que me veo involucrado en demandas por prestar mis servicios profesionales. Mi intervención inicia a las 10:00 de la mañana, realizando nota pre anestésica y en dicha nota médica menciono: "paciente femenino de 65 años, diagnóstico tumor tiroides, programada para Emi tiroidectomía vs tiroidectomía total, con antecedentes de osteoartritis, bronquitis crónica, alérgica al polen (tratamiento con montelucas), con antecedentes quirúrgicos, apendicectomía, colecistectomía, histerectomía, cirugía de rodillas y resección de nódulo mamario, a la exploración física, consistente bien hidratada, boca mallampati II, en cuello sin alteraciones (tumor tiroideo por el que se opera), cardiopulmonar sin compromiso aparente, extremidades anatómicamente integra, laboratorio: grupo RH+ positivo, hemoglobina 12.8 hematocrito 39.2 y TP 11 seg., riesgo quirúrgico ASA II-E-B, y plan anestesia general balanceado. El procedimiento anestésico lo inicié a las 11:10 am del día 25 de noviembre del 2012, con una inducción anestésica normal con los siguientes medicamentos midazolam 3mgs, fentanyl 0.1 mgs, el propofol 150 mgs, atracurio 40 mgs, se realiza laringoscopia sin incidentes y cánula endotraqueal 7.5. MANTENIMIENTO: sevorane 3.0 volúmenes % y oxígeno al 100% y que posterior a ello el cirujano inicia la operación, desconociendo su procedimiento toda vez que no son propios de mi especialidad, y ya durante el transcurso de la operación los medicamentos trans operatorios suministrado en aquel entonces a la paciente multicitada fueron dexametazona 8mgr IV, keterolaco 30 mgs IV y ceftrexona 1gr IV, sangrado trans operatorio 50 ml, transcurre tras operatorio con signos vitales estables, emersión y entubación normal sin incidentes, se revisan cuerdas bucales mediante laringoscopia funcionando adecuadamente, pasa a la sala de recuperación consciente y con signos vitales estables. Respecto al punto número nueve de la queja, donde menciona que establecí como riesgo quirúrgico de la operación ASA II, (E-B), quiero mencionar que el hecho de que haya sido valorada como riesgo quirúrgico ASA II E-B, no necesariamente tenía que pasar al área de terapia intensiva, máxime que las condiciones generales en las que terminó el evento quirúrgico y anestésico fueron las correctas, despertando la paciente de manera adecuada y recobrando su conciencia de manera absoluta y sin tener alteraciones en sus signos vitales, los cuales se conservaron estables por lo que solo estuvo una hora en el área de recuperación y al encontrar a la paciente consciente, respirando adecuadamente, con frecuencia cardiaca y presión arterial normales y movimiento de sus cuatro extremidades, reiterando y totalmente consciente

y sin datos de sangrado, es por ello que decidimos pasar a la paciente a su cuarto de hospitalización, con una valoración de aldrete de diez la cual está mencionada en la hoja de registro anestésico que se encuentra anexa al expediente clínico y que la ofrezco como prueba documental, y ratifico en todas y cada una de sus partes, tanto el contenido como la firma que la calza. En lo que respecta a que se advierten alteraciones en el expediente de hemoglobina, no entiendo este cuestionamiento ya que el resultado de laboratorio del hospital civil corresponde al que está anotado en la valoración preoperatoria y en lo particular en la valoración pre anestésica, por lo que reitero mi ofrecimiento como prueba documental el ya multicitado expediente clínico formado por la atención médica brindada a la finada ***** el día 25 de noviembre de 2012, en el Hospital Civil de *****. A las 15:00 horas del mismo día 25 de noviembre de 2012, se autoriza el pase de recuperación a su cuarto de hospitalización consciente con signos vitales estables y sin datos de sangrado, lo cual corroboro con mi nota médica suscrita en la misma hora y fecha y que obra agregada al expediente clínico ya referido, siendo que hasta ahí concluyo con mi participación como médico anesthesiologo, toda vez que como ya lo mencioné, las condiciones generales en las que terminó el evento quirúrgico y particularmente el anestésico fueron las correctas despertando la paciente de manera adecuada y recobrando su conciencia de manera absoluta y sin tener alteraciones en sus signos vitales, los cuales se conservaron estables, por lo que el tiempo que estuvo en el área de recuperación fue el tiempo adecuado, no sin antes aplicarle una valoración de aldrete de diez, la cual está mencionada en la hoja de registro anestésico que se encuentra anexa al expediente clínico. Después de ello efectivamente me tuve que retirar no sin antes dejar mi número de teléfono por si se ofrece algo, toda vez que mis servicios médicos habían concluido y la paciente como ya lo mencioné, se encontraba en óptimas condiciones. Quiero manifestar bajo protesta de decir verdad que desde ese momento a las 15:00 horas que dejé la paciente en condiciones adecuadas, no volví a saber nada de ella hasta las 19:30 horas aproximadamente del mismo día 25 de noviembre, que el doctor ***** mediante llamada telefónica, me informa del estado de salud de la paciente y que será re intervenida, por lo que me traslado de manera inmediata a dicho hospital civil donde se encontraba en aquel entonces la paciente ahora finada. En cuanto a los hechos ocurridos y/o las complicaciones que tuvo la paciente como lo refiere la quejosa no me constan toda vez que no estuve presente, y como tampoco fui informado de ellos, sino hasta la hora antes referida, y es totalmente falso que haya incurrido en una omisión en el servicio médico o que me haya negado a brindar servicio médico a la paciente, contrario a ello siempre dejo mi número de teléfono por si se requiere de mis servicios, si me hubieran hablado, con gusto hubiese acudido al auxilio y a prestar mis servicios como médico anesthesiologo, pero ello no ocurrió sino hasta las 19:30 horas aproximadamente e inmediatamente me dirigí a prestar auxilio a dicha paciente. Por ello me indigna estar involucrado en este asunto

médico legal, toda vez como se puede apreciar de mis hechos y de las notas que obran en el expediente clínico, no he incurrido en ilícito alguno, siempre brindé el mejor de mis servicios a la ahora finada, su deceso se puede deber a otras causas, pero no es a consecuencia de mi actuar como médico anesthesiologo, así también como ya lo mencioné tampoco incurri en alguna omisión o negación en prestar mis servicios médicos, podrían ser ciertos los hechos narrados por la quejosa, respecto a las complicaciones que tuvo su madre y las horas que menciona, pero como se puede apreciar en el expediente clínico siempre tuvo a sus servicios otros profesionistas de la medicina, y está demás decir que siempre estuvo internada en el hospital con todos los servicios médicos a su alcance, y en cuanto a lo que refiere que ninguno de los médicos que la atendieron acudió al auxilio, de nueva cuenta quiero precisar que ningún familiar, médico o personal de enfermería me informó de las complicaciones de dicha paciente y mucho menos en el lapso de tiempo que refiere la actora en su queja, ni por teléfono o por cualquier otro medio. Una vez informado del estado de salud de la paciente a las 19:30 y que nuevamente será intervenida, me traslado inmediatamente al hospital civil en la que se encontraba, llegando aproximadamente un poco antes de las 19:45 horas, llego y en lo que respecta a mi participación tal y como se menciona en la nota médica con fecha a las 19:45 del mismo día, (en la cual expongo NOTA PREANESTÉSICA) "femenino de 65 años, con diagnóstico de post quirúrgico de hemitireoidectomía. La cual presentó inestabilidad respiratoria y hemodinámica en su cuarto de hospitalización que requirió entubación endotraqueal así como administración de medicamentos de atropina y adrenalina y que en condiciones emergentes y muy graves la cual volverá a pasar a quirófano a exploración de cuello. Riesgo Quirúrgico ASA:IV-U-B. Posteriormente se "ingresa paciente a quirófano procedente de hospitalización, ingresa la paciente en condiciones muy graves, intubé con apoyo ventilatorio de aubu, se conecta a máquina de anestesia para administrarle únicamente oxígeno al 100% se coloca monitor y se registra frecuencia cardiaca de 60 xp, el monitor no registra presión arterial, se inicia de manera rápida la exploración de cuello e inmediatamente presenta bradicardia severa fc::30x, se inicia manejo con atropina 1mg IV, adrenalina 1mg IV, bicarbonato de sodio una amp. de 7.5 mg, el médico intensivista inicia maniobras de desfibrilación sin éxito, la paciente no responde a maniobras de reanimación cardiopulmonar desde las 19:45 horas hasta las 21:35 que se declara su fallecimiento (conforme a la nota médica de las 21:40 horas elaborado por el suscrito nota médica post anestésica). Durante todo este procedimiento de reingreso a quirófano en ningún momento se administraron medicamentos anestésicos, sólo los medicamentos antes mencionados, además se contó en quirófano con la presencia del doctor *****, el médico intensivista ***** y el Cirujano ***** y el quipo de enfermería, siendo toda mi participación. Por todo lo anteriormente narrado y que se puede corroborar el expediente clínico de la paciente, niego haber incurrido en omisión en la prestación de mis servicios médicos como anesthesiologo, toda vez que como ya lo

mencioné, siempre presté atención médica oportuna y de calidad en diversos momentos en fecha 25 de noviembre de 2012, desde la valoración pre anestésica, durante el procedimiento anestésico, en el periodo tras operatorio y de igual manera en la etapa de recuperación, siendo calificada la paciente con una valoración de adrete de diez, el nivel máximo considerado para dar de alta a un paciente del servicio de recuperación y pasarlo a hospitalización a piso como comúnmente se le dice, siendo que como anesthesiologo es mi obligación observar los lineamientos necesarios de recuperación, al concluir esta etapa de recuperación y una vez entregado la paciente al cuarto de hospitalización mi deber como médico concluye, toda vez que no hay reacciones secundarias al anestésico ni al procedimiento empleado, pero para un mejor servicio, pese a que mi labor concluyó, en todo momento estuve disponible para que se me solicitara en cualquier momento el auxilio, pero en los tiempos que menciona la querellante, en lo que respecta a mi, en ningún momento se me avisó a que acudiera, enterándome pero hasta las 19:30 horas aproximadamente como ya lo expuse con anterioridad y en ningún momento me negué a acudir, mucho menos en prestarle el servicio a la ahora finada *****; es por ello no deja de impresionarme la infundada acción de proceder en mi contra, pese a que en todo momento obré con la mayor diligencia posible. Ahora me entero por medio de la presente queja, que con fecha 11 de septiembre del 2011, se denunciaron los hechos ante el ministerio público, lo cual no me preocupa porque sé que soy inocente y no he incurrido en conducta delictiva alguna, pero en cierta parte me genera gran indignación y tristeza, ya que en los años que llevo laborando como anesthesiologo, jamás he tenido que lidiar con problemas legales, toda vez que siempre trato de brindar un servicio de calidad a mis pacientes, ya sea en lo particular y en el servicio público, tratándolos con amabilidad, respeto y sobretodo con profesionalismo, y ahora que me entero que tengo una demanda y hasta una denuncia penal en mi contra, pues ha generado una gran preocupación no sólo en mi persona, sino en toda mi familia, toda vez que nadie cree que yo sea culpable de tales actos de los que se me acusan. Es por ello que solicito, me absuelva de toda responsabilidad por las razones y argumentos expuestos en esta promoción, entiendo el dolor y pesar de la denunciante y de toda su familia, el perder a un ser muy querido, es uno de los sufrimientos más grandes que vivimos los seres humanos, y más tratándose de una madre, pero también es cierto como lo he expuesto que yo no soy culpable por la muerte de la ya mencionada *****; ni tampoco omití en brindarle los servicios médicos, respecto a mi especialidad y lo que a mi corresponde, y todo el servicio que le brindé en todo momento fue de lo más diligente posible. PETICIONES ESPECIALES. Me adhiero a la solicitud de la parte actora y de la misma manera con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 y 29 fracción IV de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, solicito se requiera al Director del Hospital Civil de *****; para que exhiba el original del expediente clínico de la paciente *****; formado con motivo a la atención médica brindada en fecha 24 y 25

de noviembre de 2012, en el mismo hospital, y con ella fundamento mi informe, toda vez que la misma se puede encontrar todas y cada una de las notas médicas suscritas por el de la voz y de las cuales hice mención en líneas precedentes, ratificando desde este momento todas y cada una de ellas tanto el contenido como mi firma que la calza. **ENUNCIAMIENTO DE PRUEBAS:** La Documental Pública y/o Privada, consistente en el expediente clínico de la paciente, solicito se requiera al Director del Hospital Civil de *****, para que exhiba el original del expediente clínico de la paciente *****, formado con motivo a la atención médica brindada en fechas 24 y 25 de noviembre de 2012, con ella demuestro y específicamente en las notas médicas por mi suscritas, que mi actuar como médico anesthesiologo fue de lo más diligente, y que en ningún momento he violado el derecho a la protección de la salud, por lo que desde este momento ratifico en todas y cada una de sus partes las notas suscritas por un servidor y que obran en el ya mencionado expediente clínico. Presuncional Legal y Humana, consistente en las deducciones lógicas que se hagan entre el hecho conocido y la verdad real que se trata de encontrar toda vez que si nos ponemos a analizar los hechos que narra la ofendida y de las supuestas violaciones a sus derechos de protección a la salud y que tiene su fundamento en nuestra Carta Magna, es totalmente obvio que mi actuar fue de lo más acorde y eficiente, totalmente apegado a los lineamientos médicos, a las normas oficiales y siempre viendo por salvaguardar la salud del paciente”.

4. Mediante oficio número *****, de fecha 19 de diciembre del 2013, el C. Dr. *****, Médico Especialista, rindió el informe correspondiente, en el que refirió lo siguiente:

“...En ningún momento existió de mi parte irregular atención médica en contra de la C. *****, por el contrario, como médico especialista en Medicina Interna y Terapia Intensiva, puse todos mis conocimientos médicos para auxiliar y prolongar la vida de la paciente. 1.- Este hecho al no ser propio, no se controvierte, puesto que se desconoce. 2.- Este hecho al no ser propio, no se controvierte, puesto que se desconoce. 3.- Este hecho al no ser propio, no se controvierte, puesto que se desconoce 4.- Este hecho al no ser propio, no se controvierte, puesto que se desconoce. 5.- Este hecho al no ser propio, no se controvierte, puesto que se desconoce. [...] 6.- Este hecho es parcialmente cierto, efectivamente antes de ser intervenida quirúrgicamente la C. *****, su médico particular el Dr. *****, me solicitó que valorara a la paciente, por lo que, le realicé los siguientes estudios: **A.** Electrocardiograma, el cual obra agregado dentro de los documentos anexos a la demanda inicial. **B.** Tele de Tórax, el cual se valoró en el cuarto de distinción número 3, y cuyas notas aparecen plasmadas en la hoja de valoración del día 24 de octubre del presente año, el cual reportó que la paciente presentaba bronquitis crónica no agudizada, esto es, que traía una enfermedad pulmonar crónica, la cual

en ese momento no se encontraba con problema, estudio que se quedó en el cuarto de la paciente y que debe obrar dentro del expediente clínico.

C. Biometría Hemática completa, con tiempo de coagulación, sin alteraciones y sin problemas, en otras palabras, sin alteraciones, estudios que se encuentran anexos al escrito de demanda inicial, que me fue entregado por el Actuario. **D.** Química Sanguínea, con glucosa y función renal normal, estudios que también se encuentran anexos al escrito inicial de la actora, mismos que me fueron entregados por el Actuario. Estos cuatro exámenes le fueron entregados al Dr. *****, y obran agregados en el expediente clínico, el resto de los estudios realizados a la citada paciente, los desconozco, puesto que fueron realizados por otros especialistas, de los cuales no tengo conocimiento, por lo que no le asiste la razón y derecho en este punto. **7.-** Este hecho es cierto, y me allano a la solicitud de la quejosa para solicitar el expediente clínico, en el cual obra únicamente mi participación médica de la paciente en forma privada, esto es, mis servicios médicos fueron requeridos por el Dr. *****, motivo por el cual existen en las anotaciones de los servicios médicos prestados los días 24 y 25 de noviembre del año 2012. **8.-** Este hecho es falso, ya que después de la intervención quirúrgica de la paciente *****, la misma fue enviada a un cuarto de la sala de distinción del Hospital Civil, en ningún momento fue enviada al Departamento de Terapia Intensiva, lugar donde presto mis servicios, y en el cual, se da seguimiento a todos los pacientes que no son enviados por la gravedad de su salud, es decir los médicos intensivistas de cualquier hospital, prestan sus servicios en dicho departamento, no realizan visitas médicas en ningún otra área, que no sea la suya, puesto que en ella, se cuenta con todo el equipamiento médico que requieren nuestros pacientes, al no hacerlo así, el departamento de terapia intensiva (médicos y enfermeras) estaban impedidos para conocer el resultado de la intervención quirúrgica, mas aún, si la citada paciente no fue enviada a nuestro departamento, por lo tanto, en mi horario normal de labores que presto para el Hospital Civil y que es de las 07:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes, en ningún momento fuimos requeridos, por lo que, reitero de nueva cuenta, a la paciente la atendí en forma privada, fuera de mi horario normal de labores. **9.-** Este hecho al no ser propio, lo desconozco, llamando la atención de esta H. Comisión, cuando la quejosa a renglones 9 a 16 del capítulo de hechos 9, de la presente queja señala **“...se debió poner especial atención a la evolución postoperatoria en el área de terapia intensiva, dadas las condiciones mencionadas, lo que tampoco hicieron los doctores responsables, dado que solo duró en el área de recuperación de las 14:00 a 15:00 horas, pasándola posteriormente al cuarto tres de dicho hospital, en donde la atención es diversa a la que se tiene en terapia intensiva...”**, esto es, la quejosa reconoce que la paciente en ningún momento fue enviada al área de terapia intensiva, lugar donde presto mis servicios, por lo tanto, resulta inoperante e intrascendente la queja presentada en mi contra por la C. *****. **10.-** Este hecho al no ser propio, lo desconozco, tal y como se desprende de la narrativa de este hecho, en

ninguno de sus apartados la quejosa señala que haya tenido alguna participación en él. **11.-** Este hecho al no ser propio, lo desconozco, **12.-** Este hecho al no ser propio, lo desconozco. **13.-** Este hecho al no ser propio, lo desconozco. [...]. **14.-** Este hecho es completamente falso por lo que se refiere a mi persona, el día 25 de noviembre del año 2012, aproximadamente entre las 18:40 y 19:00 horas, recibí una llamada del Dr. *****, solicitándome mis servicios y que me constituyera al Hospital Civil, para atender a la C. *****, quien se encontraba en la cama 3, de la Sala de Distinción del Hospital Civil de *****, por lo cual, me constituí a dicho Hospital llegando aproximadamente a las 19:20 horas, encontrando a la paciente con una gran tumoración en cuello condicionado por edema y/o hematoma en cuello, que condicionaba dificultad respiratoria importante, por lo que valoré el caso, y actué con todos mis conocimientos de médico especialista en terapia crítica o intensiva, pues tengo más de 14 años desempeñando como tal, por lo que a pesar de la presión que ejercían los familiares de la paciente hacia mi persona, quienes nunca se salieron del cuarto de distinción obstaculizando mi trabajo, logré entubar a la paciente, y aproximadamente a las 19:45 horas, pasarla a quirófano, para ser intervenida quirúrgicamente de nueva cuenta, por lo tanto, niego rotundamente haya actuado de manera deficiente como lo señala la quejosa en este hecho, de haberlo hecho, la paciente hubiera fallecido en mis manos, por lo tanto, no le asiste la razón y derecho, sobre este punto. **15.-** Este hecho es completamente falso y contradictorio, puesto que, dadas las condiciones médicas y físicas que presentaba la paciente, la intubación presenta muchas complicaciones y la misma no se logra de manera espontánea e inmediata, o como lo señala la quejosa por una simple petición de algún familiar. Aunado a que la propia quejosa, nos da la razón cuando manifiesta en el segundo apartado de este hecho: “Es pertinente aclarar que de acuerdo a la NOM de la materia, no se cuenta con área, equipo médico ni apoyo de diversos médicos para la atención y práctica de extubación y/o intubación...”, manifestación que hago propia y ofrezco como prueba, para demostrar que pese a todos los inconvenientes que existían al momento de estar atendiendo a la paciente, logré con éxito intubarla, por lo tanto, no le asiste la razón y derecho, sobre este punto. **16.-** Este hecho es parcialmente cierto, como lo señalé en el hecho 14, después de intubar a la paciente, a las 19:45 horas pasé a la paciente a quirófano correspondiéndole a los médicos especialistas su intervención quirúrgica. **17.-** Este hecho al no ser propio lo desconozco, por lo que a mi persona corresponde, a petición del Dr. *****, le realicé los siguientes estudios: **A.- Electrocardiograma**, el cual obra agregado dentro de los documentos anexos a la demanda inicial. **B.- Tele de Tórax**, el cual se valoró en el cuarto de distinción número 3, y cuyas notas aparecen plasmadas en la hoja de valoración del día 24 de octubre del presente año, el cual reportó que la paciente presentaba bronquitis crónica no agudizada, esto es, que traía una enfermedad pulmonar crónica, la cual en ese momento no se encontraba con problema, estudio que se quedó en el cuarto de la paciente y que debe obrar dentro del expediente clínico. **C.-**

Biometría Hemática completa, con tiempo de coagulación, sin alteraciones y sin problemas, en otras palabras, sin alteraciones, estudios que se encuentran anexos al escrito de demanda inicial, que me fue entregado por el Actuario. **D.- Química Sanguínea**, con glucosa y función renal normal, estudios que también se encuentran anexos al escrito inicial de la actora, mismos que me fueron entregados por el Actuario. Exámenes que le fueron entregados al Dr. ***** y obran agregados al expediente clínico. **18.-** Este hecho es completamente falso por lo que a mi persona se refiere, mi participación en la atención médica de la paciente, el día 25 de noviembre del año 2012, se dio la primera vez a partir de las 19:20 y hasta las 19:45 horas, en la que logré intubar exitosamente a la paciente, hechos que a la propia quejosa, le consta cuando manifiesta en el segundo apartado de hechos 15 que: “es pertinente aclarar que de acuerdo a la NOM de la materia, no se cuenta con área, equipo médico ni apoyo de diversos médicos para la atención y práctica de extubación y/o intubación...”, manifestación que hago propia y ofrezco como prueba, para demostrar que pese a todos los inconvenientes que existían al momento de estar atendiendo a la paciente, logré con éxito intubarla. Es pertinente señalar que antes de intubarla, solicité al camillero del hospital me consiguiera el material básico de intubación, pues había planeado trasladar a quirófano a la paciente, donde si contábamos con el material e instrumental médico necesario para una intubación adecuada en paciente con vía aérea difícil, pero al pasarla a la camilla incrementó su dificultad respiratoria y valoré que el riesgo de su traslado era mayor, pues su traslado nos podría llevar aproximadamente unos 5 a 7 minutos, ya que entre el quirófano y el cuarto 3 de distinción hay aproximadamente 100 mts. de distancia no lineales, esto es, se transita por diversos pasillos para llegar, por lo que, ordené que la camilla se regresara de la puerta de su cuarto a su lugar de origen, esto es, nunca salió del cuarto, procediendo inmediatamente a la intubación, a la cual fue difícil, ya que la boca no se podía abrir en forma adecuada, la inflamación de cuello no esperaba tener dificultades en la intubación por no contar con lo necesario para realizarlo, aun así y previa sedación de 20 miligramos de valium, se realizó con éxito la intubación de la paciente, esto es, no presentó paro cardíaco, ni se dieron maniobras de reanimación, corroborando la buena colocación del tubo endotraqueal, de su pulso y presión, por lo que, posteriormente se trasladó al quirófano, ya con el apoyo de los Drs. ***** y ***** , anestesiólogo y Cirujano, respectivamente. Asimismo, es importante destacar que a la paciente nunca la dejé sola, siempre estuve ahí, junto con sus familiares, los cuales en ningún momento abandonaron el cuarto en donde se encontraba la paciente, incluso al estar realizando las maniobras de intubación, maniobras que les consta tanto a los familiares de la paciente como al personal de enfermería, en ningún momento, y durante el tiempo que estuvo bajo mi atención y cuidados, presentó paro cardíaco, y menos aún se realizaron maniobras de reanimación. Por lo que es importante recalcar: la observación estrecha del paciente, la falta de disponibilidad de equipamiento y del material. No obstante lo cual, se

logró con éxito intubar a la paciente. Mi segunda participación fue cuando la paciente fue intervenida quirúrgicamente de nueva cuenta, al caer en asistolia, en la que fui llamado de inmediato por los cirujanos para realizar maniobras de RCP, aproximadamente 3 minutos, esto es, mi participación con dicha paciente fue de aproximadamente 30 minutos, en el resto de la atención médica, como médico de terapia crítica o intensiva en ningún momento fui requerido. **19.-** Este hecho es cierto, por lo que hace a la demanda civil, a la cual, se le dio contestación en tiempo y forma, negando en todo momento negligencia médica por mi parte; por lo que hace a la denuncia penal, la misma se desconoce, puesto que hasta la fecha en ningún momento he sido requerido y/o me ha sido notificada alguna denuncia penal en mi contra, por lo que hace a la Responsabilidad Objetiva del Hospital Civil, la desconozco. **20.-** Este hecho es completamente improcedente e inaplicable a mi persona, pues como en reiteradas ocasiones lo he manifestado, los servicios médicos que presté a la paciente, estuvieron apegados a las normas y procedimientos establecidos, tan es así que la propia quejosa, reconoce que extubé a la paciente, y que no obstante que de acuerdo a la NOM de la materia, no se contaba con área, equipo médico ni apoyo de diversos médicos para la atención y práctica de extubación y/o intubación. Por lo tanto, es importante dejar en claro, que la extubación es, junto con la intubación, uno de los momentos críticos del desarrollo de la anestesia general. Cuando un paciente presenta una vía aérea difícil o de "alto riesgo" para la extubación es necesaria la preparación de una estrategia de actuación tanto para la extubación como para una posible reintubación ya que esta suele realizarse de forma urgente o emergente y en condiciones poco óptimas. Dicha estrategia de extubación debe incluir la observación estrecha del paciente, la disponibilidad de equipamiento especial, material y ayuda de personal experimentado para manejo de la vía aérea difícil. Sería deseable que al igual que los comités de expertos han consensuado algoritmos de estrategia para la intubación y recomendaciones para la extubación, se diera un paso más en el tema que nos ocupa y se completara el proceso publicando un algoritmo de actuación para la extubación de la vía aérea difícil... Por lo que, reitero de nueva cuenta, que no obstante no contar con área, equipo médico ni apoyo de otro profesionalista, que me auxiliara en la intubación de la paciente, la misma se logró debido al profesionalismo puesto en práctica, en ningún momento dudé de mi capacidad para intubarla, ya que, estaba de por medio la vida de la paciente, por lo que, niego rotundamente que haya existido negligencia médica de mi parte... Respecto de las facturas telefónicas señaladas con las letras a y b, del presente escrito de queja señaladas a fojas 20 y 21, las mismas resultan improcedentes e inaplicables en cuanto a mi persona se refieren, puesto que, desconozco el motivo y lo tratado en ellas, no son hechos propios, por lo tanto, al momento de ser valoradas, deben ser desestimadas, por lo que a mi persona corresponde. Por lo que hace a las pruebas, las mismas se objetan en los términos siguientes: **1.-** Los documentales públicos y privados, las mismas se objetan en cuanto alcance y valor probatorio,

concretamente las consistentes en llamadas telefónicas, puesto que en ninguna de ellas tuve participación alguna. **2.-** La confesional a cargo del Director del Hospital Civil, la hago propia con el objeto de demostrar los hechos constitutivos del presente escrito de contestación, por lo que a mi persona se refiere, por lo que en su oportunidad presentaré pliego de posiciones conforme el cual deberá de absolver dicho funcionario, previa calificación de legales por este Organismo. **3.-** Referente a la testimonial a mi cargo, solicito que se notifique oportunamente para estar en condiciones de comparecer ante esa H. Comisión. **4.-** La testimonial a cargo de las enfermeras señaladas en este apartado de pruebas, solicito muy respetuosamente a esta H. Comisión, que se notifique el día y hora de su desahogo, para estar en condiciones de repreguntar a las mismas. **5.-** De la misma manera solicito, se me informe el día y hora para la celebración de esta probanza, con el objeto de repreguntar a dichas personas. **4.-** Respecto de la prueba pericial que ofrece la quejosa, la misma deberá ser desechada y por consiguiente desestimada, puesto que, omite señalar si dicho profesional cuenta con los conocimientos técnicos y médicos para rendir su informe correspondiente. **5.-** Sobre el informe de autoridad de la Agencia del Ministerio Público, el mismo deberá de ser desestimado por esta H. Comisión, puesto que, suponiendo sin conceder exista, dicha autoridad en ningún momento me ha notificado denuncia penal alguna y menos aún, he sido requerido para rendir mi testimonio, esto es, dicha autoridad recibió únicamente la declaración contradictoria de los CC. ***** y ***** , puesto que según ellos no tuve éxito en la intubación que realicé, lo cual se contradice, con los propios argumentos de la quejosa señalados en los hechos 15 y 18. **6.-** En relación al informe solicitado al C. Juez Primero de Primera Instancia de lo Civil, de este Distrito Judicial, el mismo se hace propio con el objeto de demostrar mis defensas y excepciones, en virtud de la serie de contradicciones que se manifiesta en ellos, por lo tanto solicito a esa H. Comisión, valore adecuadamente los mismos. **7.-** Respecto del informe del Secretario de Salud del Gobierno del Estado, dicha probanza no afecta mi esfera jurídica, por lo tanto, se objeta únicamente en alcance y valor probatorio que se pretenda dar. **8.-** Esta probanza al contener, al relacionarse con hechos que desconozco por no ser propios, deberá ser desestimada por lo que a mi persona se refiere. **8.-** De la mismamaneira, deberán ser desestimadas las documentales privadas, consistentes en recibos de facturas, en los mismos términos que la probanza anterior. **9.-** Por último respecto a la presuncional legal y humana, la misma se hace propia solo en cuanto favorezca a mis intereses. **PRUEBAS.-** 1.- El expediente clínico número ***** , a nombre de la C. ***** , mismo que se encuentra en el Departamento de Archivo Clínico del Hospital Civil de ***** , mismo que solicitó la parte demandada a través de su escrito de demanda de fecha 30 de septiembre del año 2013, y que por lo tanto, me allano a dicha solicitud; probanza que tiene por objeto acreditar los hechos en que fundo mis excepciones y defensas. 2.- Tres fojas útiles de la Revista Especializada de Anestesiología de Reanimación Volúmen.52 número 9, 2005, bajo el tema

médica de hospitalización a que hago referencia líneas arriba, así como los estudios que refiero fueron proporcionados por la señora ***** , por lo que desde este momento solicito a este Órgano, ordene al C. Director del Hospital Civil ***** , allegue en forma íntegra el expediente que obra en los archivos de dicho nosocomio a nombre de la señora ***** , y con ello desacreditar lo aseverado por la quejosa en los hechos consignados en el presente numeral. 4.- El correlativo que se informa, ni lo niego, ni lo afirmo, por no ser hecho propio. 5.- El correlativo que informa, es cierto, es cierto en cuanto a lo que refiere la quejosa, respecto de los signos vitales que presenta la paciente ***** , pues los mismos quedaron registrados en el formato relativo a “Exploración Física”, mismo que se encuentra signado por el suscrito el día veinticuatro de noviembre del dos mil doce, a las trece horas, y dicho registro se encuentra agregado al expediente clínico a que se ha venido haciendo referencia. 6.- Respecto a lo que refiere la quejosa en el correlativo que informa, hace necesario realizar el siguiente análisis; en el punto TRES del capítulo de hechos del escrito que hoy rindo informe solicitado, la quejosa señala “...sin estudios preoperatorios acordes al padecimiento...”, y en el presente punto señala “previo a los estudios ordenados y analizados...”, luego entonces, en el presente punto, la quejosa reconoce expresamente que si fueron ordenados y practicados los estudios preoperatorios a la paciente ***** , y tal circunstancia quedó registrada en el expediente respectivo; por tanto existe una verdadera contradicción en los hechos narrados por la quejosa. Por otro lado, es falso lo que refiere la quejosa, en cuanto a que el señor ***** y ella estuvieron presentes cuando el suscrito le expliqué detalladamente el manejo para el caso previo a su hospitalización, quien estaba en la casa de la señora ***** , era su esposo, el señor ***** , pero presente en su casa, pero no con la citada señora ***** cuando la atendía, y es falso, pues la quejosa omite precisar circunstancias de tiempo, modo y lugar, en que ocurrieron las eventualidades de referencia y no las señala, precisamente porque es claro que no le constan los hechos que narra en el presente punto que se informa. Lo cierto es que, sí se realizó valoración preoperatoria, es decir, si se le practicaron todos los exámenes necesarios preoperatorios, así como valoración pre quirúrgica, los cuales corren agregados al expediente clínico de dicha paciente, se le explicó los riesgos que toda cirugía conlleva, se le explicó claramente, por parte del suscrito y posteriormente por el cirujano ***** que se sugería, previo a la cirugía, extraer una muestra del tumor, vía Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) a lo que la paciente no aceptó y de tal circunstancia se encuentra registro en la Nota de Ingreso a Cirugía, de fecha veinticuatro de noviembre del dos mil doce, mismo que obra en el expediente clínico de referencia. Respecto a lo que refiere la quejosa, que la paciente presentaba riesgo operatorio, es de aclararse, que toda cirugía presenta riesgos, los cuales en su momento le fueron detalladamente explicados tanto por el suscrito como por el cirujano, Dr. ***** y el médico internista, Dr. ***** , y tales condiciones le fueron puestas del conocimiento a la paciente ***** y a la hoy quejosa, a la que estuvieron de acuerdo, según se acredita con la Carta de Atención

Hospitalaria, de fecha veinticuatro de noviembre del dos mil doce, misma que se encuentra firmada por la citada señora y por la hoy quejosa; dicha carta obra agregada al expediente clínico que he venido haciendo referencia y que se encuentra en los archivos del Hospital Civil citado en los puntos que anteceden. Respecto a la violación que señala la quejosa, no existe tal violación, pues al final de tales anotaciones se encuentra la rúbrica del Dr. ***** , por lo que en el momento procesal oportuno se acreditará tal circunstancia. **7.-** Respecto al correlativo que se informa, ni lo niego ni lo afirmo por no ser hecho propio. Sin embargo, manifiesto que concuerdo con la quejosa, para que se le requiera al Director del Hospital Civil ***** , allegue íntegramente el original del expediente clínico, identificado por el número ***** , con número de registro ***** , a nombre de la señora ***** , para estar en posibilidad de dilucidar todo lo manifestado por el suscrito en el presente escrito. **8.-** En cuanto al suscrito en relación con el correlativo que informa, refiero que es cierto por cuanto a que participé en la intervención que se señala, pero mi participación lo fue ayudante de cirugía únicamente, en cuanto lo demás ni lo afirmo ni lo niego por no ser hecho propio, sin embargo, hago los siguientes comentarios aclaratorios referente a lo que comenta la quejosa en ese punto y le refiero que el suscrito no soy médico internista, y mi función fue de ayudante de cirugía únicamente, y tal función consistió en auxiliar al cirujano en lo que requirió en la operación y siempre bajo su supervisión, lo que manifiesto bajo protesta de decir verdad y que tales aseveraciones serán acreditadas en su momento procesal oportuno. Respecto a lo que señala la quejosa, que la atención a la paciente ***** , fue deficiente, le refiero que es falso, que por cuanto hace al suscrito, mis intervenciones siempre van en función por el bien de la salud del paciente, por lo que es absurdo que refiera que en el caso que nos ocupa, se haya actuado de manera deficiente. Abundado, en el presente caso, no se actuó de manera deficiente, por el contrario se practicaron todos y cada uno de los exámenes previos a la cirugía, se le mantuvo en el Área de Recuperación del Hospital el tiempo necesario y dada la evolución favorable, se traslada al cuarto asignado y continúa en observación médica por parte del personal especializado, siguiéndose las instrucciones postoperatorias e incluso en todo momento el suscrito y el esposo de la paciente, estuvimos en permanente comunicación, luego entonces, es absurdo que ahora diga la quejosa que se actuó de manera deficiente, de todo lo anterior obra constancia en el expediente clínico de la paciente. **9.-** Respecto a lo que señala la quejosa en el presente asunto, le refiero, como ya lo he venido mencionando, toda cirugía conlleva riesgos, riesgos que se le hacen saber al paciente previo a la intervención quirúrgica, precisa que en las indicaciones del Dr. ***** señala riesgo de la operación ASA II- E-B, y esto, según valoración preoperatoria de medicina interna indican condiciones adecuadas, a lo que le refiero que la valoración preoperatoria precisada líneas arriba, no quiere decir que sean condiciones inadecuadas o especiales para ser sometidos a intervención quirúrgica electiva; es claro, que en cirugía, siempre existen riesgos, pues todo organismo humano es

impredecible, es decir, no siempre se pueden predecir con exactitud los riesgos, esto, atento a diversas circunstancias como el estado físico de cada persona, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, también existe la posibilidad de complicaciones debido al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa, complicaciones que pueden ser leves o severas según la reacción del paciente de que se trate, y tales condiciones le fueron puestas del conocimiento a la paciente *****, a la que estuvo de acuerdo ella y la hoy quejosa según se acredita con la Carta de Atención Hospitalaria, de fecha veinticuatro de noviembre del dos mil doce, misma que se encuentra firmada por la citada señora y la quejosa y que dicha Carta obra agregada al expediente clínico que he venido haciendo referencia y que se encuentra en los archivos del Hospital Civil referido en los puntos que anteceden. En cuanto a lo que refiere, que la paciente solo permaneció una hora en la sala de Recuperación, le refiero que cuando un paciente presenta síntomas postoperatorios favorables, no hace necesaria que permanezca más tiempo en el área de recuperación, como es en el caso que nos ocupa, pues del Registro del formato "Hoja de la Enfermería" se desprende que a las quince horas del día veinticinco de noviembre del dos mil doce, "se recibe paciente procedente de quirófano, consciente, orientada, refiere dolor en herida quirúrgica, signos vitales en cifras normales", lo que significa que la paciente *****, evolucionó favorablemente después de la intervención quirúrgica, pues incluso la referencia del dolor en herida es un estado normal y esperado para la intervención, toda vez que la piel se encuentra con incisión; y tal evolución favorable hizo innecesaria su permanencia en el área de recuperación, por lo que fue trasladada al cuarto de hospitalización para que continuara con su recuperación, recibiendo siempre la atención médica oportuna por parte del personal médico y enfermeras, del Hospital de referencia. En cuanto a lo que refiere a alteraciones en el expediente de hemoglobina, manifiesto que no existen tales alteraciones y explicó detalladamente las supuestas alteraciones que dicha la quejosa existen y que por supuesto no son alteraciones; el valor de referencia que está en el reporte respectivo es para personas jóvenes y del sexo masculino; los factores de conversión al sistema de los valores de laboratorio usados más frecuentemente marcan hemoglobina de 12g a 15g, como normales para mujeres ancianas, que es el caso que nos ocupa, además de que la paciente no presentaba ningún dato clínico de anemia. Aclarando, y como se desprende del expediente clínico, la paciente en ningún momento ameritó transfusión sanguínea, en razón que no hubo pérdida de líquido hemático considerable médicamente, durante la cirugía quirúrgica, y tal aseveración se justifica con los registros asentados en el formato denominado "Registro de Anestesia y Recuperación", donde además, guarda el registro de todos los medicamentos utilizados durante la intervención quirúrgica, luego entonces, queda claro que no existieron en la paciente las alteraciones que refiere la quejosa. 10.- Respecto a lo que señala en el punto que se informa, es claro el reconocimiento expreso de la quejosa, al dar la razón, según se

desprende de la narración que hace a los hechos ocurridos en la fecha que refiere, que la cirugía en la cual el suscrito intervino como médico de apoyo y que fue practicada a la paciente *****, se realizó sin complicaciones. Hace necesario realizar las siguientes aclaraciones; no se extrajo el nódulo, se extrajo el lóbulo (la mitad derecho de la glándula tiroides) con el nódulo, el tumor analizado no es maligno que es muy diferente a cancerígeno como lo precisa la actora. Es falso lo que argumenta la quejosa, en cuanto a que las personas que refiere estaban afuera del quirófano, lo cierto es que a la conclusión de la cirugía, se solicitó familiares de la paciente *****, y no había ningún familiar afuera del quirófano para dar informes, lo que manifiesto bajo protesta de decir verdad, y tal circunstancia la trascendimos a los familiares ya cuando la paciente se encontraba en recuperación. 11.- En cuanto a lo que señala la quejosa en el presente punto que se informa, le refiero que no existe omisión de atención médica eficiente y adecuada como lo pretende hacer creer la quejosa, dentro del caso que nos ocupa, señala que los médicos no volvieron a atender a su señora madre, hasta la hora que precisa, sin embargo, es claro, que no existe la omisión de atención médica deficiente y adecuada a que hace referencia, pues como lo señala en el mismo numeral, que la enfermera recibe a la paciente *****, con la anotación en la nota médica de vigilar datos de insuficiencia respiratoria, y que observa signos vitales con cifras normales, es decir, no existe tal omisión de atención médica, puesto que una vez trasladada la paciente al cuarto de hospitalización para que continuara recuperándose, el médico dejó indicaciones precisas a seguir, al personal del hospital encargado de llevar a cabo la vigilancia de recuperación de los pacientes, no sin dejar de señalar, que la paciente siempre estuvo rodeada de personal especializado, es decir, médicos y enfermeras, para atender cualquier contingencia, personal especializado proporcionado por el Hospital civil, puesto que de la relación contractual así quedó debidamente establecido, luego entonces, no puede la quejosa venir a alegar ningún tipo de omisión de atención médica, pues siempre estuvo a su disposición toda la infraestructura médica necesaria para hacer frente a cualquier contingencia y en el caso que nos ocupa, así ocurrió, es decir, toda la infraestructura clínica e humana atendió oportunamente a la paciente en cada momento, pues de los registros que obran en el expediente clínico así queda demostrado. 12.- Respecto a lo que precisa la quejosa en el punto que se informa, es parcialmente cierto, es decir, es falso que en la hora que señala, se hayan comunicado las personas que dice, con el suscrito para informarme que la paciente se quejaba de dolor de cabeza, lo cierto es que en la hora señalada en el presente punto, quien se comunicó con el suscrito fue el señor *****, y lo hizo para preguntarme si iba a poder comer la paciente y a qué hora porque ya tenía hambre, estos signos de hambre significan entonces que dicha paciente continuaba recuperándose exitosamente de la cirugía a que había sido sometida horas antes. 13.- El correlativo que se informa, en parte es cierto y en parte es falso. Es falso lo que precisa la quejosa, que a la hora que señala volvió

a tener comunicación vía telefónica con el suscrito para informarme que su madre continuaba quejándose de las molestias a que hace referencia en el numeral que antecede, lo cierto es, que a la hora que señala, con quien tuve comunicación fue con el señor *****; y me dijo que a la paciente, señora *****; le había dado migraña, es decir, que tenía dolor de cabeza derivado del padecimiento de migraña que ésta padecía de hace ya años y que para contrarrestar tales malestares se le administraban analgésicos, por lo que indiqué a la enfermera de turno que estaba haciéndose cargo de los pacientes del área de hospitalización que venía ocupando la señora *****; que le administrara el analgésico que la paciente usualmente ingería para contrarrestar el malestar de la migraña, mismo que quedó registrado en la hora de la enfermería y que obra agregado al expediente clínico de la paciente en mención y que se encuentra en el archivo del hospital referido líneas arriba. Ahora bien, en cuanto a la hora que refiere la actora 17:06 de la fecha precitada, la quejosa me dice que el dolor de cabeza cedió y que su mamá quería sentarse porque no aguantaba la espalda, por lo que le dije que debía seguir las indicaciones ya prescritas, indicándole también a la enfermera a cargo de la paciente que continuara con las indicaciones ya prescritas, es decir, cambio de gasa y aplicación de un desinflamatorio. **14.-** El correlativo que se informa es parcialmente cierto. Es cierto que a la hora que señala la quejosa, la paciente presenta estridor laríngeo, evento que está registrado en la "hoja de enfermería"; pero es totalmente falso, cuando precisa que ninguno de los médicos acudió a su atención postoperatoria, pues el suscrito siempre estuve al pendiente de la evolución que presentaba la paciente, como se desprende del registro de la hoja de Enfermería que obra en el expediente clínico correspondiente, indicando oportunamente lo que debía hacerse respecto de las contingencias que se estuviesen presentando; de forma tal que a las diecinueve horas de la fecha señalada con anterioridad, la paciente presenta un estridor laríngeo (ronquido), por lo que se le instala oxigenoterapia y autorizo inmediatamente, en la hora precisada, es decir a las diecinueve horas, al especialista, Dr. *****, quien es intensivista en dicho hospital, para que valorara a la paciente, quien oportunamente prestó la atención médica necesaria, tal y como se desprende del registro en el expediente clínico. Es falso lo que refiere la actora, en cuanto a que el Dr. *****; no sabía qué hacer ante la eventualidad que estaba ocurriendo con la paciente, y es falso, porque el médico referido, es un especialista en Terapia Intensiva y medicina crítica y tiene años de experiencia, por lo que es absurdo lo que señala la quejosa, lo cierto es, que fueron los familiares de la paciente, específicamente el señor *****; quien no permitía que el doctor ***** atendiera oportunamente a la paciente, pues éste le impedía que llevaran, atento a mis instrucciones, a quirófano a la paciente, y era necesario trasladarla ahí, puesto que es el lugar donde el hospital tiene instalados los aparatos necesarios para prestar auxilio a la eventualidad que presentaba la paciente, por lo que el médico procedió, en virtud de la obstaculización de traslado por parte del hijo de la paciente, *****; a traer los aparatos necesarios para la intubación que se encontraban en la central de

enfermeras, sin embargo, a pesar de los obstáculos dada la necesidad del hijo de la paciente, señor *****, el Dr. ***** , presta atención médica a la paciente, lo que se acredita con la anotación en la "hoja de la enfermería" y que obra en el expediente clínico ya referido. **15.-** Es cierto lo que refiere la quejosa en el punto que se informa, en cuanto a que a la hora que refiere, es decir, a las diecinueve con treinta minutos del día veinticinco de noviembre del dos mil doce, el suscrito ordené llevar a la paciente a quirófano; tal y como quedó registrado en la hoja de enfermería respectiva. Es falso lo que señala, cuando dice que no se le prestó atención médica oportuna, lo cierto es, que si se le prestó el auxilio médico adecuado, aun y cuando los familiares lo obstaculizaban, es decir, impidieron que trasladaran a quirófano a la paciente, por lo que el especialista tuvo que llevar los aparatos necesarios al cuarto de recuperación de la paciente para poder prestar la atención requerida, como bien lo precisa la actora, cuando señala que el Dr. ***** realiza intubación en el cuarto de hospital de la paciente. **16.-** El correlativo que se informa, no es hecho propio, atendiendo a lo citado en el expediente clínico, la aseveración contenida en el correlativo es coincidente. **17.-** Es falso lo que refiere la quejosa, en el punto que se informa, en cuanto a que no se practicaron los exámenes preoperatorios, pues como ya lo señalé en el punto número tres y seis de este memorial, la quejosa reconoce expresamente los exámenes preoperatorios, además que los mismos se encuentran detallados primero en la receta expedida por el suscrito y además en la hoja de la enfermería, donde fueron marcados todos los exámenes practicados con anterioridad a la cirugía. Son inexactas las argumentaciones vertidas por la actora, al insistir que el reporte ASA, grado II-III, que significa condiciones inestables, pues como ya lo señalé anteriormente y vuelvo a precisar que la valoración preoperatoria precisada líneas arriba, no quiere decir que sean condiciones inadecuadas o especiales para ser sometidos a intervención quirúrgica electiva; es claro, que en cirugía, siempre existen riesgos, pues todo organismo humano es impredecible, es decir, no siempre se pueden predecir con exactitud los riesgos, esto, atento a diversas circunstancias como el estado físico de cada persona, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, también existe la posibilidad de complicaciones debido al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa, complicaciones que pueden ser leves o severas según la reacción del paciente de que se trate, y tales condiciones le fueron puestas del conocimiento a la paciente ***** , así como a la hoy quejosa, a lo que estuvieron de acuerdo y consintieron que se practicara la cirugía, que aun y con los riesgos ya explicados detalladamente, según se acredita con la Carta de Atención Hospitalaria, de fecha veinticuatro de noviembre del dos mil doce, misma que se encuentra firmada por ambas, y que dicha carta obra agregada al expediente clínico que he venido haciendo referencia y que se encuentra en los archivos del Hospital Civil referido en los puntos que anteceden. E igualmente, son inexactas las argumentaciones vertidas por la quejosa en el presente punto, en cuanto a lo que refiere a alteraciones en el

expediente de hemoglobina, pues como ya lo manifesté con antelación y nuevamente lo explico, no existen tales alteraciones ya que el valor de referencia que está en el reporte respectivo es para personas jóvenes y del sexo masculino; los factores de conversión al sistema de los valores de laboratorio usados más frecuentemente marcan hemoglobina de 12g a 15g, como normales para mujeres ancianas que es el caso que nos ocupa, además de que la paciente no presentaba ningún dato de anemia; y como se desprende del expediente clínico, la paciente en ningún momento ameritó transfusión sanguínea, en razón de que no hubo pérdida de líquido hemático considerable medicamente durante la cirugía. Es falso lo que señala la quejosa, en cuanto a que la atención médica dada a la paciente fue indiferente, negligente inadecuadamente atendida. Si debo manifestar mi total desacuerdo con dichas aseveraciones, pues la actuación del suscrito estuvo siempre apegada a una atención médica profesional y al respecto quiero dejar asentado que irresponsablemente la quejosa señala que todos cuantos intervenimos en el desarrollo de la atención médica de su madre, no advertimos diversos síntomas, esto lo refiere en forma inadecuada e insidiosa, pues primeramente, y del expediente clínico se desprende, que la paciente durante la cirugía y a la conclusión de ésta, respondió favorablemente tanto al tratamiento médico como quirúrgico, posterior a la cirugía, se continuó con la vigilancia en la recuperación de la paciente, por parte del personal especializado del hospital donde se encontraba la paciente, una vez que ésta fue trasladada al cuarto de hospital, esto a través de las indicaciones a seguir instruidas por el cirujano ***** , por lo que es falso lo que refiere la quejosa, que no se advirtieron los síntomas que señala, pues estos se atendieron oportunamente y así quedó asentado en el registro respectivo. Asimismo, en sus indicaciones postoperatorias el cirujano refiere vigilar datos de insuficiencia respiratorios, no quiere decir que exista una insuficiencia respiratoria, sino que, como medida preventiva y atendiendo al status particular del paciente por su edad, estado médico previo, era menester estar atentos a esa circunstancia, lo cual es de rutina en cualesquier intervención quirúrgica. En relación al resto de los señalamientos, el simple hecho de estar anotados como instrucción en el expediente clínico implica su advertencia. Respecto a lo que se señala en el sentido que existen omisiones en el llenado de los formatos a que hace referencia la quejosa, le manifiesto que, suponiendo sin conceder, que existieran tales omisiones, desde ahora le digo que, no corresponde al suscrito como médico, analizar el llenado de todos y cada uno de los formatos que integran el expediente clínico de los pacientes, en todo caso, si existiere algún responsable, en el caso concreto, lo será el propio hospital civil, y es precisamente a dicha institución médica, a quien la quejosa debe solicitar respuesta por tales señalamientos y no pretenda imputarle al suscrito, omisiones en el llenado de formatos que son meramente administrativos. Insisto, no existe negligencia, puesto que jamás se descuidó ni voluntaria y conscientemente la atención médica a la paciente, es decir, el personal especializado encargado de observar la recuperación del paciente, según

las instrucciones señaladas por el médico cirujano ***** , no se puede decir que existe negligencia, cuando la paciente se encuentra internada en un hospital, atendida por personal especializado para prestar oportunamente la ayuda necesaria, no se puede decir que existe negligencia médica, cuando de los registros del expediente clínico, se desprende que, siempre se le prestó oportunamente la atención médica necesaria a la paciente, lamentablemente, aún y con todo el esfuerzo del personal especializado y con los recursos médicos existentes en el hospital, al organismo de la paciente le fue imposible reaccionar favorablemente lo que desencadenó en el deceso de la paciente, pues como ya lo precisé líneas arriba, difícilmente se puede predecir con exactitud las reacciones de un organismo humano ante determinados tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya que unos organismos reaccionan de manera esperada y otros organismos tienen reacciones muy diferentes, y ante tales circunstancias no se le puede imputar responsabilidad alguna al médico, pues éste hace lo humanamente posible para revertir las contingencias no esperadas, pero en el caso que nos ocupa fue humanamente imposible hacer reaccionar favorablemente el organismo de la paciente. **18.-** Respecto a lo que señala la quejosa en el punto que se informa, hace necesario hacer las siguientes observaciones; Insisto, el suscrito, jamás fui omiso en ningún aspecto en relación al caso que nos ocupa, como pretende hacer creer a esta autoridad la quejosa, pues como ya lo referí, siempre estuvo prestando la atención médica oportuna y especializada a la paciente, según constan en el expediente clínico que obra en el archivo del hospital de referencia. Insisto, es falso lo que señala la quejosa, en el sentido de que no se prestó atención médica adecuada a la paciente, lo cierto es, que siempre estuvo atendiendo oportunamente como se desprende del expediente clínico multicitado, es falso también, cuando señala que el ***** , no sabía qué hacer ante la contingencia presentada, lo cierto es que el Dr. ***** , realizó lo que humanamente y más, le fue permitido por parte de los familiares de la paciente, en específico el señor ***** , pues éste último, por su necedad, no permitía al especialista trasladar del cuarto de hospitalización a quirófano a la paciente, por lo que el especialista hizo llevar los aparatos que se encontraban en el carro rojo de la estación de enfermería, hasta el cuarto del hospital para proceder a darle atención médica, es decir, tal obstáculo, puso en riesgo la salud de la paciente, lo que no repercutió en ella por la fortuna de estar atendida por un médico de suma experiencia en casos críticos, es decir, la tardanza en llevar a la paciente a quirófano, no es imputable al ***** , por el contrario, dicho doctor, es precisamente un especialista en cuidados intensivos y paciente crítico y con los años de experiencia que tiene, solventó la situación, por lo cual es absurdo que se pretenda engañar a esta Autoridad, señalando que el profesionalista citado no sabía qué hacer, como si se tratara de un mero aprendiz de la medicina. Insisto, no existe omisión de la atención adecuada, pues el personal especializado hizo lo humanamente posible para salvar la vida de la paciente, lamentablemente su organismo le fue difícil reaccionar al tratamiento médico y quirúrgico

aplicado, desencadenando en el deceso de la paciente, pero profesionalmente se le prestó en todo momento la atención médica, en cuanto a lo que refiere en el sentido de que el hospital carece de los recursos que precisa, estas imputaciones no le compete al suscrito responderle. Por cuanto hace a que no se le informó a los parientes de la fallecida ***** , sobre la autopsia, es totalmente falso, lo cierto es que cuando el suscrito informa el fallecimiento de la paciente, el señor ***** , hijo de la paciente, se puso irascible, lanzando amenazas en contra de los médicos que atendieron a su señora madre, diciendo de manera amenazadora "...que él tenía suficiente influencia jurídica y política para inhabilitarlos, meternos a la cárcel y perjudicarnos de una forma u otra...", y salió del hospital y ya no regresó, quienes estaban presentes al momento en que fui amenazado y que les constan estos hechos, son los señores ***** , ***** , la actora, los doctores ***** , ***** , por lo que desde este momento lo responsabilizo de cualesquier atentado en mi contra o en contra de mi familia o bien, en contra de algún bien de mi propiedad; es de señalarse también, que esta persona, ***** , como aproximadamente, cinco días después del fallecimiento de su señora madre, me hizo una llamada telefónica, amenazándome nuevamente, diciéndome que "...te voy a afectar, te voy a perjudicar, avísale a tus compañeros que los voy a desprestigiar y a meter a la cárcel..."; así las cosas, ante la actitud irascible del señor ***** y la actitud de la quejosa que se encontraba bastante afectada en sus emociones que no le permitían tomar decisiones; el suscrito, en ese momento y de forma personal le informé a los hermanos de la fallecida, ***** y ***** , quienes eran los que se encontraban presentes cuando estaba llenando el certificado de defunción, y estaban proporcionando los datos de la fallecida y al llegar al punto diecinueve de dicho certificado, en forma directa y personal les pregunté a los citados si iban a solicitar la necropsia, ellos me manifestaron que no se haría la necropsia y concluí el llenado de dicho certificado agregando al efecto una copia simple de la credencial de elector del referido ***** , lo cual obra en los archivos de estadística del Hospital Civil ***** y desde este momento solicito se requiera a dicho nosocomio por conducto de su director para que remita el presente expediente el aludido certificado de defunción con su anexo consistente en copia de la credencial de elector del referido señor ***** . Sin embargo, quiero precisar que la necropsia pudo practicarse en cualquier otro momento, independientemente de que los restos humanos ya no se encontrasen en el nosocomio, solo bastaba con que los interesados la solicitaran, es decir, este tipo de trámite, no es propio del hospital, y para efecto de aclaración señalo: existen dos tipos de necropsia, la que se practica en la clínica y que se de nomina "necropsia clínica" y la que se practica no necesariamente en la clínica donde ocurrió el deceso y que se denomina "necropsia médico legal", la primera, la ley no obliga a practicarla, es decir, se lleva a cabo, siempre que el interesado lo solicite, en razón de que se cumple con el requisito de que existe un diagnóstico previo de la causa de la muerte, la segunda si es obligatoria, esto en razón de que no existe un diagnóstico de la causa de la

muerte y hace necesario que se conozca dicha causa de muerte, todo lo anterior encuentra sustento legal en el artículo 216 del Código Orgánico Procesal Penal y en los artículos 77 al 94 del Código de Instrucción Médico Forense. Ahora bien, y dado que la quejosa señala que no se practicó la autopsia a los restos de su señora madre, pues como ya lo referí, el señor ***** , decidió que no se practicara la misma, sin embargo, la autopsia puede practicarse en cualquier momento, basta con que el interesado así lo solicite, es decir, la quejosa tiene en todo momento, el derecho de solicitar se practique la necropsia a los restos de su señora madre, incluso ahora mismo puede solicitar la exhumación de los restos para que se lleve a cabo la necropsia y confirmar la causa de la muerte, y digo confirmar, puesto que en el certificado de defunción quedó asentado la causa de la muerte, por lo que no venga ahora, a querer tratar de sorprender a esta autoridad, aduciendo que no se practicó la necropsia al fallecimiento de su señora madre, como si la misma no pudiera practicarse nunca más, como ya lo dije, en todo momento puede practicarse e incluso ahora mismo si es necesario. Ahora bien, atendiendo a lo que dispone el artículo 286 del Código de Procedimientos Civiles vigente, y con el fin de allegarle todos los medios adecuados para que produzcan convicción en este organismo, solicito mande exhumar los restos de la señora ***** , por lo que requiérasele a la actora, informe a su señoría, el lugar exacto en donde se encuentran dichos restos; lo anterior en virtud de que el suscrito desconoce el lugar exacto donde se encuentran depositados dichos restos, lo que manifiesto bajo protesta de decir verdad; esta prueba se perfeccionara en su momento procesal oportuno, y que con los resultados que arroje dicha prueba, esta autoridad pueda con certeza jurídica, determinar si existe negligencia médica imputable al suscrito y además se confirme la causa de la muerte que ya obra anotada en el expediente clínico a que se hace referencia en este escrito. Referente a lo que señala la quejosa, en el presente numeral, en el sentido de que en el acta de defunción, aparece como tipo de defunción “muerte natural” y la causa de la misma “edema laringotraqueal”, debo referirle a ésta de que la causa de la muerte de su madre está contenida y citada en el certificado de defunción llenado por el suscrito, insisto en presencia de los señores ***** y ***** , y que lo anotado en el acta de defunción es responsabilidad del oficial de Registro Civil, por lo cual carece de todo sustento que se me impute responsabilidad en el llenado del acta de defunción, si tal circunstancia no le compete al suscrito, en todo caso a quien debe pedirle aclare tal eventualidad es al propio Oficial del Registro Civil y no al suscrito. Ahora bien, en relación con la incongruencia que refieren entre el Certificado de defunción/hoja de hospitalización y en el expediente y en la hoja de hospitalización, primero refiero que todos son documentos distintos, una cosa es el certificado de defunción, otra es el expediente clínico y otra la hoja de hospitalización y entre ellos no existe ninguna contradicción en la causa de muerte de su madre, incluso en la hoja de hospitalización hay un rubro que señala “causa de la defunción (transcripción exacta del certificado de defunción)” y en él se señala tal y como dice el certificado de defunción: edema

*laringotraqueal; P.O. tumor tiroideo, lo cual es coincidente con lo citado en el certificado de defunción y en el expediente clínico y esta causa de muerte aparece también en el acta de defunción emitida por el Registro Civil, solo basta con analizar correctamente cada uno de los documentos, situación que no hace la quejosa, solo se limita a hacer imputaciones sin razón alguna, pues todos los documentos son congruentes, es decir, tanto el acta de defunción en el rubro relativo a la “causa de la muerte”, como el certificado de defunción/hoja de hospitalización, expediente clínico y en la hoja de hospitalización. Del análisis realizado a la cronología de la atención médica postoperatorio que detalla la quejosa, hago los siguientes señalamientos: resulta insidiosa y se presume, con el único fin de perjudicar al suscrito y por supuesto de engañar a esta autoridad, para fincar responsabilidad en contra del suscrito, pues de tal cronología se advierte por parte de la quejosa que engañosamente señala que a las quince horas con cuarenta minutos, la paciente observaba “dificultad respiratoria”, lo que es impreciso, pues del registro de la hoja de enfermería, no se encuentra asentado tal eventualidad. Respecto a la serie de llamadas que dice efectuó, y el contenido de las mismas no tiene ninguna relación con el expediente clínico a que hemos hecho referencia en este memorial. **19.-** Ni lo niego ni lo afirmo por no ser hecho propio. Sin embargo, respecto a la documental consistente en la copia certificada de la denuncia que refiere la actora, desde este momento se objeta en todos sus efectos y alcances legales por la razón, de que dicha copia certificada carece de los requisitos exigidos por la ley para el caso concreto. **20.-** En cuanto a lo que señala la quejosa en el correlativo que se informa, insisto, no existen omisiones y por supuesto negligencia alguna imputables al suscrito, derivadas del caso que nos ocupa, pues como ya le he venido refiriendo, existe acreditado en el expediente clínico, que se practicaron todos y cada uno de los exámenes preoperatorios, se le hace saber de los riesgos que una cirugía conlleva, se le solicita autorización a la paciente para hacerle una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), previo a la cirugía, a lo que dicha paciente no aceptó, tal evento quedó registrado por el médico cirujano en el formato denominado “anotaciones del médico”, la paciente y la actor, asientan de su puño y letra su autorización para la cirugía, según se desprende del formato denominado “autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica”; se siguió todo el protocolo que se debe observar cuando se hace una intervención quirúrgica, desde la etapa preoperatoria hasta la etapa postoperatoria, mas allá de la insistencia de la quejosa, a tratar de encontrar omisiones y negligencias en el caso que nos ocupa, pues estas no existen, pues en todo momento la paciente tuvo la atención médica necesaria y su deceso no obedeció a la falta o mala atención médica, pues como ya lo he venido señalando detalladamente, en todo momento estuvo siendo atendida por especialistas y además dichos especialistas cuentan con muchos años atrás de experiencia, es decir, no son médicos improvisados lo que pretende hacer creer la quejosa. Respecto a lo que señala, que la pérdida de su señora madre ha causado el daño emocional irreparable, he de*

manifestar que siento mucho el fallecimiento de su señora madre, y tal sentimiento obedece a que el suscrito le tenía una gran estima como persona a la hoy finada, puesto que además de tratarla médicamente por muchos años, había una amistad, amistad que con el devenir de los años se tradujo en una gran estima, respeto y admiración, y no solo he atendido médicamente a la hoy finada, sino también a gran parte de su familia, como lo es a los abuelos maternos, padre, suegra, cuñada, hermano, tíos, sobrinos e incluso a los hijos de la quejosa y siempre lo he hecho anteponiendo primeramente mi profesionalismo como médico, por lo que me uno al dolor por la pérdida de tan apreciable señora *****. En cuanto a lo que refiere que en la denuncia y/o querrela, las personas que señala, describieron de manera precisa la conducta negligente, pues siendo objetivo, he de manifestar que del dicho de las personas es de advertirse que es un dicho subjetivo, afectado por la emoción que les causó el deceso de la paciente, insisto, tal argumento lo refiero en sentido objetivo, ahora bien, como ya lo he referido en este memorial, se le prestó oportunamente la atención médica necesaria en todo momento, sin embargo, el organismo de la paciente por más esfuerzo que se hizo, no pudo reaccionar favorablemente al tratamiento médico y quirúrgico, y ante tal circunstancia desfavorable no se puede imputar negligencia médica, es decir, el médico jamás será responsable de las reacciones que un organismo humano presente ante tal o cual tratamiento, si dicho tratamiento se administró observando las indicaciones prescritas, pues todo organismo humano es impredecible, cada organismo humano reacciona en forma diversa, puede presentar complicaciones que pueden ser leves o severas y esto no significa que exista negligencia médica. **21.-** En cuanto a lo que señala la quejosa en el punto que se informa, sigo insistiendo que no existe tal negligencia por parte del suscrito, puesto que siempre actué oportunamente, es decir no hubo de mi parte descuido voluntario alguno, ni consciente ni inconsciente, pues siempre pendiente del desarrollo de recuperación de la paciente, indicando a la enfermera de turno lo que era necesario hacer, según se desprende del expediente clínico multicitado en este memorial; por tanto no existe violación a los derechos humanos en cuanto a la atención médica por parte del suscrito, como lo pretende hacer creer la quejosa. **22.-** Respecto al correlativo que se informa, manifiesto son inexactas sus aseveraciones en cuanto a que el suscrito prestó atención deficiente a la paciente, pues como ya lo he venido señalando y explicando detalladamente y que además mi dicho se justifica con los registros contenidos en el expediente clínico y de dicho expediente clínico no se desprende negligencia médica alguna. En cuanto a lo que refiere que el nosocomio no cuenta con instalaciones adecuadas pues a tales imputaciones no es el suscrito quien debe de responder, sin embargo, me permito hacer las siguientes apreciaciones: tanto la paciente como la quejosa, conscientes y por voluntad propia, sabedora de las condiciones que guarda el nosocomio, decidieron contratar los servicios del hospital para que en el mismo se practicara la cirugía, es decir, en ningún momento fueron persuadidas ni engañadas o coaccionadas para

*elegir dicho hospital, por lo que ahora resulta extraño que se venga a quejar de las instalaciones con que cuenta dicho hospital; quiero aclarar que mi comentario no es en el sentido de defender de algún modo las condiciones del hospital, sino evidenciar a la quejosa en su dicho. Ahora bien, de todo lo anterior se concluye que, del presente caso que nos ocupa, no existe omisión en la atención médica pertinente y adecuada, por parte del suscrito, como lo pretende hacer creer la quejosa, primero, porque de la narración que da a los hechos de su queja, en reiteradas ocasiones reconoce que a su señora madre se le practicaron los estudios preoperatorios, los cuales se confirma también en las copias que exhibe como base de su acción, se le informó detalladamente de los riesgos y complicaciones que conlleva la cirugía, a lo que la paciente consintió conjuntamente con la quejosa, y desde su ingreso al hospital, tanto durante como después de la cirugía, siempre se le estuvo prestando atención médica necesaria por los especialistas de dicho hospital, todo lo aquí narrado se encuentra documentado en el expediente clínico referido. Respecto a las alteraciones y omisiones que dice existen en el expediente clínico de su señora madre, ya he explicado, que tales alteraciones de hemoglobina no existen lo que mi aseveración será acreditada en el momento procesal oportuno; además de que del expediente clínico se desprende que no fue necesaria transfundir sangre en la cirugía practicada a la paciente; respecto a las omisiones, suponiendo sin conceder que existieran las mismas en el llenado de los formatos que integran el expediente clínico, pues tal llenado y constitución del mismo no compete al suscrito realizarlo, son cuestiones meramente administrativas, entonces quien debe responderle a la quejosa respecto de esas imputaciones pues no es el suscrito; en cuanto a la diversidad que dice existe entre el expediente clínico y el certificado de defunción, ya lo dejé bastante claro en los numerales que anteceden, no existe divergencia alguna la causa de la muerte quedó asentada en los mismos términos tanto en el Certificado de Defunción como en el formato denominado hoja de hospitalización, mismos que obran en el expediente clínico. En cuanto a lo que precisa, que el acta de defunción es divergente con el expediente clínico, le refiero que el llenado de tal documento no compete al suscrito hacerlo, sino el Oficial del Registro Civil, luego entonces, es él a quien debe pedirle le responda de dicha imputación. De todo lo anteriormente expuesto y que se acredita que la señora ***** , se concluye que en cuanto a la cirugía quirúrgica practicada a la señora ***** , se siguió puntualmente el protocolo para tal efecto, es decir, se observó correctamente los cuidados tanto en su etapa preoperatoria como en la etapa postoperatoria, luego entonces, no se advierte ningún tipo de negligencia médica imputable al suscrito, es decir, clínicamente no existe negligencia y tal aseveración será acreditada en el momento procesal oportuno, resuelva que no existe violación de derechos humanos imputable al suscrito, pues es claro que la quejosa pretende sorprender la buena fe de esta Comisión de Derechos Humanos, aduciendo e imputando violaciones a los derechos humanos que jamás existieron, lo cual se acredita con el expediente clínico de la paciente*

*******.- CAPITULO DE OFRECIMIENTO DE PRUEBAS.-** a).- Documental, consistente en el expediente clínico controlado bajo el número *****, con número de registro *****, a nombre de la señora *****, mismo que se encuentra en los archivos del Hospital Civil de *****, con domicilio en ***** de *****, por lo que solicito a esta autoridad, requiera al C. Director de dicho hospital, para que le allegue el original de dicho expediente y se integre a los autos de la presente queja, con la anterior prueba es con el fin de demostrar que no existe violación por parte del suscrito, a los derechos humanos de la paciente *****, como lo pretende hacer creer la quejosa. b) Presuncional Legal y Humana, la que hago consistir en las deducciones lógico jurídicas que legal y humanamente sea posible desprender de un hecho conocido para averiguar la verdad de uno desconocido, en cuanto sean encaminados a justificar mi dicho”.

6. Con el escrito de fecha 20 de diciembre del 2013, el C. Dr. *****, Médico Cirujano, rindió el informe correspondiente, en los siguientes términos:

“...1.- El hecho que se contesta no es propio del suscrito, por lo que desconozco y no me consta su aseveración a este respecto. 2.- La primera parte del hecho que se contesta no es propio del suscrito: por cuanto hace a la supuesta confirmación del suscrito, en el sentido de que la operación que se practicaría a su madre no era de peligro, es totalmente falsa. En efecto, la quejosa se dirige a Usted en una forma dolosa, imprecisa y amañada, pues no precisa en este hecho, las características de tiempo y lugar y modo de aseveración. Sin embargo, una vez que la señora *****, estuvo internada en el Hospital Civil, Doctor *****, el suscrito previo a la intervención, platiqué tanto con la paciente, como con su hija incluso, existe un documento firmado por ambas personas, madre e hija donde consta que sabían el riesgo de la intervención y lo aceptaron. Debo señalar además, que como profesionistas de la medicina, en todos los casos y sin excepción alguna, hacemos saber a todo paciente y a sus familiares, los riesgos de una intervención quirúrgica; en especial y aún sin ser una intervención de alto riesgo, por el lugar donde se practicó la citada intervención. Si conlleva un riesgo, situación que insisto, puse en conocimiento tanto de la paciente como de su hija y ahora quejosa, lo que consta dentro del expediente clínico identificado con el número *****, en el Hospital Civil *****, relativo a la paciente *****, lo que consta fojas 95 y 95 reverso, del expediente clínico, motivo por el cual y a efecto de acreditar mi dicho, solicito se gire atento oficio al C. Director del Hospital Civil, Dr. *****, dependiente de la OPD, de Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas, con domicilio en *****, de *****, a efecto de que le sea enviado en original o copia certificada, todas y cada una de las constancias que integran el citado expediente clínico a efecto de que sea agregado a la queja/denuncia que nos ocupa y, que en su oportunidad sirva como medio de prueba. 3.- El hecho que se contesta, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser

propio del suscrito. **4.-** El hecho que se contesta no es propio del suscrito. **5.-** En cuanto al hecho que se contesta, refiere la quejosa que su madre ingresó en forma normal, identifica el día de ingreso, identifica a las enfermeras que la recibieron incluso, las pulsaciones, temperatura y presión arterial, lo cual en lo personal no me consta; pero sí tengo conocimiento que la paciente tenía antecedentes además de la alergia al polvo y del asma crónica, de una serie de enfermedades inclusive, de cuatro intervenciones quirúrgicas, las cuales son: una operación de rodilla, una apendicetomía, una colecistectomía y una resección de tumor de mama, intervenciones quirúrgicas anteriores a la que se le sometió, todo ello, como muestra de los antecedentes patológicos, lo que consta en el propio expediente clínico de la paciente, específicamente en la hoja de la historia clínica. Además, de enfermedades como migraña frecuente, depresión, ansiedad, insomnio, osteoartritis, xifosis e insuficiencia venosa periférica, lo que demuestra que la paciente no era una persona sana. Incluso, con posterioridad a la entrevista clínica, el anesthesiólogo, Dr. *****, realizó a la paciente una segunda entrevista, donde la propia paciente manifiesta padecer las siguientes enfermedades: bronquitis crónica y antecedentes de histerectomía. **6.-** El primer párrafo del hecho que se contesta, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio del suscrito. Por lo que hace al segundo párrafo, la quejosa no precisa a qué médicos se refiere, cuando señala que no realizaron una Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF). Debo señalar que se propuso a la paciente, pero ella no aceptó, manifestando que de todas maneras la iban a operar, motivo por el cual se propuso realizar una biopsia transoperatoria (BTO), situación en la que estuvo de acuerdo la paciente, lo que también obran en las constancias del expediente clínico. También existen las constancias en el expediente clínico, los estudios de valoración preoperatorios que refiere la quejosa, por lo que este párrafo es falso. Por lo que hace al último párrafo, en su oportunidad y una vez que tenga en sus manos el citado expediente clínico, Usted podrá constatar que la paciente no solamente era alérgica a polvos y cambios de temperatura, sino a todas las enfermedades que precisé en la contestación al hecho inmediato anterior. **7.-** El hecho que se contesta, no es propio del suscrito. Sin embargo me adhiero a esta petición en el sentido de que se haga llegar el expediente clínico y se agregue a la presente queja/denuncia. **8.-** Este hecho al que se da contestación, es confuso; pero debo señalar, que por cuanto hace al suscrito, la atención que presté a la paciente *****, de ninguna manera fue deficiente. Por el contrario, mi intervención como médico cirujano fue la extracción del nódulo tiroideo y, en el propio expediente clínico de la paciente, se observa que dicha intervención fue sin complicaciones, por lo que puedo asegurar que la quejosa se dirige a Usted sin fundamento alguno. **9.-** En primer párrafo del hecho que se contesta, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio. Sin embargo, como profesional de la medicina debo señalar que el término ASA II, (E-B) IIIx, de ninguna manera tiene un significado de condiciones inadecuadas, pues todas las operaciones conllevan un riesgo inclusive las de ASA I y en el caso que nos ocupa, la

*paciente tenía un problema de nódulo tiroideo, el cual hasta antes de la intervención se desconocía la gravedad del mismo, es decir, si dicha tumoración era maligno, o de otra estirpe, por lo que la intervención debería realizarse a la brevedad, con un estudio transoperatorio, como así sucedió y esto lo sabía perfectamente tanto la paciente como su hija y ahora quejosa. El segundo párrafo del hecho que se contesta. Tampoco es propio. Pero si puedo precisar que es completamente falso que se advierta una alteración en el expediente relativo a la hemoglobina, por lo que puedo asegurar que no existe ninguna incidencia en la evaluación para llevar a cabo la intervención de la paciente, *****, por lo que una vez que revisé estos exámenes de laboratorio, me doy cuenta que la paciente es apta para que le sea realizada la citada operación. Además, de que como medida preventiva, se tenía en reserva una unidad de sangre. Por lo que hace al último párrafo del hecho que se contesta es cierto. 10.- El hecho que se contesta es parcialmente cierto, ya que la intervención dio inicio a las once horas, la pieza de hemitiroidectomía fue entregado a la actora por conducto de una enfermera, a las trece horas aproximadamente. Así mismo, por cuanto hace a las notas médicas que yo realicé y que precisa la actora, éstas recomendaciones son de rutina, es decir, a todo paciente posoperatorio, se dejan instrucciones al personal de enfermería, para que sean debidamente checadas y revisadas constantemente, la insuficiencia respiratoria, así como otras indicaciones también de rutina, como son: Ayuno, aplicar soluciones intravenosas, diversos medicamentos, la posición (semisentada) de la paciente, sangrado de la herida quirúrgica y drenaje, e insisto, la insuficiencia respiratoria, es una indicación de rutina en toda cirugía. Por cuanto hace a la hora en que salió la paciente del quirófano, es cierto, así como también cierto es que los signos vitales eran estables, la emersión y extubación era normal, sin incidentes y se revisan cuerdas vocales, mediante laringoscopia, funcionando adecuadamente, pasa a recuperación consiente, con signos vitales estables y presión arterial 140/70, lo cual es normal. Al mismo tiempo, debo señalar que se comunicó a los familiares que el resultado de la biopsia transoperatoria, había arrojado resultados favorables; es decir, se descarta cáncer de tiroides. Por último, no debo pasar por alto, que en el último párrafo del hecho que se contesta, la actora señala que el doctor *****, manifiesta en su nota realizada en el expediente clínico a las quince horas, que la paciente pasa de la sala de recuperación a su cuarto de hospitalización, consiente, con signos vitales estables y sin datos de sangrado, lo cual si bien no es un hecho propio, también cierto es que dicha nota médica es totalmente acertada y la misma se puede apreciarse dentro de las constancias que obran en el multicitado expediente clínico. 11.- En el hecho que se contesta, reitero que la insuficiencia respiratoria como lo refiere la actora, de una manera dolosa y falsa, tratando de confundir o de formar un criterio diverso al real, ya que las indicaciones relativas a la insuficiencia respiratoria, no significa que esta situación se hubiera presentado en la paciente, como trata de inducir la actora, sino que es una indicación rutinaria de los cuidados*

posoperatorios en todos los casos de cualquier intervención quirúrgica, tal y como ya lo precisé con anterioridad. Además, es totalmente falso que se haya atendido a la señora ***** , hasta las 19:45 horas y esto, constituya una omisión a una atención médica eficiente y adecuada; por el contrario, después de la intervención quirúrgica siempre hubo en el cuarto de la paciente, personal de salud capacitado del propio Hospital Civil Dr. ***** , donde se llevó a cabo la operación, con indicaciones precisas de hablarme (nos) por teléfono en caso de complicaciones, en la inteligencia de que las indicaciones en cuestión, son para todos los pacientes en general, no solamente para la señora ***** , en particular y esto consta precisamente en el expediente clínico de la multicitada paciente. Además, debo señalar que en caso particular del suscrito, tengo por costumbre visitar a todos mis pacientes a las 20:00 horas, excepto cuando existen complicaciones en una intervención, situación que en el caso particular que nos ocupa, no aconteció. Por el contrario, como ya mencioné con anterioridad y además, consta en el expediente clínico, la operación se puede considerar como exitosa, razón por la cual en ningún momento las enfermeras de guardia me indicaron la necesidad de acudir al hospital. **12.-** El hecho que se contesta, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio. Sin embargo, debo precisar que de acuerdo a las notas de enfermería que obran en el expediente clínico, no se aprecia que haya existido ningún problema respiratorio, por lo que insisto en la acción dolosa y alejada de la realidad por parte de la quejosa, quien pretende distorsionar la realidad de cómo sucedieron los hechos. **13.-** El que se contesta ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio. **14.-** El hecho que se contesta es cierto solamente por cuanto hace a la hora en que me marcó vía telefónica el señor ***** , no por las enfermeras o personal del hospital civil Dr. ***** . Por cuanto hace al resto del mismo, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio. **15.-** Al igual que en la contestación al hecho inmediato anterior, ni lo afirmo ni lo niego, por no ser propio del suscrito declarante, solamente afirmo la hora en que por segunda ocasión recibo una segunda llamada telefónica por parte del señor ***** , aclarando que para entonces el suscrito, ya me encontraba en el quirófano del hospital, preparando la sala de operaciones, en caso de ser necesario, lo que hice saber al hijo de la paciente, pues desde la primera llamada, acudí de inmediato, lo que sucedió en menos de quince minutos desde mi domicilio particular, hasta el hospital civil. Por último, debo señalar que si existe equipo médico “carro rojo” en el área de hospitalización, acreditando tal situación con la intubación que se realizo a la paciente, en el propio cuarto de hospitalización, por el Dr. ***** , médico intensivista. **16.-** El hecho que se contesta es parcialmente cierto, en la inteligencia de que además, del doctor ***** , el suscrito acompañado de otras personas, ayudé en el traslado de la paciente a quirófano. Además, el procedimiento que precisa la quejosa es cierto, aclarando que la cirugía que supuestamente realizó la enfermera ***** , nunca fue realizada por ella, sino por el suscrito, que soy el médico cirujano, sin encontrar hematomas importantes, como refiere la nota de enfermeras, cuando precisa “encontrándose escasos coágulos. **17.-** El hecho que se contesta

no es propio. Por tal motivo, ni lo afirmo ni lo niego, pero puedo afirmar que al momento de que realicé la intervención quirúrgica, los exámenes de rigor que refiere la quejosa, ya obraban en el expediente clínico. Por cuanto hace al reporte ASA (valor de riesgo preoperatorio) grado II-III, es falso que riesgo II o III contra indique una cirugía electiva, como lo manifesté en la contestación al hecho número 6.- También es falso que no hayamos advertido quienes participamos en el diagnóstico y pronóstico de la intervención programada para el día 24 de noviembre del año 2012, porque en la citada fecha, no se programó ni se realizó ninguna intervención a la paciente *****. Así mismo, es falso que haya existido alteraciones en la hemoglobina de la paciente; además, reitero que valoré todos los exámenes preoperatorios de dicha paciente *****. En lo relativo a los cinco síntomas que identifica la quejosa, (que por cierto son seis supuestos síntomas), debo precisar que por cuanto hace a los dos primeros, identificados con los incisos a) y b), son indicaciones de rutina; es decir, no son síntomas, sino indicaciones y en caso de que se presentaren los síntomas, entonces sí avisar al médico. Por cuanto hace al inciso c).- relativo a la cefalea que presentó la paciente a las 16:00 horas, debo señalar que el doctor ***** , indicó oportunamente se aplicara dipirona, haciendo valer el antecedente de la paciente, quien de acuerdo a la historia clínica, padecía MIGRAÑAS FRECUENTES, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD, además de insomnio crónico, pero ello, desde mucho tiempo antes de la intervención. En relación al inciso d).- relativo al edema de cuello que presentaba la paciente a las 17:00 horas, dicha inflamación se debe a la clase de intervención que se realizó en dicha paciente, como lo es la incisión transversal con un tubo de penrose para drenaje de sangrado postoperatorio, por lo cual la enfermera realiza cambios de apósito reportando regular cantidad de líquido hemático, lo cual es totalmente normal. Por cuanto hace al inciso e).- Es falso se haya detectado la disnea de reposo a las 18:00 horas, ya que la realidad es que fue hasta las 19:00 en que se presentó la falta de aire para respirar y para esa hora, el doctor ***** , ya se encontraba dando atención a la paciente, intubándola y administrándole oxígeno. Por último, en relación al inciso f).- Es cierto y debo precisar que el estridor laríngeo e incremento de edema en cuello, fue atendido oportunamente por el Dr. ***** , colocando una sonda endotraqueal. El último párrafo del hecho que se contesta es falso, ya que nunca fuimos omisos en atender a la paciente desde las 15:00 a las 19:45 horas, tampoco se dejó de vigilar su evolución, ya que al encontrarse en un centro hospitalario, con las indicaciones postoperatorias que previamente deja el cirujano y que obran en el expediente clínico, además con la atención de un médico no de guardia, sino del propio equipo que participó en la intervención, con conocimientos de especialidad como internista e intensivista, aunado al personal de enfermería de hospitalización que vigilan adecuada y constantemente las indicaciones y los cuidados postoperatorios de cada paciente, como se demuestra con los propios reportes de enfermería que obran en el expediente clínico, no puede suponer la quejosa que su madre se

encontraba abandonada, mucho menos acusar una negligencia en el fallecimiento de su señora madre. **18.-** El hecho que se contesta es confuso, ya que si bien es cierto la importancia de los cuidados postoperatorios, también cierto es que el suscrito declarante en ningún momento dejé de observar y dar seguimiento a la paciente incluso, el suscrito fui avisado por el señor ***** , hijo de la paciente, hasta las 19:20 horas tal y como lo señala la quejosa y acudí de inmediato a su llamado, por lo que al momento de que realizó la segunda llamada, a las 19:40 horas, yo ya me encontraba en el hospital, manifestando bajo protesta de decir verdad, que no recibí ningún aviso o llamada con anterioridad, ni del señor ***** , ni del personal de enfermería del hospital, donde se me informara de alguna complicación en la paciente, reiterando que mi visita rutinaria es a las 20:00 horas. La observación que hace la quejosa en este párrafo, es una mera apreciación subjetiva, toda vez que si bien es cierto que en ese momento, no nos encontrábamos el total de los médicos que intervenimos en la intervención quirúrgica, también es cierto que en todo momento la paciente tuvo la atención del personal de enfermería y en particular, la del doctor ***** , aclarando que los cuidados posoperatorios no son de 24 horas, sino hasta la total recuperación del (la paciente, pero no es posible que todo el equipo permanezca las primeras 24 horas físicamente y, precisamente ahí es donde empiezan los cuidados intensivos del personal de enfermería como coadyuvante de los profesionales de la medicina. El párrafo en cuestión, es totalmente confuso y me deja en un estado de indefensión, al existir una total obscuridad en el mismo, pues la quejosa no precisa a qué norma oficial se refiere. Por supuesto que el hospital cuenta con el equipo necesario. Prueba de ello, es que en el propio cuarto de hospitalización, se llevó a cabo la intubación a la señora ***** . Falso es que no se haya informado a los parientes de la paciente sobre la autopsia, pues lo cierto es que si se informó a los pacientes sobre la realización de la autopsia, pero ellos no intervinieron de acuerdo a ello. En referencia a la contradicción que hace mención la quejosa sobre el acta de defunción, quiero manifestar que no existe tal contradicción, ya que el shock anafiláctico es causa de un edema laríngeo traqueal. Sin embargo, al negarse de manera categórica la familia de la paciente, a la realización de la autopsia, y poner en duda la causa de la muerte, debo precisar que en departamento de estadística, quien se niega a la realización de una autopsia, debe ser debidamente identificado, por lo que aseguro que en dicho departamento obra la identificación de quien recibió el cuerpo de la señora ***** y negó la autorización de la realización de la autopsia, por lo que solicito se requiera al encargado del Departamento de Estadística, del Hospital Civil, Dr. ***** , informe a esa Presidencia a su digno cargo, sobre el nombre de la persona (familiar) de la señora ***** , que recibió el cuerpo y negó la autorización para la realización de la autopsia, así como la identificación que dejó al momento de la negativa. Por otra parte, en su oportunidad solicitaré ante la Autoridad Judicial, se ordene la exhumación del cuerpo de la señora ***** , a efecto de que se demuestre que el motivo de la muerte de dicha

*paciente, lo fue un edema laríngeo traqueal. Por otra parte, a la quejosa le corresponde la carga de la prueba. Por otra parte, la quejosa no precisa a qué se refiere cuando manifiesta: ...”en ese momento...”, pues me deja en un estado de indefensión. Por último, debo señalar que solamente es cierto, que la paciente fue trasladada al cuarto número 3 de hospitalización del hospital civil, así como la hora en que la paciente es trasladada al quirófano, así también las dos llamadas telefónicas al suscrito, las cuales fueron realizadas a las 19:20 y 19:40 horas, insistiendo que a las 19:40 horas, el suscrito ya me encontraba en el hospital. Por cuanto hace a los diversos puntos de la citada cronología, debo señalar que varios puntos los desconozco por no ser propios y otros los encuentro distorsionados y no corresponden a la realidad de los tiempos. 19.- El presente hecho, solamente es cierto y conocido del suscrito, lo relativo al Expediente Civil radicado con el número ***** , ante el Juzgado de referencia. 20.- El hecho que se contesta es falso de toda falsedad, pues el suscrito nunca he ocasionado ningún daño directo, ni indirecto, tampoco moral, a las familias ***** y ***** , ya que durante el tratamiento, operación y evolución de la señora ***** , el suscrito siempre me conduje atendiéndola en forma diligente, adecuada, en tiempo. Además, atendida una vez concluida la intervención quirúrgica, por personal calificado del propio hospital donde fue intervenida. Por cuanto hace a la manifestación de la quejosa en relación a las deficiencias que presente el Hospital Civil, debo señalar como ya lo hice con anterioridad, que esto es totalmente falso, pues el citado hospital sí cuenta con los elementos necesarios para la debida atención a los pacientes, como lo es el llamado “carro rojo” inclusive, el hecho de que se logró la intubación de la paciente en el cuarto de hospitalización, aún y cuando no era el lugar apropiado. Sin embargo, por la urgencia del caso, hubo necesidad de adecuarlo, lográndose el objetivo. En lo que refiere la quejosa, en relación a las declaraciones ministeriales de diversos testigos, debo señalar que aun y cuando tengo conocimiento de la Averiguación Previa Penal, en virtud de que la propia quejosa lo manifestó en el Juicio Civil, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que desconozco por completo las constancias que integran dicha Indagatoria, toda vez que hasta el día de hoy, no he sido debidamente citado a emitir mi declaración ministerial. Niego categóricamente en lo personal, haber actuado en forma negligente en lo referente a la atención médica a la paciente ***** y por lo mismo, no he ocasionado ningún daño moral ni de otro tipo, a la hoy fallecida. 21.- El hecho que se contesta es falso, pues nunca he cometido omisiones ni negligencias graves en la atención que presté a la paciente ***** y reitero una vez más, en el momento en que fui requerido, acudí de inmediato y di atención a la paciente. Esto en fecha 24 y 25 de noviembre del año próximo pasado. Por ello, niego haber violado lo relativo a derechos humanos ni violentado el derecho a la salud. Por el contrario, otorgué una atención eficiente y puntual a la señora ***** , y el resultado del fallecimiento no estuvo en mis manos evitarlo, pues la medicina no es una ciencia exacta, uno como profesional de la medicina prevé los medios, pero*

no los resultados. **22.-** El hecho que se contesta es falso, pues la atención que se brindó a la paciente fue la adecuada, diligente, en tiempo y forma, con prestación de cuidados postoperatorios por personal calificado en el lapso de tiempo que la quejosa refiere y, si bien es cierto que la paciente fallece, no menos cierto es que la señora ***** , tenía antecedentes de diversas enfermedades inclusive, varias intervenciones quirúrgicas, mismas que la quejosa omite maliciosamente poner en conocimiento de su señoría. Por último, debo señalar que entiendo perfectamente el dolor de la quejosa y su familia, pero ello no significa que deba alterar o maquinar situaciones que no son reales. **PRUEBAS.-** Documental pública, consistente en el expediente clínico que obra en los archivos del Hospital Civil “Dr. *****”, con domicilio en ***** , de ***** , por lo cual solicito tenga a bien girar atento oficio al Director de dicho hospital, solicitando el original de dicho expediente o en su caso, copia certificada del mismo. Lo anterior, a efecto de acreditar que la contestación a los hechos de la queja, son ciertos. Documental, consistente en copia de identificación oficial que dejó el familiar que recibió el cuerpo de la señora ***** , misma persona que rechazó la autopsia a la señora ***** , para lo cual solicito tenga a bien girar atento oficio al encargado del departamento de Estadística del Hospital Civil, Dr. ***** . Informe de Autoridad, consistente en copia de identificación oficial que dejó el familiar que recibió el cuerpo de la señora ***** , misma que rechazó la autopsia a la señora ***** para lo cual solicito tenga a bien girar atento oficio al encargado del departamento de Estadística del Hospital Civil, Dr. ***** . Informe de Autoridad, consistente en original y copia certificada del expediente clínico que obra en la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para lo cual solicito tenga a bien girar atento oficio al C. Director de dicha Institución de Salud, solicitando el expediente clínico de la señora ***** . Lo anterior, a efecto de acreditar que la paciente tenía una serie de enfermedades crónicas desde tiempo atrás, contrario a lo que señala su hija y quejosa. Confesional a cargo de la señora ***** , quien deberá absolver personalmente las posiciones que en forma verbal y directa se le formularán el día y hora que tenga a bien señalar esa autoridad administrativa para tal efecto. Por tal motivo, solicito que la quejosa sea citada en el domicilio convencional señalado en autos, con el apercibimiento de que en caso de no comparecer sin justa causa, será declarada confesa de las posiciones que sean calificadas como legales. Pericial a cargo del Doctor ***** , profesionista con Cédula Profesional ***** y Cédula de Especialidad ***** , quien deberá tener a la vista el expediente clínico de la señora ***** , y determinar si a su leal saber y entender existe negligencia, indiferencia u omisión, en la atención prestada a la citada paciente; previo, durante y posterior a la intervención quirúrgica que se le realizó, a partir de su internamiento en el Hospital Civil, Dr. ***** , de ***** , los días 24 y 25 de noviembre del año 2012. Con este medio de prueba, demostraré que los exámenes preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios de rutina que niega se hayan realizado, sí se realizaron con diligencia. Presuncional Legal y Humana, consistente

en todas y cada una de las constancias que integran el presente expediente administrativo y, que favorezcan los intereses del suscrito”.

7. Mediante escrito de fecha 07 de enero del 2014, el C. Dr. *****,
***** Médico General del Hospital Civil “Dr. *****, de *****, rindió informe en los términos siguientes:

A).- En cuanto al **número 1** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **B).**- En cuanto al **número 2** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. Sin embargo cabe precisar que el Dr. *****, no es un médico internista como lo señala la quejosa, sino que tiene la especialidad en geriatría y como la misma quejosa lo señala era quien regularmente atendía médicamente a la C. *****, por ser el médico de la familia como se acredita con la copia del expediente clínico que se exhibe adjunto a la presente contestación. **C).**- En cuanto al **número 3** de los hechos, debe decirse que efectivamente como lo señala la quejosa, el Dr. *****, mediante una receta de su consultorio particular de fecha 23 de noviembre de 2012, ordena que la C. *****, fuera hospitalizada en sala de distinción donde se le había separado el cuarto número 3, asimismo, en dicha receta se indicaban los exámenes que se le realizarían a la paciente. Lo anterior en virtud de que la atención que se prestaría a la paciente sería de forma particular, por cuenta y riesgo de la paciente y bajo la responsabilidad del doctor *****. Ya que la sala de distinción es únicamente para pacientes que los doctores atienden en forma particular, de lo que se advierte que se trató de un asunto entre particulares ajeno a la Institución de Salud que represento. **D).**- En cuanto al **número 4** de los hechos, debe decirse que en este punto es afirmativo. **E).**- En cuanto al **número 5** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **F).**- En cuanto al **número 6** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **G).**- En cuanto al **número 7** de los hechos, debe decirse que el expediente original clínico de la C. *****, deberá permanecer dentro de la Institución médica que represento, toda vez que la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012 que habla sobre el expediente clínico, en su número 5.4 se señala que los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que lo genera. Sin embargo, la Institución que represento, no tiene ningún inconveniente en proporcionarle una copia certificada ante Notario Público del citado expediente de la C. *****. **H).**- En cuando al **número 8** de los hechos, debe decirse que si bien es cierto que son trabajadores de la Institución

que represento, también lo es que la operación que se le practicó a la C. *****, fue realizada en forma particular “**atención privada**” fuera del horario de trabajo de los médicos que la realizaron, lo que se advierte del expediente clínico donde el mismo doctor responsable de la intervención ordena su internamiento de forma privada o particular. Cabe hacer mención que la Institución cuando son pacientes de población abierta y en sala general, la atención médica se lleva a cabo por el médico de turno correspondiente y no en forma personalizada. En cuanto al personal de enfermería son trabajadores de la Institución que actuaron en su jornada de trabajo. **I).**- En cuanto al **número 9** de los hechos, debe decirse que la parte quejosa hace referencia a que el expediente fue alterado en el rubro de la hemoglobina, sin embargo señalo contundentemente que en la Institución que represento no se altera jamás un resultado, ni lo escrito dentro del expediente, por lo que se niega en todos sus puntos y efectos y arrojé la carga de la prueba a la quejosa a fin de que acredite lo contrario de lo probado con el expediente clínico que se anexa. **J).**- En cuanto al **número 10** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución Médica que represento. **K).**- En cuanto al **número 11** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución Médica que represento. **L).**- En cuanto al **número 12** de los hechos, debe decirse que es preciso aclarar que cuando se le da atención a un paciente de Sala General no se le pueden proporcionar teléfonos celulares y fijos a los pacientes de los doctores que los están atendiendo, ese privilegio únicamente lo tienen los pacientes que se atienden en forma particular, ya que cuando se les requiere se deben presentar a la atención de su paciente por ser los responsables de la atención durante su internamiento, durante la intervención y la post operación hasta su egreso del hospital. **M).**- En cuanto al **número 13** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **N).**- En cuanto al **número 14** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución Médica que represento. **O).**- En cuanto al **número 15** de los hechos, debe decirse que es importante aclarar que la Institución que represento, sí cuenta con el quipo médico capacitado, así como los insumos necesarios para la intubación y extubación de pacientes, no requiriéndose un área especial para realizar dicho procedimiento. **P).**- En cuanto al **número 16** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **Q).**- En cuanto al **número 17** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo, ni lo niego por ser hechos propios de la Institución médica que represento. Sin embargo según consta en el expediente clínico, si se contaba con exámenes de laboratorio electrocardiograma y placas de tórax, estudios necesarios para hacer una valoración preoperatoria de acuerdo a la normatividad

vigente. **R.-** En cuanto al **número 18** de los hechos, debe decirse que efectivamente todos los pacientes deben tener cuidados postoperatorios de acuerdo a las vías de práctica clínica, correspondiendo en este caso a los médicos tratantes ya que es una paciente atendida en forma particular. **S).-** En cuanto al **número 19** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **T).-** En cuanto al **número 20** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **U).-** En cuanto al **número 21** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **V).-** En cuanto al **número 22** de los hechos, debe decirse que en este punto ni lo afirmo ni lo niego por no ser hechos propios de la Institución médica que represento. **X).-** En cuanto a la **Petición Especial** que se solicita por parte de la quejosa, es procedente remitir una copia del expediente clínico de la C. *****, que se le agrega a la presente contestación como anexo uno. **Y.-** Por último respecto a las diversas pruebas que ofrece la parte quejosa. A ese respecto estaríamos en la posibilidad de proporcionar algún dato que sea necesario o comparecer en cuanto se nos requiera para aclarar cualquier situación relacionada con las mismas. Es preciso destacar que como se advierte de la queja que con este escrito se contesta, la parte quejosa interpuso formal denuncia ante la Agencia del Ministerio Público Investigador en contra de los doctores responsables de la atención médica brindada a la paciente, así como demanda por la responsabilidad civil que les resulta a los mismos, evento que nos conduce al conocimiento cierto de que la parte quejosa sabe y está consciente de que la responsabilidad de la intervención a su familiar ***** recae sobre los médicos que tomaron la decisión y el riesgo de intervenirla de forma particular y privada, lo que nos conduce a la certeza jurídica de que nos encontramos en un caso de falta de legitimación pasiva (error en el demandado) por no ser la persona moral la responsable de las acciones u omisiones ejecutadas por los particulares.

8. Los informes rendidos por los implicados fueron notificados a la quejosa para que expresara lo que a su interés conviniera, y por considerarse necesario, con base en lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley que rige a esta Institución, mediante acuerdo del veintiuno de enero del dos mil catorce, se declaró la apertura de un período probatorio por el plazo de diez días hábiles.

9. Dentro del procedimiento se desahogaron las siguientes probanzas:

9.1. Pruebas aportadas por la quejosa.

9.1.1. Escrito de fecha 07 de febrero del 2014, signado por la C. ***** , mediante el cual ofrece como pruebas de su intención:

a) Documentales públicas y privadas que se hacen consistir en los diversos documentos que se anexaron a la denuncia de hechos sobre violación del derecho humano a la vida, relativos a nombramiento de albacea y el control de llamadas de los teléfonos precisados en los escritos de denuncia.

b) Declaración de parte que deberá de manifestar y declarar en forma personal el señor Director General del Hospital Civil de esta ciudad, con domicilio en el 21 y 22 Méndez, número 502 de esta ciudad, quien deberá bajo protesta de decir verdad, declarar conforme a las preguntas que se le formularán en el momento de la diligencia; el objeto de dicha probanza es justificar que el Hospital Civil de esta ciudad, es corresponsable de la atención médica que se presta a los usuarios de dicha institución.

d).- Testimonial a cargo de las enfermeras: ***** , ***** , ***** , ***** , ***** , y a quienes se les deberá de notificar en su centro de trabajo Hospital Civil Dr. ***** , ubicado en el ***** de ***** , que deberán de comparecer el día y hora que se señale para que declaren conforme al interrogatorio que se exhibe, cuya copia deberá de poner a la vista de la parte contraria a fin de que tenga conocimiento de la misma y pueda formular las repreguntas que en derecho procedan.

e) Pericial a cargo de ***** , con cédula profesional número ***** y cédula de especialista ***** , a quien presentaré para que manifieste si acepta el cargo y protesta y quien deberá de resolver, dictaminar acorde con el expediente clínico sobre posibles negligencias, fallas, carencias, omisiones, impericia e imprudencias en el tratamiento preoperatorio y post operatorio de ***** , los días 24 y 25 de noviembre de 2012, en el Hospital Civil de ***** y precisar causa de la muerte de dicha persona, si la omisión de no atención a la paciente en forma directa incide en su resultado y además si la Institución adoptó las medidas necesarias

para que se recibiera una atención médica pertinente y de calidad, conforme a su derecho humano de vida, mi madre tuviera la atención de su derecho; cuestionario pericial del expediente clínico; médicos tratantes y participantes en la evolución post operatoria; del hospital ***** de *****, "Dr. *****".

f).- Informe de autoridad que deberán de rendir la Agente del Ministerio Público de Combate al Rezago a fin de que manifieste si tiene registrado el expediente ***** en la Agencia del Ministerial Público actuante y remita copia fotostática certificada de las declaraciones testimoniales de ***** y ***** efectuada el día veintidós de enero del año en curso. Dicha probanza tiene por objeto acreditar los hechos de la denuncia

g).- Documental Pública, consistente en copia fotostática certificada del expediente *****; tramitado en la Agencia del Ministerio Público Investigador para el Combate al Rezago, y derivado de la denuncia de hechos por diversos ilícitos penales y que fue remitida por la autoridad en mención. Dicha probanza tiene por objeto acreditar los hechos de la denuncia y en especial que los doctores tratantes y que operaron a mi madre *****, no estuvieron la atención médica a partir de las 15:00 horas hasta las 19:45 hrs. del día 25 de noviembre del 2012 y el Dr. ***** intervino hasta las 18:30 hrs. de dicho día.

h).- Documental pública, consistente en las constancias procesales derivadas del expediente *****; relativo al Juicio Sumario Civil de Responsabilidad Civil en contra de los doctores *****, *****, ***** y *****, el cual obra en el expediente y en el supuesto de que no exista dicho documento en el expediente, solicito se pida de nueva cuenta el informe de autoridad que deberá de rendir el Juez Primero de Primera Instancia del Ramo Civil del Primer Distrito Judicial en el Estado, a fin de que manifieste si tiene registrado y remita copia fotostática certificada de las constancias procesales que integran el expediente en mención, en especial la demanda y la contestación de la demanda. Dicha probanza tiene por objeto justificar los hechos de la denuncia, y en especial que existe una

confesión tácita de los doctores que operaron a mi madre por más de cuatro horas y media fueron omisos en la atención médica en forma personal y directa.

i).- Informe del Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas, que se deberá de solicitar a dicha dependencia pública del Gobierno del Estado a fin de que manifieste si fue presentado Juicio de Responsabilidad Objetiva en contra del Hospital Civil de *****. Dicha prueba tiene por objeto acreditar los hechos de la denuncia.

j).- Documentales privadas, consistente en 1.- Recibo de factura del 10 de diciembre del 2012, que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...], propiedad de la señora ***** , el cual contiene en el apartado “Detalle de Servicio Nacionales” las llamadas efectuadas al teléfono del doctor ***** , cuyo número de celular ya fue mencionado; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se le hicieron donde se le manifestó telefónicamente, en varias ocasiones, sobre el estado de salud de mi madre el día de la operación: 25 de noviembre del año próximo pasado. 2.- Recibo de factura que contiene los datos de las operaciones telefónicas del número celular: [...] a nombre de mi padre ***** , el cual contiene en el apartado “Detalle de Servicio Nacionales” las llamadas efectuadas a los teléfonos de los doctores ***** y Dr. ***** , cuyos números de celular ya fueron mencionados; lo anterior a fin de justificar las diversas llamadas que se les hicieron para que atendieran a mi señora madre el día de la operación 25 de noviembre del año próximo pasado; probanzas que se anexaron con el escrito de denuncia.

k).- Presuncional legal y humana, consistentes en las deducciones lógicas que se hagan entre el hecho conocido y la verdad real que se trata de encontrar.

9.1.2. Documental consistente en escrito de fecha 12 de febrero del 2014, signado por la C. ***** , mediante el cual ofrece como pruebas de su

intención la Testimonial a cargo de los señores ***** y ***** , solicitando que éstos declaren conforme al interrogatorio que adjunta a dicho escrito.

9.1.3. Documental consistente en escrito de fecha 14 de febrero del 2014, signado por la C. ***** , mediante el cual manifiesta que no es su deseo apersonarse a dar respuesta a las posiciones formuladas por el Dr. ***** con motivo a la prueba confesional a su cargo, ofrecida por dicho médico.

9.2. Pruebas aportadas por el Dr. *** .**

9.2.1. Documental consistente en oficio número ***** , de fecha 07 de febrero del 2014, mediante el cual ratifica tanto las pruebas aportadas en su escrito de fecha 19 de diciembre el 2013, como la constancia original de trabajo, de fecha 8 de enero del 2014, signada por el Administrador del Hospital Civil de esta ciudad.

9.2.2. Documental consistente en oficio número ***** , de fecha 24 de febrero del 2014, mediante el cual ofrece como pruebas el Interrogatorio de repreguntas, sobre el cual deberán declarar los CC. ***** y ***** .

9.2.3. Documental consistente en oficio número ***** , de fecha 24 de febrero del 2014, mediante el cual ofrece como pruebas los Interrogatorios, sobre los cuales deberán declarar las CC. ***** , ***** , ***** , ***** , ***** y ***** .

9.2.4. Documental consistente en oficio número ***** , de fecha 28 de febrero del 2014, mediante el cual ofrece como pruebas el Interrogatorio de repreguntas, sobre el cual deberá de declarar la C. ***** .

9.3. Pruebas aportadas por el Dr. *** .**

9.3.1. Documental consistente en escrito de fecha 07 de febrero del 2014, signado por el Dr. ***** , mediante el cual ratifica su escrito de ofrecimiento

de pruebas de fecha 20 de diciembre del año próximo pasado, las cuales ratifica e identifica de nueva cuenta.

9.4. Pruebas aportadas por el Dr. ***.**

9.4.1. Escrito de fecha 11 de febrero del 2014, signado por el Dr. ***** , mediante el cual ofrece como Pruebas:

a) Documental Pública y/o Privada, consistente en el expediente clínico de la paciente, solicito se requiera al Director del Hospital Civil de ***** “Doctor *****”, para que exhiba el original del expediente clínico de la paciente ***** , formado con motivo a la atención médica brindada en fecha 24 y 25 de noviembre del 2012, con ella demuestro específicamente en las notas médicas por mi suscritas, que mi actuar como médico anesthesiologo fue de lo más diligente, y que en ningún momento he violado el derecho a la protección de la salud, por lo que desde este momento ratifico en todas y cada una de sus partes las notas suscritas por un servidor y que obran en el ya mencionado expediente clínico.

b) Pericial consistente en la opinión técnica por los peritos médicos en la materia los doctores ***** y ***** , a quienes presentaré ante esta autoridad en el momento que se me indique con el fin de que acepten y protesten el cargo como peritos, y posterior determinen en base a sus conocimientos científicos, técnicos, experiencia ya su leal entender sobre la atención médica brindada a la paciente ***** , en fecha 25 de noviembre de 2012.

c) Testimonial que hago consistir en la declaración de dos personas idóneas, a cargo de las enfermeras ***** y ***** , a quienes solicito se les notifique por conducto de esta autoridad en el Hospital Civil de ***** Dr. ***** .

d) Presuncional Legal y Humana, consistente en las deducciones lógicas que se hagan entre el hecho conocido y la verdad real que se trata de encontrar toda vez que si nos ponemos a analizar los hechos que narra la ofendida y de las supuestas violaciones a sus derechos de protección a la salud y

que tiene su fundamento en nuestra Carta Magna, es totalmente obvio que mi actuar fue de lo más acorde y eficiente, totalmente apegado a los lineamientos médicos, a las normas oficiales y siempre viendo por salvaguardar la salud del paciente.

9.3. Pruebas obtenidas por esta Comisión.

9.3.1. Oficio número *****, de fecha 10 de febrero del 2014, signado por el C. *****, Director Jurídico de la Secretaría de Salud del Gobierno de Tamaulipas, el cual dice lo siguiente:

*“...En alcance al oficio firmado por el Dr. *****, mediante el cual informa su imposibilidad de remitir a esa Comisión de Derechos Humanos las copias certificadas del certificado de defunción de ***** y de la credencial de elector de *****, solicitadas mediante oficio número ***** derivado del expediente administrativo que nos ocupa, y tomando en consideración que en el expediente formado con motivo del servicio particular prestado a la señora ***** por parte de los doctores *****, ***** y *****, no se encuentran agregados originales del certificado de defunción ni de la credencial de elector señaladas, remito a Usted copias simple de dichas documentales a fin de dar cumplimiento en lo posible al oficio de referencia.*

9.3.2. Escrito de fecha 07 de febrero del 2014, signado por el Dr. *****, mediante el cual exhibe el cuestionario que servirá para que emita su dictamen el perito médico, Doctor *****, profesionista con Cédula Profesional ***** y Cédula de Especialidad *****, quien deberá tener a la vista todas y cada una de las constancias que integran el expediente de queja que nos ocupa.

9.3.3. Escrito de fecha 11 de febrero del 2014, suscrito por el Dr. *****, mediante el cual desahoga la vista que se mandó dar con motivo del escrito presentado por el Dr. *****, y manifiesta: *“No acepto y me opongo a la adhesión que pretende el profesionista, cuando pretende de acuerdo a su petición identificada en el inciso a), que el perito ofrecido por el suscrito, “determine si del estudio exhaustivo del expediente clínico de la señora ***** , existió negligencia, omisión, indiferencia en la atención prestada tanto previo, durante y posterior a la intervención quirúrgica, imputable al suscrito ***** . En este sentido, debo señalar*

*que el Dr. ***** , está en todo su derecho de nombrar su perito incluso al perito nombrado por el suscrito, pero no puede solicitar que el dictamen lo emita sobre su persona, porque no es una prueba de su intención, sino del suscrito”.*

9.3.4. Oficio número ***** , de fecha 10 de febrero del 2014, signado por la C. Lic. ***** , mediante el cual remite copia certificada de la Averiguación Previa Penal ***** , misma que diera inicio por los hechos denunciados por la C. ***** , en su carácter de albacea de la sucesión testamentaria a bienes de la señora ***** , en contra del C. ***** y otros, por el delito de Responsabilidad Médica Técnica y Administrativa y Homicidio.

9.3.5. Oficio número ***** de fecha 11 de febrero, signado por el C. Lic. ***** , Juez ***** de Primera Instancia de lo Civil del Primer Distrito Judicial en el Estado, mediante el cual remite copias certificadas del Juicio Sumario ***** , promovido por la C. ***** en contra de ***** , ***** , ***** , ***** .

9.3.6. Con oficio número ***** , de fecha 12 de febrero del 2014, el C. Dr. ***** , de la Subdirección Médica de la Clínica Hospital Victoria ISSSTE, remite copia certificada del expediente clínico a nombre de ***** .

9.3.7. Escrito de fecha 24 de febrero del 2014, signado por la C. ***** , mediante el cual remite la ampliación del cuestionario al Perito Dr. ***** , ofrecido por el Dr. ***** .

9.3.8. Comparecencia del C. ***** , Médico Anestesiólogo, de fecha 05 de marzo del 2014, quien manifestó que acepta el cargo conferido por el doctor ***** , protestando su legal desempeño, a quien se le hizo entrega de copia certificada del expediente clínico remitido por el Hospital Civil de esta ciudad, relativo a la atención médica brindada a ***** , señalando que con posterioridad allegará a los autos el dictamen correspondiente.

9.3.9. Comparecencia del C. ***** , Médico Cirujano Partero, con especialidad en anestesiología, de fecha 05 de marzo del 2014, y manifiesta:

*“Que acude en su calidad de perito en materia de anestesiología, ofrecido por el Dr. ***** , a fin de aceptar el cargo que se le confiere protestando su fiel y legal desempeño, acto seguido se le cuestiona por parte de este Organismo sobre su experiencia en el ramo del cual se le requiere a lo que manifiesta el declarante que cuenta con 27 años de experiencia, es miembro del Colegio de Anestesiólogos de Cd. Victoria, perteneciendo a la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología A.C. y avalado por el Consejo Mexicano de Anestesiología, acto seguido y una vez aceptado el cargo se pone a la vista del declarante copia certificada del expediente clínico de la paciente ***** , que fuera remitido por el Director del Hospital Civil de ***** , mismo que obra agregado en autos del procedimiento en que se actúa, por lo que, enterado del contenido del mismo manifiesta el declarante que en breve término presentará los resultados de la experticia requerida”.*

9.3.9. Comparecencia del C. ***** , Médico Cirujano Partero, con especialidad en cirugía general, de fecha 05 de marzo del 2014, y manifiesta:

*“Que acude en su calidad de perito ofrecido por el Dr. ***** , en materia de cirugía general, a fin de aceptar el cargo que se le confiere protestando en este acto su fiel y legal desempeño, acto seguido se le cuestiona por parte de este Organismo sobre su experiencia en el ramo del cual se le requiere a lo que manifiesta el declarante que cuenta con 28 años de experiencia, en diversas instituciones como lo son en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud Estatal y ejercicio privado, miembro también de la Asociación Mexicana de Cirugía General y Certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General, acto seguido y una vez aceptado el cargo se pone a la vista del declarante copia certificada del expediente clínico de la paciente ***** , que fuera remitido por el Director del Hospital Civil de ***** , mismo que obra agregado en autos del procedimiento en que se actúa, por lo que, enterado del contenido del mismo manifiesta el declarante que en breve términos presentará los resultados de la experticia requerida”.*

9.3.10. Escrito de fecha 05 de marzo del 2014, signado por el Dr. ***** , mediante el cual exhibe los interrogatorios que deberán desahogar las enfermeras ***** y *****; así mismo, indica los lineamientos en los cuales deberá versar la pericial a cargo de los doctores ***** y ***** .

9.3.11. Escrito de fecha 05 de marzo del 2014, firmado por la C. ***** , mediante el cual presenta el interrogatorio de repreguntas correspondiente a los cuestionamientos ofrecidos por el Dr. ***** , para que sean formulados a las enfermeras ***** , ***** , ***** , ***** , ***** y ***** .

9.3.12. Escrito de fecha 11 de marzo del 2014, signado por el Dr. ***** , mediante el cual hace las siguientes manifestaciones:

*“Al revisar y comparar los expedientes clínicos enviados a esa H. Comisión Estatal de Derechos Humanos, enviados por el Hospital Civil Dr. ***** y el expediente clínico enviado por el Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), me percaté que a este último, le faltan algunas constancias médicas; en especial, las identificadas con los números ***** y ***** , mismas que obran en el expediente clínico del Hospital Civil, Dr. ***** .*

9.3.13. Oficio número ***** , de fecha 11 de marzo del 2014, signado por la licenciada ***** , Agente del Ministerio Público Investigador para el Combate al Rezago, mediante el cual remite copias certificadas que corresponden a la Averiguación Previa Penal ***** , iniciada por los hechos denunciados por la C. ***** en contra del C. ***** y Otros, por el delito de responsabilidad, médica, técnica y administrativa y homicidio.

9.3.14. Escrito de fecha 18 de marzo del 2014, signado por la C. ***** , el cual se transcribe:

*“...en relación al acuerdo de fecha 06 de marzo del año en curso, y notificado el día 12 de marzo del presente año, oficio ***** , me permito expresar primeramente que en el escrito del doctor ***** , relativo al dictamen, se advierte que dicho médico ofreció interrogatorio de las enfermeras ***** y ***** , circunstancia jurídica que no fue ofrecida al momento de contestar la demanda o rendir su informe sobre la violación al derecho humano de salud, dado que únicamente se observa del escrito de fecha 19 de diciembre, del 2013, que sólo hizo mención en el ofrecimiento de pruebas a la documental del expediente clínico y la presuncional legal y humana; y por otra parte, no se me ha notificado de ofrecimiento de prueba testimonial a cargo de dichas personas y en el supuesto de que se refiera a testimonio ofrecidos por la suscrita, el derecho de la contraparte es presentar interrogatorio de repreguntas y no de preguntas, pues estas corresponde solamente al oferente de la prueba, por lo que de antemano se impugna para todos sus efectos legales dicha probanza y los mencionados*

interrogatorios a que se refiere el escrito firmado por el doctor ***** , y en todo caso, se me debió de dar vista mediante notificación personal de dicha probanza, con el interrogatorio mencionado a fin de gozar del derecho de contradicción a que está sujeto todo tipo de prueba, lo que hasta el día de hoy no se ha realizado, dado que no he recibido notificación alguna. Por otra parte, y en relación a la prueba pericial a que se refiere el acuerdo de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, me permito expresar de manera respetuosa, que propiamente dicha circunstancia jurídica no es una pericial emitida por médico forense o perito médico legal, sino es una opinión, respetuosa pero inadecuada para justificar lo que pretende la parte oferente y en segundo lugar, se violenta el derecho de contradicción y equidad procesal en la presente queja de violación al derecho humano a la salud, dado que la parte contraria, ofrece dos peritos, siendo que en todo caso, debe de ofrecer un forense y no dos médicos, y en el supuesto de que opere dicha regla jurídica de ofrecer dos peritos por parte, se debe dar oportunidad a que la suscrita tenga el mismo derecho, por lo que para todos los efectos legales se impugna el supuesto peritaje que pretende la parte contraria, en razón de que los médicos que ofrece el doctor ***** , no tienen el perfil para ser peritos forenses y en segundo lugar, porque se viola el principio de equidad a que debe de estar sujeta la materia probatoria en el presente procedimiento de queja, dado que a la otra parte se le permite sin fundamento legal o racional que ofrezca dos peritos y en tercer lugar, porque los lineamientos o preguntas a que se debe de sujetar dicha prueba están encaminadas a pretender justificar la idoneidad de la actuación médica del doctor ***** y no a la existencia o inexistencia de la violación del derecho humano de salud, que se manifiesta al ser omiso en la atención al servicio de salud de la señora ***** durante más de cuatro horas y cuarenta y cuatro minutos el día 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de ***** , es decir, se pierde el objeto de la prueba. En relación a la prueba pericial a cargo de ***** y ***** , ofrecido por el doctor ***** , me permito ampliar las preguntas (lineamientos) que deberán de resolver dichos doctores, a efecto de que de maneja puntual y en forma específica den respuesta a todas y cada una de las preguntas contenidas en el cuestionario, previa lectura de una copia íntegra del expediente que integra la queja que nos ocupa, consistente entre otras constancias, las que enunciativamente y a continuación menciono: a).- Denuncia de hechos signada por la suscrita en contra de diversos médicos y del Hospital Civil de ***** ; b).- Informe de los diversos doctores y del Director del Hospital Civil de ***** ; c).- Constancias procesales derivadas del expediente ***** , relativa de Denuncia de Hechos por actos y omisiones que se ubican en diversos ilícitos penales; d).- Constancias del Juicio Sumario Civil ***** , tramitado ante el Juez Primero de Primera Instancia del Ramo Civil del Primer Distrito Judicial en el Estado, promovido por la suscrita en contra de los médicos ***** , ***** , ***** y ***** ; y e).- Copia del expediente clínico de mi madre ***** , en la atención médica del 24 y 25 de noviembre del 2012, en el Hospital Civil de ***** ; f).- Copia del expediente clínico de ***** , del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado (ISSSTE); ampliación de lineamientos o cuestionario que deberán de responder los doctores mencionados”.

9.3.15. Escrito de fecha 18 de marzo del 2014, firmado por el Dr. ***** , perito médico ofrecido por el Dr. ***** , el cual dice lo siguiente:

*“...a).- La actuación del Doctor ***** , previo, durante y posoperatorio en relación a la atención prestada a la paciente ***** , se cumplió con el protocolo estricto del estudio preoperatorio, tal y como está consignado en el expediente clínico. Durante el transoperatorio, no se podría adjudicar negligencia, omisión, fallas, carencias, ausencia, indiferencia o atención deficiente incluso, impericia, ya que la experiencia de un médico cirujano con veintiocho años de trabajo asistencial tanto en el medio privado, como institucional, así lo muestran. Así mismo, en la nota posoperatoria, no se hace mención de alguna dificultad técnica durante el procedimiento y protocolo de salida en cirugía tiroidea se hizo de acuerdo a lo normado, tal es así que no se encuentran ni datos de hemorragia, ni datos de hipocalcemia, tampoco hubo disfonía y la laringoscopia, fue normal. b).- Por cuanto hace a la salud de la señora ***** , no era una persona sana. En consideración que de acuerdo al expediente clínico del Hospital Civil Dr. ***** , en especial en el rubro de historia clínica, se mencionan varias patologías previas y consta además, en el expediente clínico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el que se confirman tales antecedentes patológicos incluso, uno muy importante que fue omitido por la paciente, al doctor ***** , como lo es la presencia de hipertensión arterial, así como múltiples consultas por padecimientos de tipo alérgico, como lo es la laringotraqueítis de repetición, ambas representan co-morbilidades importantes a tener en cuenta en caso de cirugía tiroidea, recalando que ambas situaciones fueron omitidas por la paciente, así como la cirugía que le fue realizada a nivel de nariz y senos paranasales. Por lo que se concluye que la paciente, no era una persona sana. c).- Tal y como consta en el expediente clínico del Hospital Civil ***** , la valoración preoperatoria tanto de la especialidad de cirugía general, la de medicina interna y la de anestesiología, fueron establecidas de acuerdo a lo que marca el protocolo, determinando la viabilidad para desarrollar la intervención quirúrgica. Cabe señalar, que la realización de las valoraciones de medicina interna y anestesiología no significa que no exista riesgo quirúrgico, ya que este siempre estará presente en cualquier intervención quirúrgica, independientemente del tipo de cirugía a realizar. Redundando cualquier procedimiento incluso, aquellos con anestesia local y considerados menores conllevan implícito un riesgo. d).- El cuidado posoperatorio una vez que el paciente egresa del quirófano y pasa a la sala del hospital, es llevado invariablemente por el personal de enfermería, en sus categorías de auxiliar de enfermería y enfermera general. e).- La enfermera de acuerdo a las indicaciones emitidas en el expediente y de acuerdo además, a los registros que hacen en la hoja de enfermería (formato exclusivo para ser llenado por*

*la enfermera), decide qué situaciones son de alarma y qué pueden poner en riesgo el estado de salud de la paciente. Por lo que tiene la preparación suficiente para poder diferenciar entre las molestias habituales de cualquier procedimiento quirúrgico, y en el caso particular, en cirugías de cuello, por lo que los registros realizados por el personal en ése día no muestran afectación importante en las constantes vitales al grado de requerir la participación del médico, cuando la paciente manifiesta dificultad respiratoria y aún cuando en el registro ésta se encontraba en parámetros normales, deciden poner en conocimiento esta situación al Médico Internista, ya que las complicaciones propia de cirugía de cuello y siendo la más importante el sangrado a través de la herida quirúrgica no se había presentado, ya que la enfermera sabe que en caso de presentarse sangrado deberá de notificar de inmediato al cirujano, situación que no ocurrió, porque no hubo sangrado en la herida o el drenaje. f).- De acuerdo a las constancias que obran en el expediente clínico del Hospital Civil, Dr. *****, el doctor *****, nunca fue notificado por el personal de enfermería, de alguna situación anormal, de alguna emergencia o cambio de signos vitales en la salud de la paciente *****. g).- Tal y como consta en el expediente clínico del Hospital Civil Dr. *****, se da cabal cumplimiento en el protocolo de estudio preoperatorio, se da cumplimiento a las evaluaciones previas tanto de anestesiología, como de medicina interna. El procedimiento quirúrgico fue realizado con la destreza propia de un cirujano con veintiocho años de experiencia, sin complicaciones transoperatorias y un posoperatorio inmediato de acuerdo a lo esperado, lo cual se soporta en los registros de transoperatorio realizados por el médico anestesiólogo, las constantes vitales registradas por el departamento de enfermería a su ingreso a hospital. h).- En conclusión, la cirugía realizada por el doctor *****, a la señora *****, cumplió con todos y cada uno de los requisitos establecidos en los cuidados pre, trans y operatorios, sin incurrir en negligencia, omisión, fallas, carencias, ausencia, indiferencia o atención deficiente o como lo señalé con anterioridad, incluso impericia, por lo que reitero que la intervención quirúrgica, fue exitosa”.*

9.3.16. Escrito de fecha 25 de marzo del 2014, signado por el Dr. *****, mediante el cual ofrece como prueba de su intención la prueba pericial a cargo del Dr. *****, Médico General, con el objeto de que determine respecto a su actuación en la atención médica brindada a la paciente *****.

9.3.17. Escrito de fecha 30 de marzo del 2014, firmado por el Dr. *****, mediante el cual ofrece interrogatorio de repreguntas sobre el cual deberán declarar los CC. ***** y *****.

9.3.18. Oficio sin número, de fecha 07 de abril del 2014, firmado por los CC. Doctores ***** y ***** , mediante el cual rinden el dictamen relacionado con la participación del Dr. ***** , en la atención médica brindada a la C. ***** , el día 25 de noviembre del 2012, en el que entre otras cosas se asienta lo siguiente:

*“...Discusión: Basándonos en la prueba documental más importante que lo es el expediente clínico número ***** , del Hospital Civil de ciudad Victoria, Tamaulipas, “Dr. *****” , y en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de Anestesiología y las interrogantes planteadas se determinó lo siguiente: RESPUESTA A LOS CUESTIONAMIENTOS PLANTEADOS: Se procede a dar respuesta a los cuestionamientos planteados para el análisis del caso médico. 1.- Determinar si la actuación del Médico Especialista en anestesiología ***** , fue adecuada y en base a la lex praxis médica ad hoc en la atención médica brindada a ***** , en fecha 25 de noviembre de 2012 en el Hospital Civil de ***** , “Dr. *****” , de acuerdo al expediente clínico de la paciente que obra dentro de la presente investigación. RESPUESTA: La actuación del Médico Especialista, ***** , fue adecuada y en base a la lex praxis médica ad hoc, pues del estudio y análisis exhaustivo realizado al expediente clínico de la paciente, se puede determinar que cuenta con los lineamientos descritos en la literatura médica, la deontología médica, la lex praxis y en forma concreta en la Norma oficial Mexicana para la práctica de anestesiología Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, pues el médico especialista en anestesiología observó en todo momento las normas descritas. 2 Determinar si la paciente ***** , en fecha 25 de noviembre de 2012 en el Hospital Civil de ***** , “Dr. *****” , fue valorada adecuadamente por el anestesiólogo ***** : RESPUESTA: Se determina que la paciente ***** , fue valorada adecuadamente previa a la aplicación de la anestesia, por el Dr. ***** , el día 25 de noviembre de 2012, en el Hospital Civil de ***** , Tamaulipas, “Dr. *****” , como se puede apreciar en la nota médica que obran en el expediente clínico y que a la letra dice: (10:00 de la mañana) “paciente femenino de 65 años, diagnóstico tumor tiroides, programada para Emi tiroidectomía vs tiroidectomía total, con antecedentes de osteoartritis, bronquitis crónica, alérgica al polen (tratamiento con montelucas), con antecedentes quirúrgicos, apendicectomía, colecistectomía, histerectomía, cirugía de rodillas y resección de nódulo mamario, a la exploración física, consciente bien hidratada, boca mallampati II, en cuello sin alteraciones (tumor tiroideo por el que se opera), cardiopulmonar sin compromiso aparente, extremidades anatómicamente integras, laboratorio; grupo RH+ positivo, hemoglobina 12.8, hematocrito 39.2 y TP 11 seg., riesgo quirúrgico ASA II-E-B, y plan anestesia general balanceado, pues el doctor siguió los lineamientos que marca la Norma Oficial Mexicana, considerando un riesgo anestésico ASA II para una cirugía electiva. (NORMA OFICIAL*

MEXICANA la práctica de Anestesiología NOM-006-SSA3-2011). 9 Lineamientos para el cuidado pre-anestésico 9.1. analizar el expediente clínico del paciente, para conocer su historial médico, así como interrogar y realizar examen físico, con la finalidad de obtener toda aquella información pertinente y útil para el procedimiento anestésico. 9.2. Evaluar el estado físico del paciente, así como los factores que pueden afectar la toma de decisiones para el manejo anestésico, calificando al paciente en la escala del I al VI, con base en las siguientes condiciones: I. Paciente sano que requiere cirugías sin antecedente o patología agregada; II. Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica, pero compensada; III. Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica descompensada; IV. Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica incapacitante; V. Paciente que, se le opere o no, tiene el riesgo inminente de fallecer dentro de la 24 horas posteriores a la valoración; VI. Paciente con muerte encefálica, cuyos órganos se extirpan para trasplante. 9.2.1. Los factores señalados en el numeral anterior, pueden variar y ser modificados por el tiempo transcurrido y el riesgo del procedimiento anestésico, así como por el tipo, evolución y los cambios en la salud, situación que deberá informarse en tiempo y forma, al paciente y a sus familiares. 9.2.2. Realizar las pruebas y consultas necesarias, de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, con la intención de disminuir los riesgos inherentes al procedimiento anestésico. 9.1. Los lineamientos anteriores, se aplicarán a cualquier paciente que vaya a ser sometido a un procedimiento anestésico. 9.4. La nota pre-anestésica deberá tener como mínimo: 9.4.1. Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación con la anestesia; 9.4.2. Plan anestésico, de acuerdo con las condiciones del paciente y la intervención quirúrgica planeada; 9.4.3. Valoración del riesgo anestésico y en su caso, el pronóstico de la aplicación del procedimiento; 9.4.4. Indicaciones y recomendaciones del servicio de anestesiología. 3.- Determinar si el procedimiento anestésico empleado por el anestesiólogo *****, a la paciente *****, en fecha referida, para este tipo de cirugías fue el correcto. RESPUESTA: De acuerdo al expediente clínico se determina que el manejo anestésico empleado por el Dr. ***** médico especialista en Anestesiología, aplicado a la paciente ***** fue el correcto y adecuado para la cirugía realizada a dicha paciente utilizando un plan anestesia general balanceado, el procedimiento anestésico se inició a las 11:10 am del día 25 de noviembre del 2012, con una inducción anestésica normal con los siguientes medicamentos: midazolam 3mgs, fentanyl 0.1 mgs, el propofol 150 mgs, atracurio 40 mgs, se realiza laringoscopia sin incidentes y cánula endotraqueal 7.5, MANTENIMIENTO; sevorane 3.0 volúmenes % y oxígeno al 100%, continuando posterior a ello la intervención del cirujano. Por lo que se determina que el procedimiento anestésico empleado fue el correcto. 4.- Determinar si los medicamento administrados durante el procedimiento anestésico

fueron adecuados y correctos. **RESPUESTA:** Consideramos que todos los medicamentos de anestesia aplicados a la paciente referida durante el procedimiento anestésico se aplicaron en forma y dosis correcta de acuerdo a los lineamientos que marca la Norma Oficial Mexicana de anestesiología y a lo observado en el expediente clínico de la paciente ***** , pues del mismo expediente se describe que los medicamentos fueron los siguientes: midazolam 3 mgs, fentanyl 0.1 mgs, el propofol 150 mgs, atracurio 40 mgs, se realiza laringoscopia sin incidentes y cánula endotraqueal 7.5, MANTENIMIENTO; sevoflurano 3.0 volúmenes % y oxígeno al 100%, ya durante el transcurso de la operación los medicamentos transoperatorios suministrados fueron dexametazona 8 mgr IV, ketorolaco 30 mgs IV y ceftriaxona 1 gr IV, y durante el procedimiento de ingreso a quirófano a las 19:45, en ningún momento se administraron medicamentos anestésicos, únicamente oxígeno al 100%, atropina 1 mg IV, adrenalina 1mg IV, bicarbonato de sodio una amp. de 7.5 mg. 5.- Determinar si era necesario pasar a la paciente ***** , al área de terapia intensiva según el riesgo quirúrgico. **RESPUESTA:** Se determina que de acuerdo al riesgo anestésico quirúrgico (ASA II), el procedimiento quirúrgico, la técnica anestésica empleada y la recuperación de la paciente ***** , referidas en el Expediente Clínico, se pasó en forma correcta a la Sala de Recuperación, tal y como se realizó, no ameritando en ningún momento su pase a sala de Terapia Intensiva, al momento de determinado el acto anestésico quirúrgico. 6.- Determinar si el tiempo que duró la paciente ***** , en el área de recuperación fue el adecuado. **RESPUESTA:** Se determina de acuerdo al expediente clínico que el procedimiento anestésico terminó en forma adecuada, emergiendo de la anestesia la paciente en forma adecuada y pasando a sala de recuperación con una valoración de Recuperación Anestésica de Aldrete de nueve puntos, que de acuerdo a la NOM-006-SSA3-2011, es un despertar adecuado, quedando en observación en la sala de recuperación por un periodo de una hora, pasando a piso a las 15 horas con una valoración del aldrete de diez (10), siendo la puntuación máxima de la valoración de recuperación anestésica estando reactiva totalmente la paciente ***** , considerando que el tiempo de estancia en la sala de recuperación fue el adecuado para la recuperación de la paciente. Esto fue observado y estipulado en el expediente clínico por el Dr. ***** , quien considero que la paciente ***** , podía pasar a piso a continuar con su recuperación. (NORMA OFICIAL MEXICANA la práctica de Anestesiología NOM-006-SSA3-2011). 12.- Lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico 12.1 El área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, debe contar con los mismos estándares de cuidados para el paciente del periodo trans-anestésico, señalados en los numerales 10.1.2, 10.1.2.1, 10.1.2.5, 10.1.3, 10.1.3.1, 10.1.4, 10.1.4.1, 10.1.4.2, 10.1.5 y 10.1.5.1 de esta norma. 12.2 La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo

como del cirujano. 12.3 Traslado del paciente hacia el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica. 12.3.1 Antes de egresar al paciente de la sala de operaciones, el anestesiólogo podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud para dicho propósito. 12.3.2 El anestesiólogo y el cirujano, con base en el estado clínico del paciente, determinarán el momento de su traslado y lo acompañarán al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, una vez que se cumplan con los criterios siguientes: 12.3.2.1 Que el evento quirúrgico anestésico haya concluido; 12.3.2.2 Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo normal; 12.3.2.3 Hacer extubado al paciente en caso de anestesia general y no tener datos de insuficiencia respiratoria. Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea; 12.3.2.4 Los datos clínicos de coloración y circulación periférica, así como los de la oximetría de pulso, deben encontrarse en límites normales, de acuerdo con las condiciones previas del paciente; 12.3.2.5 Los signos vitales deben ser estables y mantenerse dentro de los límites normales, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico. 12.3.2.6 Tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis; 12.3.2.7 En caso de haber colocado catéteres, accesos vasculares o drenajes, éstos deberán estar fijos y funcionando; 12.3.2.8 Contar con hoja de registro anestésico, con información adecuada y suficiente; 12.3.2.9. Que el estado del paciente se encuentre en condiciones aceptables, evaluadas mediante la calificación de ALDRETE, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico. 12.3.3 Cuando se han cumplido todos los criterios mencionados anteriormente, el paciente está en posibilidad de ser trasladado hacia el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica. El médico anestesiólogo, de acuerdo con el cirujano, determinarán el momento oportuno para dicho traslado. 12.5 La nota pos-anestésica la elaborará el médico que administró la anestesia y debe contener los datos siguientes: 12.5.1 Técnica anestésica utilizada; 12.5.2 Fármacos y medicamentos administrados; 12.5.3 Duración de la anestesia; 12.5.4 Contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia; 12.5.5. Balance hídrico; 12.5.6 Estado clínico del paciente a su egreso del quirófano; 12.5.7 Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia. 12.6 El anestesiólogo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación de ALDRETE. 12.7 Algunos pacientes pueden egresar directamente del quirófano a su cama, siempre y cuando, no requieran de los cuidados del área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, a criterio del médico anestesiólogo a cargo y de acuerdo con el cirujano. 12.8 Los procedimientos de enfermería se deberán realizar en estricto apego a

las indicaciones que establezca el médico anesthesiologo responsable del paciente. 12.9 El traslado del paciente, en caso de referencia o contra referencia, se realizara en apego a la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma. 7.- Con base en la norma oficial mexicana para la practica de anesthesiologia vigente el dia de los hechos, determinar el actuar del medico Anesthesiologo *****. RESPUESTA. Desde nuestro punto de Vista como peritos y de acuerdo a la NOM-006-SSA3-2011, las acciones y procedimientos realizados y efectuados por el Dr. ***** en el procedimiento Anestésico realizado a la paciente ***** fueron los adecuados, prestando su servicio profesional en su acción, como obra en el expediente clínico de la paciente. 8.- Determinar si la paciente ***** , al pasarla de su cuarto de hospitalización el día de los hechos, se encontraba en las condiciones necesarias para ser egresada del área de recuperación. RESPUESTA: como ya se mencionó anteriormente, de acuerdo a la NOMB-006-SSA3-211, fue un despertar adecuado (el de la paciente referida), quedando en observación en la sala de recuperación por un periodo de una hora, pasando a piso a las 15 horas con una valoración de aldrete de diez (10), siendo la puntuación máxima de la valoración de la recuperación anestésica, estando reactiva totalmente la paciente ***** , considerando que el tiempo de estancia en la sala de recuperación fue el adecuado para la recuperación de la paciente. Esto fue observado y estipulado en al expediente clínico por el Dr. ***** , quien consideró que la paciente ***** , podía pasar a piso o continuar con su recuperación. (NORMA OFICIAL MEXICANA la practica de Anesthesiologia NOM-06-SSA3-2011). 12.3.3 Cuando se han cumplido todos los criterios mencionados anteriormente, el paciente está en posibilidad de ser trasladado hacia el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica. El médico anesthesiologo, de acuerdo con el cirujano, determinarán el momento oportuno para dicho traslado. 12.5 La nota post-anestésica la elaborará el médico que administró la anestesia y debe contener los datos siguientes: 12.5.1 Técnica anestésica utilizada; 12.5.2 Fármacos y medicamentos administrados; 12.5.3 Duración de la anestesia; 12.5.4 Contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia; 12.5.5 Balance hídrico; 12.5.6 Estado clínico del paciente a su egreso del quirófano; 12.5.7 Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia. 12.6 El anesthesiologo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación de ALDRETE. 12.7 Algunos pacientes pueden egresar directamente del quirófano a su cama, siempre y cuando, no requieran de los cuidados del área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, a criterio del médico anesthesiologo a cargo y de acuerdo con el cirujano. 12.8 Los procedimientos de enfermería se deberán realizar en estricto apego a las indicaciones que establezca el médico anesthesiologo responsable del paciente. 12.9 El traslado del paciente, en caso de referencia o

contrareferencia, se realizará en apego a la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma. 9.- -Determinar si la Muerte de la paciente ***** , fue ocasionado por un actuar negligente del anesthesiologo ***** . RESPUESTA: Evidentemente la muerte de la C. ***** , no fue ocasionado por el actuar del Doctor ***** médico anesthesiologo, por todos los argumentos antes descritos. 10.- Determinar si las complicaciones que tuvo la paciente posterior al evento quirúrgico y anestésico, encontrándose esta en su cuarto de hospitalización son derivadas del actuar del Médico ***** . RESPUESTA: De acuerdo al expediente clínico de la Paciente ***** , presentó complicaciones en su cuarto de Hospitalización, las cuales en ningún momento son derivadas de las acciones y procedimientos realizados por el Dr. ***** , considerando como peritos que el actuar del Dr. ***** fue el adecuado en la atención de la Paciente ***** de acuerdo a la NOM-006-SSA3-2011, determinando que en ningún momento hubo negligencia médica por parte del Dr. ***** en la atención de la paciente ya referida ***** , nada tuvieron que ver con las complicaciones, ni con la causa de muerte de la paciente ***** . Las complicaciones que presentó la paciente, de las 15:00 a las 17:45 horas no fueron a causa de la atención médica brindada por el Anesthesiologo, desconociendo las mismas, toda vez que no las podemos determinar por no ser campo de nuestra especialidad, pudiendo ser las complicaciones a consecuencia de otros padecimientos de la paciente. Cabe resaltar si bien es cierto que el servicio médico brindado por el anesthesiologo, fue acorde a la norma oficial, también lo es que tampoco hubo omisión en el servicio médico brindado, pues en ningún momento el médico desatendió a la paciente, no considerando una omisión el hecho de que el anesthesiologo se haya retirado a las 15:00 horas, pues él entregó a su paciente en las condiciones ya referidas, concluyendo en ese momento su labor como anesthesiologo. Por lo que analizado este caso médico como profesionistas en la materia determinamos: Valoración Pre anestésica: Se determina que la paciente ***** , fue valorada previa a la aplicación de la anestesia, en una forma adecuada, por el Dr. ***** , el día 25 de noviembre de 2012, en el Hospital Civil de ***** , Tamaulipas “Dr. *****”, pues el doctor siguió los lineamientos que marca la Norma Oficial Mexicana, considerando un riesgo anestésico ASA II para una cirugía electiva. Procedimiento Anestésico: De acuerdo al expediente clínico se determina que el manejo anestésico empleado por el Dr. ***** médico especialista en Anestesiología, aplicado a la Paciente ***** fue el correcto y adecuado para la cirugía realizada a dicha paciente, considerando que todos los medicamentos de anestesia aplicados a la paciente referida durante el procedimiento anestésico se aplicaron en forma y dosis correcta de acuerdo a los lineamientos que marca la Norma Oficial Mexicana de anestesiología y a lo observado en el expediente clínico de la paciente ***** . Procedimiento Post-Anestésico: Se determina que de acuerdo al

riesgo anestésico quirúrgico ASA II), el procedimiento quirúrgico, la técnica anestésica empleada y la recuperación de la paciente ***** , referidas en el Expediente Clínico, se pasó en forma correcta a la Sala de Recuperación, tal y como se realizó, no ameritando en ningún momento su pase a sala de Terapia Intensiva, al momento de terminado el acto anestésico quirúrgico. Se determina de acuerdo al expediente clínico que el procedimiento anestésico terminó en forma adecuada, emergiendo de la anestesia la paciente en forma adecuada y pasando a sala de recuperación con una valoración de Recuperación Anestésica de Aldrete de nueve puntos, que de acuerdo a la NOM-006-SSA3-2011, es un despertar adecuado, quedando en observación en la sala de recuperación por un periodo de una hora, pasando a piso a las 15 horas con una valoración de aldrete de diez (10), siendo la puntuación máxima de la valoración de la recuperación anestésica, estando reactiva totalmente la paciente ***** , considerando que el tiempo de estancia en la sala de recuperación fue el adecuado para la recuperación de la paciente. Esto fue observado y estipulado en el expediente clínico por el Dr. ***** , quien consideró que la paciente ***** , podía pasar a piso a continuar con su recuperación. Desde nuestro punto de vista como peritos y de acuerdo a la NOM-066-SSA3-2011, las acciones y procedimientos realizados y efectuados por el Dr. ***** en el procedimiento Anestésico realizado a la paciente ***** fueron los adecuados, prestando un servicio profesional en su acción, como obra en el expediente clínico de la Paciente. De acuerdo al expediente clínico de la Paciente ***** , presentó complicaciones en su cuarto de Hospitalización, las cuales en ningún momento son derivadas de las acciones y procedimientos realizados por el Dr. ***** , considerando como peritos que el actuar del Dr. ***** fue el adecuado en la atención de la Paciente ***** de acuerdo a la NOM-006-SSA3-2011, determinando que en ningún momento hubo negligencia médica por parte del Dr. ***** en la atención de la paciente ya referida ***** , nada tuvieron que ver con las complicaciones, ni con la causa de la muerte de la paciente ***** . Las complicaciones que presentó la paciente, de las 15:00 a las 17:45 horas no fueron a causa de la atención médica brindada por el Anestesiólogo, desconociendo las mismas, toda vez que no las podemos determinar por no ser campo de nuestra especialidad, pudiendo ser las complicaciones a consecuencia de otros padecimientos de la paciente. Cabe Resaltar si bien es cierto que el servicio médico brindado por el anestesiólogo, fue acorde a la norma oficial, también lo es que tampoco hubo omisión en el servicio médico brindado, pues en ningún momento el médico desatendió a la paciente, no considerando una omisión el hecho de que el anestesiólogo se haya retirado a las 15:00 horas, pues él entregó a su paciente en las condiciones ya referidas, concluyendo en ese momento su labor como anestesiólogo. Por lo que determinamos que la atención del doctor ***** , médico especialista en Anestesiología, en la atención de la

*paciente ***** , el pasado 25 de noviembre de 2012, fue la adecuada de acuerdo al expediente clínico y a lo que marca la NOM-006-SSA3-2011. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Libro de Anestesiología, Ronald D. Miller MD. 7ª Edición, Editorial Morby año 2010. ISBN: 9788480867139. Texto y atlas de anestesia, Autor Roewer. Editorial Panamericana 4º Edición ISBN 9788498352801. Texto de anestesiología teórico- práctica, segunda edición año 2014, editorial manual moderno ISBN: 9789707290594. Anestesiología Clínica Autor Morgan Yg. Eduard, Cuarta Edición Año 2007, ISBN: 9707292318. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología. CONCLUSIONES En base a nuestro leal, saber y entender tomando en cuenta los conocimientos en anestesiología, la práctica de la misma, el estudio del expediente clínico y haciendo un análisis del caso, tomando en cuenta lo reportado en la literatura médica, y la normatividad vigente me permito arribar a las siguientes conclusiones: PRIMERO: La atención médica brindada por el Anestesiólogo ***** a la paciente ***** fue oportuna y adecuada. SEGUNDA: El anestesiólogo ***** actuó acorde a la LÉX ARTIS médica. TERCERO: Las complicaciones que presentó la paciente, de las 15:00 a las 19:45 horas no fueron a causa de la atención médica brindada por el Anestesiólogo, desconociendo las mismas, toda vez que no podemos determinarlas por no ser campo de nuestra especialidad, pudiendo ser las complicaciones a consecuencia de otros padecimientos de la paciente. CUARTO: No se puede establecer un nexo o relación de causalidad entre el actuar del Anestesiólogo ***** y la complicación que presentó la paciente en su cuarto de hospitalización, pues no son derivadas del procedimiento anestésico...”.*

9.3.19. Escrito de fecha 09 de abril del 2014, suscrito por la C. ***** , mediante el cual solicita se requiera al perito forense adscrito a este Organismo manifieste si es su decisión excusarse de conocer los hechos a que se contrae la presente queja, en razón del conocimiento personal con las partes involucradas en el presente procedimiento, expresando que en caso de excusa del citado profesionista, propone como un perito tercero al cuerpo de peritos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

9.3.20. Oficio número ***** , de fecha 22 de abril del 2014, signado por el Dr. ***** , mediante el cual anexa estudios solicitados de reporte de US. de Tiroides de fecha 22 de noviembre del 2012, y laboratorios que se imprimieron en laboratorio y rayos X, ya que en el expediente clínico no obra dicho documento.

9.3.21. Documental consistente en escrito de fecha 29 de abril del 2014, signado por el Dr. *****, mediante el cual anexa Constancia de horario como Jefe del Servicio de Cirugía, en el Hospital Civil Dr. *****, de *****.

9.3.22. Informativa del Dr. *****, de fecha 15 de abril del 2014, en la cual manifiesta que acepta el cargo de perito conferido y protesta profesionalmente dicho acto, así mismo, manifiesta que entregará en un término oportuno el dictamen correspondiente.

9.3.23. Escrito de fecha 08 de mayo del 2014, mediante el cual la C. *****, presenta interrogatorio de repreguntas conforme a las cuales deberá sujetarse la prueba testimonial a cargo de ***** y *****, al momento de desahogarse las testimoniales ofrecidas a cargo de dichas servidoras públicas, por el Dr. *****.

9.3.24. Escrito de fecha 08 de mayo del 2014, mediante el cual la C. *****, señala que impugna para todos los efectos legales el ofrecimiento de la prueba pericial ofrecida por el Dr. *****, a cargo del Dr. *****, así mismo ofreció interrogatorio a fin de que sea respondido por el profesional antes señalado.

9.3.25. Escrito de fecha 16 de mayo del 2014, signado por la C. *****, mediante el cual exhibe copia certificada de la cédula de médico cirujano número ***** y cédula de Especialidad en Cirugía General número ***** expedidas por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública a nombre de *****.

9.3.26. Oficio número *****, de fecha 7 de mayo del 2014, signado por el Lic. *****, Delegado Regional de esta Comisión, con sede en Tampico, Tamaulipas, mediante el cual remite el dictamen pericial rendido por el Dr. *****, relativo a los hechos denunciados dentro del presente expediente, el cual se transcribe:

*“DICTAMEN PERICIAL MÉDICO. I.- Descripción del problema a resolver. Dictaminar acorde con el expediente clínico de la C. *****, posible negligencia, fallas, carencias, omisiones, impericia e imprudencias en el tratamiento preoperatorio y post operatorio de la paciente, así como precisar causa de la muerte de dicha persona, si la omisión de no atención a la*

paciente en forma directa incide en su resultado y además si la Institución adoptó las medidas necesarias para que se recibiera una atención médica pertinente y de calidad, conforme a su derecho humano a la vida. **II.- Características Especiales.** El cuestionario propuesto por la actora será respondido con base en las copias del expediente clínico proporcionado por la institución médica que albergó la operación de la C. *****. **III.- cuestionario a responder.** A).- **Del Expediente clínico:** Dirá el Perito: 1).- Si las notas del expediente clínico de la señora ***** , se encuentran en orden. R. **NO, no se encuentran en orden,** preciso establecer que al no encontrarse acomodadas en orden cronológico las notas médicas e indicaciones aludidas, se refleja un desorden y descuido en el manejo de las mismas así como un aumento en el riesgo del manejo de las consecuencias que reporta un paciente, por lo que al rendir el presente peritaje, se genera la necesidad de reacomodar tanto las evidencias como los hechos, y esto complica, más no impide, el manejo de la práctica médica así como el análisis pormenorizado del expediente de referencia. 2).- Si todas las notas del expediente clínico se encuentran firmadas por los doctores que participaron en la atención de la señora ***** . R. **No, no se encuentran plasmadas las firmas de los médicos involucrados en la atención médica de la paciente de referencia.** Aclaro que se aprecia que no existe constancia de las firmas de cada una de las personas que participaron en la atención médica de la paciente aludida, ni sus nombres. 3).- Si las notas médicas del expediente clínico contienen el nombre completo, cargos, rangos, matrículas y especialidad de los médicos tratantes, que permita su identificación y perfil profesional. R. **Las notas médicas del expediente en comento no contienen nombre, cargo, rango, matrícula ni especialidad de los autores de cada nota, ni de los médicos tratantes, ni de los participantes en la evolución postoperatoria.** 4).- Si el expediente clínico cumple con los preceptos de la NOM 168-SSA1-1998, en vigor, cuando sucedieron los hechos. R. **El expediente médico de referencia no cumple con ninguna de las formalidades y requisitos que establece la NOM 168-SSA1-1998.** Nota.- Se remite a la dirección electrónica <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>, misma que contiene la norma oficial referida, para su consulta por parte de este H. Organismo y su correcta interpretación en correlación con el presente dictamen pericial. B).- **Respecto a los médicos tratantes y participantes en la evolución post operatoria, dirá el Perito:** 1).- Si para la programación de la intervención quirúrgica se requiere estudios clínicos de laboratorio preoperatorios completos. R.- **Sí. Para toda programación de cirugía, previamente a ello, se requiere como mínimo un examen de laboratorio completo, conformado por biometría hemática, química sanguínea, grupo y RH, tiempo de protrombina y tiempo parcial de trombo plastina con INR, y en este caso adicionalmente. Pruebas de función tiroidea.** Cabe mencionar que los exámenes de la paciente ***** existen en el expediente clínico, pero realizados a destiempo (con posterioridad a la programación de la cirugía), por lo tanto en atención a la precipitación que surge de la correlación del proceso erróneo “valoración del médico tratante

sin estudios preoperatorios completos – programación – internamiento – laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – operación”, cuando lo correcto es **“valoración del médico tratante laboratorio/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – programación – internamiento – operación”**, se hacen inútiles dichos exámenes a destiempo, para establecer correctamente las condiciones preoperatorias de la paciente, y consecuentemente no se midieron correctamente los posibles riesgos quirúrgicos. 2).- Si para la programación de la intervención quirúrgica electiva, la paciente ***** , se contaba con valoración preoperatoria completa consistente en: electrocardiograma, radiografía de tórax, sangre, etc. R.- **NO, para la programación de su intervención quirúrgica, la paciente ***** no contaba con la valoración preoperatoria completa, ya que tal y como lo demuestran las constancias y evidencias del expediente clínico respectivo, el proceso protocolario que erróneamente siguieron los médicos tratantes fue de la siguiente manera; “valoración del médico tratante sin estudios preoperatorios completos – programación - internamiento – laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – operación”**, cuando lo correcto es **“valoración del médico tratante – laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – programación – internamiento – operación”**. 3).- Si existe un consentimiento informado del procedimiento quirúrgico y los riesgos del mismo? R.- **NO, no existe tal consentimiento informado del procedimiento quirúrgico y riesgos del mismo.** El consentimiento informado o consentimiento libre esclarecido, es aquel que ordena la norma oficial mexicana ([http://es.m.wikipedia.org/wiki/Consentimiento informado](http://es.m.wikipedia.org/wiki/Consentimiento_informado)) en el que debe otorgar la paciente, para su operación, por escrito, con firma autógrafa, una manifestación de mutuo propio donde establezca de su puño y letra, su autorización para los procedimientos quirúrgicos necesarios; haciendo constar que le han sido explicados cada uno de los procedimientos que se le harán de manera detallada y que está de acuerdo. No deberá confundirse la “carta de atención hospitalaria” con el consentimiento informado (este último establece las características o riesgos quirúrgicos y beneficios sobre el padecimiento específico por el cual será tratado el paciente), y ambos son dos documentos distintos y por lo tanto ninguno sustituye al otro. 4).- Si en la cirugía electiva que se le practicó a la paciente ***** , era recomendable una biopsia por aspiración con aguja fina, para determinar el tipo de tumor?. R.- **Sí, si era recomendable practicarle una baaf (biopsia por aspiración con aguja fina) previamente a su intervención quirúrgica, esto para establecer un mejor diagnóstico y decisión en cuanto al tipo de intervención quirúrgica y acorde a las guías de prácticas clínicas sobre el tratamiento de enfermedades tiroideas.** Nota.- Se proporciona página electrónica para consulta específica de esta institución y para ayuda en la interpretación de la presente respuesta y respuestas: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html. 5).- Si consta en el expediente clínico la negativa de la paciente ***** de que se le

practicara biopsia por aspiración con aguja fina (BAFF). R.- **NO, no consta en la copia del expediente clínico que me fue proporcionado, la negativa de la paciente ***** , para realizarse una Baaf. Cabe señalar que existe una nota médica dentro del expediente clínico que refiere una supuesta negativa de la paciente *****a realizarse una Baaf, misma que “alguien firma al calce sin nombre, lo cual no se atribuye a la autoría o manifestación expresa vertida por la paciente ***** , en virtud de que dicha manifestación es requisito que la emita la paciente y no un tercero, por lo tanto dicha nota no es admisible y carece de validez dentro del procedimiento médico quirúrgico practicado a la paciente citada. 6).- Si es recomendable o adecuado someter a una paciente a una intervención quirúrgica electiva con rango ASA GRADO III, como aparece en la nota médica de la paciente *****. R.- **NO, no era recomendable y adecuado someter a cirugía a la paciente ***** , en virtud de que era un procedimiento totalmente electivo (es decir programado sin urgencia) y las valoraciones preoperatorias según las constancias del expediente, no fueron completas ni en tiempo; además la paciente era portadora de bronquitis crónica según antecedentes de notas médicas, y con esto el riesgo protoperatorio pulmonar era un 11.4 % rango que médicamente significa un riesgo muy elevado, ya que el rango de riesgo aceptable es solo de un 01- uno por ciento. 7).- si se advierte, de las constancias del expediente clínico (análisis del laboratorio del hospital, alteraciones de hemoglobina en el expediente de *****. R.- **SI, si se advierte alteraciones de hemoglobina ligeramente baja, según los valores de límites de referencia que señala el laboratorio que realizó dichos análisis de la paciente*****. 8).- Si los doctores que intervinieron en la operación de la paciente ***** , debieron de considerar dichas alteraciones de hemoglobina en la programación de la intervención electiva de dicha persona. R.- **SI, si debieron considerar dichas alteraciones como limitantes de riesgo, debido a que existe un término médico llamado “sangrado permisible quirúrgico” (es aquel sangrado del paciente que no provoca riesgo adicional durante una cirugía), y al haber alteraciones de hemoglobina existe una reducción en el sangrado normal permitido y consecuentemente aumenta el riesgo de complicaciones operatorias y postoperatorias. 9).- En su opinión, qué consecuencias trae consigo una intervención quirúrgica a una paciente con alteraciones de hemoglobina, como es el caso de la C. *****. R.- **En mi opinión, al haber alteraciones de hemoglobina como en el caso de la paciente en comento, existe una reducción en el rango de sangrado normal permitido y esto consecuentemente aumenta el riesgo de complicaciones operatorias y postoperatorias, y en el caso concreto aumentó el riesgo postoperatorio y como consecuencia, esto aumentó también la necesidad de atención y cuidados postoperatorios que debió tener la paciente *****. 10).- En su opinión, de acuerdo a las constancias del expediente clínico de la paciente ***** , se omitieron estudios necesarios en la intervención quirúrgica electiva?. R.- **Sí, ya que los estudios practicados a la paciente fueron a destiempo y debieron hacerse dichos estudios previamente a la cirugía junto con la BAAF************

(Biopsia por aspiración con aguja fina). 11).- Si en su opinión y de acuerdo al expediente clínico, de la omisión de estudios necesarios para una intervención quirúrgica electiva, existen evidencia para establecer que la intervención quirúrgica de *** , fue tratada como urgencia sin serlo? R.- **Sí, si existe evidencia, específicamente al revisar la orden de ingreso del médico tratante por cirugía electiva (es decir optativa) y compararla con la nota del anestesiólogo que dice que el riesgo de la operación de la paciente es de rango ASA II E, que significa emergencia; nos reporta tal contraposición la evidencia de que la operación de la paciente ***** fue tratada como emergencia sin serlo. 12).- Si la paciente ***** a las dieciséis horas del día veinticinco de noviembre del 2012, fue atendida por los médicos tratantes en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno, incluso es en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el doctor ***** ordena vía telefónica que la paciente ingrese a quirófano. 13).- Si la paciente ***** a las diecisiete horas del día veinticinco de noviembre de 2012, fue atendida por los médicos tratantes en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno. Incluso es en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el doctor ***** ordena vía telefónica que la paciente ingrese a quirófano. 14).- Si la paciente ***** a las dieciocho horas del día veinticinco de noviembre de 2012, fue atendida por los médicos tratantes en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno. Incluso es en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el doctor ***** ordena vía telefónica que la paciente ingrese a quirófano. 15).- Si la paciente ***** a las diecinueve horas del día veinticinco de noviembre de 2012, fue atendida por los médicos tratantes en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno. Incluso es en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el doctor ***** ordena vía telefónica que la paciente ingrese a quirófano. 16).- Si la paciente ***** a las diecinueve horas con veinticinco minutos del día veinticinco de noviembre de 2012, fue atendida por los médicos tratantes en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno. Incluso es en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el doctor ***** ordena vía telefónica que la paciente ingrese a quirófano. 17).- Si la paciente ***** a las diecinueve horas con treinta minutos del día veinticinco de noviembre de 2012, fue atendida por los médicos que operaron a dicha persona en forma personal y directa? R.- **NO, en base a las constancias del expediente clínico, no fue tratada personalmente por médico tratante alguno. Incluso en las notas de enfermería donde consta que hasta las 19:30 horas el Doctor ***** ordena, pero solo vía telefónica (es decir que no lo hizo de manera personal) que la paciente ingrese a quirófano. 18).- Si a****************

su criterio y con base en el expediente clínico, los médicos tratantes prestaron un servicio médico de calidad en la atención prestada a la señora ***** en el Hospital Civil de ***** , los días 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- **A mi criterio el servicio médico brindado a la paciente ***** fue de mala calidad en virtud de que del expediente médico respectivo se advierte una omisión en la atención por parte de los médicos tratantes por un lapso de tiempo muy amplio que generó un abandono de la paciente en situación crítica por parte de los médicos tratantes, que son precisamente quienes conocían a fondo las condiciones médicas generales de la paciente ***** .** 19).- Si a su criterio y con base en el expediente clínico, los médicos tratantes prestaron un servicio médico oportuno en la atención prestada a la señora ***** en el Hospital Civil de ***** , los días 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- **NO, el servicio médico no fue proporcionado de manera oportuna por parte de los médicos tratantes.** 20).- Si en su opinión y con base en el expediente clínico, los médicos tratantes en la operación y evolución de la señora ***** el día 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de ***** , vigilaron y atendieron adecuadamente la evolución post operatoria de la insuficiencia respiratoria y edema de cuello de dicha paciente. R.- **NO, la evolución postoperatoria de la paciente ***** no fue vigilada ni atendida adecuadamente por los médicos tratantes, esto en virtud de la evidente omisión en la atención en el lapso de tiempo prolongado en el que estuvieron ausentes dichos médicos tratantes.** 21).- Si a su criterio y con apoyo en las constancias que integran el expediente clínico de ***** , podía evitarse la consecuencia final que trajo la operación realizada a dicha persona?. R.- **Sí, ya que la sintomatología principal a la salida del evento quirúrgico, fue la dificultad respiratoria y esta se resuelve con un adecuado manejo de vía aérea (permeable y con adecuada ventilación). Preciso subrayar que los lapsos de tiempo en el manejo de la vía aérea permeable con adecuada ventilación, son prioridad inmediata.** 22).- Si la intubación de la paciente ***** a las 19:30 horas del día 25 de noviembre del 2012, fue una intervención médica pertinente en tiempo?. R.- **NO, no lo fue.** 23).- Si a su juicio, era recomendable médicamente que la paciente ***** a las 19:45 horas se le practicara traqueostomía, dado que en la nota médica del doctor ***** , asentó que le practicó intubación?. R.- **Lo recomendable era practicar una adecuada vía aérea permeable con buena ventilación (ya sea por intubación o traqueostomía) en un lapso de tiempo corto, considerando que médicamente al dejar de respirar un paciente por más de tres minutos puede caer en paro respiratorio, máxime en un tiempo mayor como sucedió en el caso concreto que nos ocupa.** 24).- Si a su juicio, la traqueostomía de la paciente ***** entre las 19:45 y las 21:35 horas, fue una intervención médica pertinente en tiempo. R.- **NO, no lo fue, por la misma razón expuesta en la respuesta a la pregunta anterior, que reproduzco aquí como si a la letra se insertase.** 25).- Si de las notas médicas que integran el expediente clínico, se desprende que los médicos que operaron a la paciente ***** ordenaron la toma de signos vitales a las enfermeras que atendieron a dicha paciente a partir de las quince horas del

25 de noviembre del 2012. R.- **NO existe constancia que demuestre que los médicos tratantes en cumplimiento de sus deberes hayan ordenado la toma de signos vitales.** 26).- Si existe una relación de casualidad entre la actuación médica del 25 de noviembre del 2012, en el Hospital Civil de esta ciudad y el resultado generado que condujo a la pérdida de la vida de la señora *****. R.- **Sí, si existe tal relación de casualidad por todas y cada una de las razones expuestas en las respuestas a las preguntas anteriores.** B) **Del Hospital Civil de esta ciudad, Dr. *****.** 1.- Si el Hospital Civil de ***** “Dr. *****”, para la atención prestada a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, adoptó las medidas necesarias para la plena efectividad de la atención médica a la paciente de referencia, el día señalado. R.- **No existe constancia de los documentos requeridos por los protocolos médicos en el expediente proporcionado al suscrito y tampoco se aprecia evidencia alguna que demuestre que la Institución tomó alguna medida preventiva o correctiva en el caso particular que nos ocupa.** 2.- Si las trabajadoras enfermeras del hospital civil de ***** , Tamaulipas, Dr. ***** , prestaron una atención postoperatoria adecuada y pertinente. R.- **De las notas médicas consultadas por el suscrito se desprende que informaron el estado de la paciente vía telefónica al médico tratante de apellido ***** , pero no se aprecia evidencia alguna que demuestre que la Institución tomó alguna medida preventiva y correctiva en el caso particular que nos ocupa.** 3).- Si el Hospital Civil de ***** Dr. ***** , adoptó las medidas pertinentes en la atención médica de la paciente ***** respecto a su derecho de protección a la salud. R.- **NO existe constancia de los documentos requeridos por los protocolos médicos en el expediente proporcionado al suscrito y tampoco se aprecia evidencia alguna que demuestre que la Institución tomó alguna medida preventiva o correctiva en el caso particular que nos ocupa.** 4).- Si el Hospital Civil de ***** Dr. ***** , vigiló que las enfermeras que atendieron a la paciente ***** , después de su operación asentaran los signos vitales a partir de las quince horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- **NO existe constancia de que el asentamiento de la toma de los signos vitales referidos hayan sido vigilados por el hospital.** 5).- Si el Hospital Civil de ***** Dr. ***** , vigiló adecuada y pertinentemente, el interés superior de la paciente, relativo a la protección de la salud, el derecho a la vida, en el servicio prestado por sus trabajadores médicos y enfermeras en la atención de la paciente ***** , el día 25 de noviembre del 2012. R.- **Al no existir constancia de los documentos requeridos por los protocolos médicos en el expediente proporcionado al suscrito concluyo que a mi criterio, el hospital no vigiló adecuadamente ni pertinentemente el interés superior de la paciente en cuanto a la salud y derecho a la vida.** IV.- Observaciones. 1.- Cabe subrayar que de acuerdo a las constancias que integran el expediente clínico de la paciente ***** , no existe prueba de que el hospital haya seguido los protocolos para manejo de paciente quirúrgico, lo cual implica una anomalía que genera un desorden en la ejecución quirúrgica y confeccionamiento del expediente que a su vez complica el procedimiento y consecuencias del mismo. 2.- De igual manera me permito precisar que

cada una de las respuestas de cada pregunta, forman parte integral de la propia respuesta a manera de una sola, para mejor interpretación y entendimiento por parte de este H. Organismo, por lo tanto No deberá ser tomada ninguna respuesta en términos parciales o fuera de su contexto. 3.- Como observación final me permito precisar que los grados académicos obtenidos y ejercitados por el suscrito deberán ser tomados jerárquicamente como de mayor peso por encima de cualquier o alguna maestría en cualquier área que pudiera aportar cualquier perito adicional al suscrito, por la poderosa razón que consiste en que académicamente una maestría sólo implica asistencia uno o dos días a la semana a escuchar cátedra, sólo teoría, durante dos años; mientras que la especialidad médica implica una permanencia en hospital practicando y obteniendo teoría en el tema específico de la especialidad de lunes a viernes, durante un lapso promedio de cuatro años. 4.- Es preciso señalar que de las constancias que integran el expediente clínico analizado, se desprende que los médicos tratantes de la paciente de referencia que hoy sé que sus nombres son: *****/Médico tratante, *****/Anestesiólogo tratante; *****/Médico Cirujano tratante; y *****/Médico tratante por urgencia; fueron igualmente responsables de la vigilancia y atención médica postoperatoria de la paciente *****, y por tal razón también son responsables por igual de las consecuencias que trajo consigo la falta de la atención médica debida, atención directa, personalizada, presencial e inmediata en el caso de la complicación que presentó la paciente y que ninguno de los médicos atendió oportunamente en tiempo. V.- Método utilizado. Personal, físico a través de los sentidos. Análisis retrospectivo de expediente clínico. Bibliografía médica en formato electrónico. Consulta documental. VI.- Conclusiones. **Primera.-** Por las razones expuestas en todas y cada una de las respuestas a las preguntas planteadas, concluyo a mi leal saber y entender que al deducirse que los exámenes de la paciente ***** que existen en el expediente clínico, pero realizados a destiempo (con posterioridad a la programación de la cirugía), se deduce que la precipitación que surge de la correlación del proceso erróneo “valoración del médico tratante sin estudios preoperatorios completos - programación - internamiento - laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios - valoración preoperatoria - operación”, cuando lo correcto es “**valoración del médico tratante - laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios - valoración preoperatoria - programación - internamiento - operación**”, se hace evidente la falta de una adecuada atención de la paciente por parte de sus médicos tratantes al realizar inútilmente exámenes a destiempo, para establecer incorrectamente las condiciones preoperatorias de la paciente, y consecuentemente no se midieron correctamente los posibles riesgos quirúrgicos. **Segunda.-** Al apreciarse que el expediente médico de referencia no cumple con ninguna de las formalidades y requisitos que establece la NOM 168-SSA1-1998, concluyo a mi leal saber y entender que la atención médica brindada a la paciente de referencia fue hecha con total descuido, trayendo como consecuencia una atención médica de baja calidad en todas las etapas aunado a que no existe constancia de los documentos requeridos por los protocolos médicos en el

expediente proporcionado al suscrito y tampoco se aprecia evidencia alguna que demuestre que la Institución tomó alguna medida preventiva o correctiva en el caso particular que nos ocupa. **Tercera.-** Al deducirse de los exámenes de la paciente ***** que existen en el expediente clínico, pero realizados a destiempo (con posterioridad a la programación de la cirugía), se deduce que la precipitación que surge de la correlación del proceso erróneo “valoración del médico tratante sin estudios preoperatorios completos- programación – internamiento – laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – operación”, cuando lo correcto es “**valoración del medio tratante – laboratorios/estudios de gabinete preoperatorios – valoración preoperatoria – programación – internamiento – operación**”, se hace evidente la falta de una adecuada atención de la paciente por parte de sus médicos tratantes, y por tanto, una inadecuada e inexacta valoración preoperatoria de la paciente. **Cuarta.-** Al establecerse que del expediente clínico analizado, se advierten las carencias y omisiones ya establecidas en las respuestas a las preguntas contestadas, concluyo a mi criterio y leal saber y entender que el servicio médico brindado a la paciente ***** fue de mala calidad en virtud de que del expediente médico respectivo se advierte una omisión en la atención directa debida por parte de los médicos tratantes por un lapso de tiempo muy amplio que generó un abandono de la paciente en situación crítica por parte de los médicos tratantes. **Quinta.-** Al no existir evidencia alguna que pruebe dentro de las constancias del expediente clínico analizado, que la institución médica supervisó todos y cada uno de los requisitos y procedimientos quirúrgicos que se ejecutan en sus instalaciones, concluyo a mi leal saber y entender que dicha Institución, no adoptó medidas adecuadas y necesarias para que la paciente tuviera una atención médica de buena calidad antes, durante y después de su cirugía. **Sexta.-** Es preciso señalar que de las constancias que integran el expediente clínico analizado, se desprende que los médicos tratantes de la paciente de referencia que hoy sé que sus nombres son: *****/Médico tratante, *****/Anestesiólogo tratante; *****/Médico Cirujano tratante; y *****/Médico tratante por urgencia; son igualmente responsables de la vigilancia y atención médica postoperatoria de la paciente ***** , y concluyo a mi leal saber y entender que por tal razón también son responsables por igual de las consecuencias que trajo consigo la falta de la atención médica debida, atención directa, personalizada, presencial e inmediata en el caso de la complicación que presentó la paciente y que ninguno de los médicos atendió oportunamente en tiempo, incurriendo también dichos médicos en responsabilidad por omisión en la debida atención y vigilancia médica postoperatoria y consecuencias sobrevenidas a la paciente de referencia. **Séptima.-** Me permito señalar algunas anomalías en el tratamiento quirúrgico de la paciente ***** , sus etapas pre, durante y post operatorias; tales son: diagnóstico preoperatorio inexacto, análisis y estudios de laboratorio y gabinete incompletos, omisión de la BAAF (para un mejor diagnóstico previo), ausencia total de atención y vigilancia personalizada obligada por parte de todos y cada uno de los médicos tratantes, así como el abandono postoperatorio de la paciente por parte de

los médicos tratantes; trayendo tales anomalías, como consecuencia, el deceso de la paciente de referencia.”

9.3.27. Escrito de fecha 13 de agosto del 2014, suscrito por el Dr. *****, Perito Médico Forense adscrito a este Organismo, mediante el cual expone excusa para conocer de los hechos denunciados por la C. *****.

9.3.28. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. *****, de fecha 18 de agosto del 2014, ofrecida por la C. *****, misma que se transcribe:

“1.- Dirá la testigo si reconoce la firma de la hoja de la enfermera de las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece el expediente clínico de *****; (encareciendo a la Comisión de Derechos Humanos se muestre dicho documento a la declarante. R.- Sí la reconozco.

A continuación toma el uso de la palabra el licenciado ***** quien realiza la siguiente repregunta:

1.- Qué grado de escolaridad tiene?

R.- Licenciada en Enfermería y Diplomado en quirúrgica.

2.- En relación con la respuesta anterior, sabe usted que puede expedir recetas médicas?

R.- No lo sabía.

3.- Respecto a cuando se gradúa de enfermería, hace usted un juramento, se acuerda de ese juramento?

En este acto el licenciado ***** da lectura del juramento de enfermería a la testigo.

R.- No lo recuerdo.

4.- Cuales son las funciones de la enfermería?

R.- Seguir la indicación que el médico indique.

5.- En relación con la respuesta anterior, cuando haya alguna disfunción o anomalía de los pacientes cuales son los pasos a seguir de la enfermera.-

R.- Uno como enfermera, sigue la indicación del médico, si hay algo que a mi me suene dudoso se lo hago saber.

6.- En relación con la respuesta a la pregunta anterior, dirá la testigo cual es la forma en que le comunica al médico que dio las indicaciones de alguna alteración en la salud de la paciente.- En mi caso siempre hay un médico presente.

7.- En relación a la respuesta de la pregunta anterior, como se comunica con el médico cuando no llega a encontrarse en el lugar donde usted labora si surge una emergencia, anomalía o alteración de la salud de la paciente.-

R.- Esto no sucede en mi caso, porque como ya lo dije siempre está el médico presente.

2.- Dirá la testigo si reconoce contenido de la hoja de la enfermera de las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece el expediente clínico de *****; en donde aparece su nombre (encareciendo se muestre dicho documento a la declarante). R.- Si lo reconozco.

3.- Dirá la testigo si en el lapso de las 20:35 horas a las 21:35 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, se aplicaron medicamentos en la sala de quirófano número dos del Hospital Civil de esta ciudad a la paciente *****.

R.- No

4.- Dirá la testigo si en el lapso de las 20:35 a las 21:35 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar en la Sala de Quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad a la paciente *****.

R.- Sí

En relación a la 4 directa, el licenciado ***** , formula la siguiente repregunta.

1.- Que diga la testigo en qué consisten las maniobras de reanimación cardiopulmonar realizadas a la C. *****.- R.- Yo solamente vi que le dieron masaje cardiaco, porque contaba con traqueostomia para asistirla en la respiración.

2.- En relación a la respuesta dada a la repregunta número uno, que diga la testigo si la paciente al contar con la traqueostomia, se encontraba conectada a la máquina de anestesia.- R.- No, se hace la traqueostomia y después se conecta.

3.- En relación a la respuesta dada a la repregunta uno, que diga la testigo si las maniobras de reanimación el médico que las realiza administra los medicamentos.- R.- No, él solo los indica, y los aplica la enfermera.

5.- Dirá la testigo a qué hora realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** del día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano número dos. R.- No se desde a qué horas las iniciaron, pero a las 8:35 p.m. que yo llegué aún las estaban realizando.

6.- Dirá la testigo durante cuánto tiempo realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas. R.- Hasta las 21:35 horas que se dio por fallecida a la paciente.

7.- Dirá la testigo qué médico o personal médico específicamente realizó la reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre de 2012, en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas.- R.- El doctor *****.

8.- Dirá la testigo en qué condiciones físicas o médicas recibió a la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del año 2012. R.- Malas, estaba inconsciente, intubada, no respiraba por si sola, le estaban asistiendo con ambu para que respirara.

9.- Dirá la testigo la presión arterial de la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano.- R. No la recuerdo.

10.- Dirá la testigo qué personal médico (médicos y enfermeras) se encontraban en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012, en la atención médica de la paciente *****.- R.- El Dr. ***** , el Dr. ***** , el Dr. ***** , El Dr. ***** , la enfermera ***** y la suscrita.

11.- Dirá la testigo, cómo reaccionó la paciente ***** en la reanimación cardiopulmonar el día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas. R.- Tuvo una mala respuesta, no reaccionó como se esperaba.

13.- Dirá la testigo, a qué hora terminaron de realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas. R.- A las 21:35 horas.

14.- Dirá la testigo, cuál era el estado físico o de salud de la paciente ***** a las 21:00 horas del día 25 de noviembre del año 2012. R.- Malo porque no respiraba, porque estaba inconsciente, tenía el ambu.

15.- Dirá la testigo, cuál era la frecuencia cardiaca que presentó la paciente ***** en el día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas. R.- Tampoco la recuerdo.

16.- Dirá la testigo, cuál era la presión arterial que presentó la paciente ***** en el día 25 de noviembre del 2012 en la sala de Quirófano número dos a partir de las 20:35 horas. R.- No la recuerdo.

17.- Dirá la testigo cual era la evolución del estado de salud médica de la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- Desfavorable para la vida.

18.- Dirá la testigo si el día 25 de noviembre a las 20:35 horas se agudiza la insuficiencia respiratoria de la paciente *****. R.- Pues sí, en sí no estaba ni respirando.

19.- Dirá la testigo, si observó físicamente pálida a la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012 en la sala de quirófano del hospital civil de esta ciudad. R.- Sí

20.- Dirá la testigo si es trabajadora del hospital civil de ciudad Victoria. R.- Sí

21.- Dirá la testigo cuantos años tiene de ejercer como enfermera (la profesión de enfermera).- Tengo 15 años.

22.- Dirá la testigo si sabe, por qué falleció la señora *****. R.- No

23.- Dirá la testigo si alguno de los doctores que intervinieron en el quirófano le informaron a los parientes la necesidad de hacer autopsia. R.- No lo sé.

24.- Dirá la testigo, la razón de su dicho, o sea por qué sabe todo lo que contestó. R.- Porque estuve ahí, en el quirófano, cuando se encontraban atendiendo a la señora *****.

A continuación en uso de la palabra el licenciado *****, manifiesta para el esclarecimiento de la verdad y en atención a la naturaleza jurídica del procedimiento de violación de los derechos humanos me permito realizar las siguientes interrogantes a la testigo.

1.- Dirá la testigo si reconoce la firma y el contenido de la diligencia testimonial realizada el día 20 de noviembre del 2013 ante la Agencia del Ministerio Público Investigador para el Combate al Rezago, en la Averiguación Previa Penal número 242/2013, la cual obra en el tomo número II del expediente en que se actúa suplicando a este Órgano de Derechos Humanos tenga la amabilidad de mostrar a la testigo dicha diligencia.- Una vez que le es mostrada, contesta: R.- Sí.

2.- En relación a la respuesta de la pregunta contenida en el numeral 20, dirá la testigo si el Hospital Civil o en forma particular se le remuneraron sus servicios en la atención brindada a la paciente ***** el día 25 de noviembre

del año 2012. R.- Sí fuí remunerada como trabajadora del Hospital Civil, mi sueldo normal.

3.- Dirá la testigo a qué obedeció las maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, en la sala de quirófano número dos. R.- Paro cardiopulmonar.

4.- Dirá la testigo, qué hicieron cada uno de los doctores que se encontraban en la sala de quirófano número dos del hospital civil el día 25 de noviembre del 2012, a partir de las 20:35 horas. R.- El doctor ***** estaba dando el masaje, el doctor ***** también lo estaba auxiliando, ya que se turnaban para dar masaje, el Doctor ***** era el que estaba asistiendo a la paciente con la respiración, el doctor ***** no lo vi hacer nada.

5.- Dirá la testigo cuanto tiempo duró las maniobras de reanimación cardiopulmonar a que se refiere la respuesta a la pregunta anterior.- R.- Del tiempo que estuve yo presente, de las 20:35 a las 21:35 horas.

6.- Dirá la testigo si puede especificar concretamente en qué consistieron las maniobras ya referidas.- R.- Al momento en el que yo recibí a la paciente solo se le dieron masaje cardiaco.

En relación con las respuestas anteriores, el licenciado ***** , formula la siguiente pregunta:

1.- Que diga la testigo, qué médico especialista que intervino en la operación quirúrgica de la C. ***** realiza las maniobras de reanimación cardiopulmonar. R.- Se supone que los cuatro médicos tienen conocimiento para realizar una maniobra de resucitación, pero en el caso de la paciente ***** la realizó el Doctor ***** en asistencia con el Doctor *****.

2.- Que diga la testigo, si el doctor ***** participó en la intervención quirúrgica de manera directa el día 25 de noviembre del 2012, de las 20:35 a las 21:35 horas.- R.- En ese lapso solo se hizo el masaje, no se realizó ninguna intervención quirúrgica.

3.- Que diga la testigo si sabe la especialidad y el área de trabajo que desempeña el Doctor ***** en el hospital civil de ***** . R.- Sí, es médico internista y por lo regular está en la sala de Terapia Intensiva, pero también hace recorrido por las demás áreas e **incluso a quirófano si se le pide una valoración.**”

9.3.29. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 18 de agosto del 2014, ofrecida por el Dr. ***** , misma que se transcribe:

“1.- Que diga la testigo, “si sabe y le consta”, que el día 25 de noviembre del año 2012, la C. ***** , ingresó al área de quirófano del Hospital Civil, donde usted presta sus servicios. R.- En la primera o en la segunda, en la segunda sí me consta, en la primera no se.

2.- Que diga la testigo “si sabe y le consta”, el motivo del ingreso al área de quirófano de la C. ***** . R.- El motivo no lo se, a las 20:35 horas, la paciente ya estaba en quirófano.

3.- Que diga la testigo “si sabe y le consta”, el nombre de los médicos que atendieron quirúrgicamente a la C. ***** . R.- No me consta, por la nota

médica sé que entraron el Dr. ***** y el Dr. *****, pero no me consta si la intervinieron porque no estuve presente.

4.- Que diga la testigo si sabe y le consta, qué condiciones médicas presentaba la C. *****, al ingresar a quirófano. R.- No, no lo sé.

5.- Que diga la testigo si sabe y le consta, el contenido de la hoja de enfermería de fecha 25 de noviembre del año 2012, mismo que solicito se le ponga a la vista. R.- Sí

6.- Que diga la testigo la razón de su dicho, esto es, porque sabe y le consta lo manifestado en el presente interrogatorio. R.- Sí porque sí me consta.

A continuación, se procede a formular las repreguntas ofrecidas por la quejosa *****.

En relación a la Primera pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, si usted es trabajadora del Hospital Civil de *****. R.- Sí

2.- Dirá la testigo, si usted recibió alguna prestación de carácter económico por atender en el área de quirófano del Hospital Civil de ***** a la C. *****.
R.- No.

3.- Dirá la testigo la hora en que ingresó al área de quirófano del Hospital Civil de esta ciudad el día 25 de noviembre del 2012, la C. *****. R.- No sé a qué hora ingresó la paciente, pero yo llegué al área a las 8:35 p.m. y ella ya se encontraba allí.

4.- Dirá la testigo si la C. ***** entró consciente al área de quirófano del Hospital Civil de ***** el día 25 de noviembre del 2012.- R. Lo ignoro.

En relación a la Segunda pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, quien ordenó que la C. *****, pasara al área de quirófano del Hospital Civil de *****, el día 25 de noviembre del 2012. R.- El Dr. *****.

2.- Dirá la testigo, a qué hora se enteró el motivo del ingreso de la C. ***** al área de quirófano del Hospital Civil de *****, el día 25 de noviembre del 2012. R.- A las 8:35 p.m. a la hora que entré.

3.- Dirá la testigo, quien le dijo, el motivo del ingreso de la C. ***** al área de quirófano del Hospital Civil de *****, el día 25 de noviembre de 2012. R.- Nadie me informó, es mi hora de entrada y recibo el paciente que esté en cirugía.

En relación a la Tercera pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, si puede precisar el nombre del médico tratante de la señora *****, en el Hospital Civil de *****, los días 24 y 25 de noviembre de 2012. R.- El día 24 no estuve prestando atención a la paciente, y el 25, no lo puedo precisar.

2.- Dirá la testigo, qué servicio médico le prestó el Doctor ***** a la paciente *****, los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de *****.
R.- El 24 no lo sé, y el 25 pues la resucitación.

3.- Dirá la testigo, cuantas veces durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el Hospital Civil de *****. R.- No lo sé, no lo puedo precisar.

4.- Dirá la testigo, a qué hora durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el

Hospital Civil de *****. R.- No lo sé, el 24 no lo sé y el 25 de lo que me consta a mi de las 20:35 a las 21:35 horas.

En relación a la Cuarta pregunta directa

1.- Dirá la testigo, si la intubación que tenía la paciente ***** era adecuada o insuficiente para mantener un área permeable. R.- Sí era adecuada.

2.- Dirá la testigo la presión arterial de la paciente ***** al ingresar al quirófano del Hospital Civil de *****. R.- No lo se.

3.- Dirá la testigo la frecuencia cardiaca de la paciente ***** al ingresar al quirófano del Hospital Civil de *****. R.- No, no lo sé.

4.- Dirá la testigo, si usted estaba presente cuando la paciente ***** ingresó al quirófano del hospital civil. R.- No

5.- Dirá la testigo, como lo supo.

6.- Dirá la testigo, quien le comentó las condiciones médicas que presentaba la C. ***** al ingresar a quirófano. R.- *****

7.- Dirá la testigo, si usted como enfermera recibió a la paciente en quirófano del Hospital Civil de ***** a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No

8.- En relación a la respuesta a la pregunta número uno que antecede, por qué afirma que era adecuada la intubación practicada a la paciente el día 25 de noviembre del 2012, si la paciente fue trasladada a las 19:45 horas a sala de quirófano del hospital civil. R.- En realidad no lo se, cuando yo llegué a las 20:35 horas, la intubación de la paciente estaba funcionando bien, sin embargo aun necesita el masaje cardiopulmonar para estimular los latidos cardiacos, porque la paciente presentó un paro cardiorespiratorio.

En relación a la quinta pregunta directa.

1.- Dirá la testigo si se realizó traqueostomía a la paciente ***** en el quirófano del hospital civil de esta ciudad, en el lapso de las 20:35 a las 21:35 horas del día 25 de noviembre del 2012.- R.- No, no se le realizó.

2.- Dirá la testigo las condiciones médicas que presentó la C. ***** a las 20:35 en la sala de quirófano del Hospital Civil de *****. R.- condiciones malas.

3.- Dirá la testigo, en qué consistieron las maniobras de RCP lapso de las 20:35 a las 21:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. R. Masaje cardiaco solamente.

4.- Dirá la testigo, a qué hora fue la última maniobra de Reanimación Cardio Pulmonar el día 25 de noviembre del 2012. R.- A las 21:35 horas.

5.- Dirá la testigo, qué médicos intervinieron en el quirófano del hospital civil el día 25 de noviembre del 2012, en el lapso de las 20:35 a las 21:35 horas. R.- El Dr. ***** , Dr. ***** y el Dr. *****.

6.- Dirá la testigo, qué atención médica prestaron los profesionales de la medicina que atendieron a la paciente ***** en el lapso de las 20:35 a las 21:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- A mi criterio la correcta, el Dr. ***** realizó el masaje cardiaco, el Dr. ***** lo asistió, el Dr. ***** asistió a la paciente con la respiración.

7.- Dirá la testigo, como reaccionó la paciente ***** en la reanimación cardio pulmonar el día 25 de noviembre del 2012, en la sala de quirófano a partir de las 20:35 horas. R.- No favorable.

8.- Dirá la testigo, cual era la frecuencia cardiaca que presentó la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, en la sala de quirófano a partir de las 20:35 horas. R.- No la recuerdo.

9.- Dirá la testigo, cuál era la presión arterial que presentó la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, en la sala de quirófano a partir de las 20:35 horas. R.- Tampoco la recuerdo.

10.- Dirá la testigo, por qué murió la señora ***** el día 25 de noviembre del 2012. R.- No lo sé.

12.- Dirá la testigo si reconoce la firma y contenido de la declaración suya rendida ante la Agente del Ministerio Público Investigador para el combate al rezago el día 20 de noviembre del 2012, encareciendo se muestre la constancia procesal conducente que obra en los documentos que remite la autoridad administrativa en mención. R. Sí

A continuación toma el uso de la palabra el Lic. ***** a fin de realizar repreguntas al interrogatorio que nos ocupa, manifiesta que previo a las repreguntas que deseo formular a la testigo, quiero manifestar que precisamente en una de las preguntas a la declarante se le requiere para que manifieste si reconoce el contenido y firma de la declaración testimonial rendida ante la Agencia del Ministerio Público Investigador Especializada para el Combate al Rezago, de fecha 20 de noviembre del año 2013, dentro de la averiguación previa penal ***** y en este contexto, reitero la petición del Dr. ***** en escrito presentado ante esta autoridad administrativa, donde solicita se dicte Acuerdo de Sobreseimiento e Improcedencia para seguir conociendo de la queja en que se actúa, tomando en consideración que existe una autoridad judicial que tiene conocimiento de los mismos hechos, además de que éstos fueron puestos en conocimiento con anterioridad a la narrativa de hechos ante esta autoridad administrativa. Por cuanto hace a las repreguntas, me permito formular las siguientes:

1.- En relación a la respuesta dada a la segunda pregunta de ***** , que diga la testigo, cómo sabe que el Dr. ***** ordenó el traslado de la paciente ***** al quirófano el día 25 de noviembre del año 2012, tomando en consideración que usted manifiesta en respuesta a diversa pregunta que usted ingresó hasta las 20:35 horas a dicho quirófano. R.- Por la nota médica y nota de enfermería.

2.- En relación a la respuesta anterior solicito a la testigo me identifique la nota médica a que se refiere, por lo que solicito se le ponga a la vista a la testigo el expediente clínico remitido por el hospital civil, relativo a la paciente ***** . Se acuerda de procedente lo solicitado y se le muestra el expediente clínico. R.- Cuando ingresa la paciente antes de ser intervenida, a foja ***** del expediente que nos ocupa, el médico que la valoró fue el Dr. ***** , igual la enfermera ***** , a cargo de la paciente pone pasa a quirófano, pero no le pone quien da la indicación, pero fue valorada por el Dr. ***** , dicha nota es de las 10:30 a.m.; y cuando se suscitó el problema de la paciente en la foja ***** se advierte que la indicación de paso a quirófano fue por el Dr. ***** , dando indicación vía telefónica a las 19:30, no lográndose pasar hasta las 19:45 debido a la gravedad de la paciente quedando a cargo del médico tratante”.

9.3.30. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. *****, de fecha 19 de agosto del 2014, ofrecida por la C. *****, la cual se transcribe:

“1.- Dirá la testigo si reconoce la firma de la hoja de la enfermera de las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece el expediente clínico de *****, (encareciendo se muestre dicho documento a la declarante). R.- Sí

2.- Dirá la testigo si reconoce contenido de la hoja de la enfermera de las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece el expediente clínico de *****, en donde aparece su nombre (encareciendo se muestre dicho documento a la declarante).- R.- Sí

3.- Dirá la testigo si reconoce su declaración de fecha cinco de noviembre del 2013 rendida ante la Agente del Ministerio Público Investigador de esta ciudad, (encareciendo se muestre dicho documento a la declarante). R.- Sí

4.- Que diga la testigo en qué condiciones físicas o médicas recibió a la paciente *****, a las diecinueve cuarenta y cinco horas del día veinticinco de noviembre del año dos mil doce, en la sala del quirófano número dos del hospital civil de *****. R.- Venía inconsciente e intubada.

5.- Que diga la testigo, los signos vitales que presentó la paciente *****, a las diecinueve cuarenta y cinco horas del día veinticinco de noviembre del año dos mil doce. R.- Nadamás se le checó la presión arterial que era de 60/30.

6.- Dirá la testigo en el lapso de las 19:45 a las 20:35 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, qué medicamentos aplicaron en la sala de Quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad a la paciente *****. R.- Fue Atropina, adrenalina, bicarbonato de sodio y dopamina y no recuerdo que más.

7.- Dirá la testigo en el lapso de las 19:45 horas a las 20:35 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, a qué hora se aplicaron los medicamentos a la paciente ***** en la sala de Quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad. R.- Hora exacta no recuerdo pero se empezó con una atropina como a las 19:50, luego adrenalina, la adrenalina se le aplicó 19:50 pero no recuerdo con qué lapso de una dosis a otra, bicarbonato de sodio de ese no recuerdo, la dopamina como a las 8:10.

8.- Dirá la testigo, el pulso que presentaba la paciente *****, a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos. R.- el pulso no se lo chequé yo y la máquina de anestesia no lo registraba.

9.- Dirá la testigo durante cuánto tiempo realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- El tiempo aproximado no se yo salí a las 8:35 y continuaban con la reanimación.

10.- Dirá la testigo a qué hora realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** del día 25 de noviembre de 2012 en la Sala de Quirófano número dos. R.- Como a las 20:00 horas aproximadamente.

11.- Dirá la testigo, cómo reaccionó la paciente ***** en la reanimación cardiopulmonar el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- No respondió favorablemente.

12.- Dirá la testigo qué personal médico se encontraba en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012, en la atención médica de la paciente *****. R.- El Dr. *****, el Dr. *****, el Dr. ***** y el Dr. *****.

13.- Dirá la testigo qué personal médico específicamente realizó la reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre de 2012, en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- El Dr. ***** y Dr. *****.

14.- Dirá la testigo a qué hora terminaron de realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Yo me salí de quirófano a las 20:35 y aún continuaban dándole maniobras.

15.- Dirá la testigo a qué hora se realizó traqueostomía en la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Aproximadamente como a las 20:00 horas, no recuerdo la hora exacta.

16.- Dirá la testigo, qué médico determinó realizar traqueostomía en la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Eso tampoco no lo recuerdo, pero me imagino que fue el Dr. *****.

17.- Dirá la testigo, cómo reaccionó la paciente ***** en la traqueostomía que le practicaron el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- No respondió favorablemente.

18.- Dirá la testigo, cuál era el estado físico o de salud de la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del año 2012. R.- Eso solamente lo determinan los doctores, para mi pienso que estaba grave.

19.- Dirá la testigo, cuál era la frecuencia cardíaca que presentó la paciente ***** en el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas hasta las 20:35 horas. R.- La máquina de anestesia casi no la registraba.

20.- Dirá la testigo, cuál era la presión arterial que presentó la paciente ***** en el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas hasta las 20:35 horas. R.- Ingresó entre 60 y 70/30, pero continuó bajándole.

21.- Que diga la testigo cuál era la evolución del estado físico de la paciente ***** de las diecinueve cuarenta y cinco horas que la recibió a las veinte treinta y cinco del día veinticinco de noviembre del año dos mil doce?. R.- Se iba empeorando.

22.- Dirá la testigo si la paciente ***** no respondió a las maniobras de reanimación cardiopulmonar desde las 19:45 horas del 25 de noviembre del 2012. R.- No respondió

23.- Dirá la testigo a qué hora se practicó la última reanimación cardiopulmonar en la paciente ***** dado que usted asentó que a las 20:19 horas se le aplicó adrenalina y ya no se volvió a aplicar dicho medicamento. R.- Yo se la administré a esa hora y le dieron reanimación posteriormente no se a que horas, yo salí a las 20:35 horas, sería aproximadamente a las 20:15 horas.

24.- Dirá la testigo si es trabajadora del hospital civil de Ciudad Victoria. R.- Sí.

25.- Dirá la testigo cómo se llama la enfermera que la sustituyó a usted en la atención a la paciente ***** en el Quirófano a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- Enfermera *****.

26.- Dirá la testigo cuántos años tiene de ejercer como enfermera (la profesión de enfermera). Como 27.

27.- Dirá la testigo, la razón de su dicho. R.- Porque yo estuve presente de las 19:45 a las 20:35 que entregué a la paciente.

A continuación tiene el uso de la voz el licenciado *****, quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo en el siguiente orden:

1.- En relación a la seis directa, que diga la testigo quien ordenó la aplicación de los medicamentos que señala en su declaración. R.- El Dr. *****.

2.- En relación a la pregunta siete directa, que diga la testigo quien aplicó los medicamentos ordenados de acuerdo a su testimonio a la pregunta anterior por el Dr. *****.- R. Unos medicamentos se los aplicó la suscrita y otros mi compañera *****.

3.- En relación a la pregunta doce directa, que diga la testigo de acuerdo a la respuesta dada, cuales fueron las funciones realizadas por los médicos señalados en su declaración a dicha respuesta. R.- El Dr. ***** realizó la cirugía y lo ayudaba el Dr. *****, el Dr. ***** estaba encargado de la anestesia, y el Dr. ***** no recuerdo.

A continuación tiene el uso de la voz el licenciado *****, quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo en el siguiente orden:

1.- En relación a la pregunta número veintiséis, que diga la testigo cual es su grado de estudios. R.- Licenciada en enfermería.

A continuación tiene el uso de la voz el licenciado *****, quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo en el siguiente orden:

1.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número seis, que diga la testigo para qué se le aplicaron los medicamentos a que se refiere la hoja clínica de enfermería en donde se asienta su nombre y que reconoció en esta diligencia, o sea atropina, adrenalina, dopamina y bicarbonato de sodio. R.- Esos son medicamentos que se le aplican a los pacientes cuando están en un paro cardiorrespiratorio y para iniciar una reanimación cardiopulmonar.

2.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número quince, que diga la testigo si se aplicaron anestesia para la práctica de traqueostomía a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, en la sala de quirófano número dos a partir de las 19:45 horas, en virtud de que la nota médica del Dr. ***** no señala la práctica de traqueostomía a la paciente. R.- La paciente estaba intubada conectada a máquina de anestesia y la máquina de anestesia contiene gases anestésicos.

3.- En relación respuesta a la pregunta directa número dieciocho, relativo al estado físico de la paciente *****, a las 20:35 horas del día veinticinco de noviembre del dos mil doce; que diga la testigo la coloración de la piel de dicha paciente en el momento de su ingreso al quirófano. R.- Estaba pálida.

4.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número veinticuatro, dirá la testigo si la prestación de sus servicios como enfermera del hospital civil de

esta ciudad, el día veinticinco de noviembre del 2012, fueron pagados en forma particular por los parientes de la paciente *****. R.- No, a mi me paga el hospital por mi quincena.

5.- Dirá la testigo qué medidas tomó el hospital civil de ***** en relación con la complicación de la evolución del estado de salud de la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, a partir de las 15:00 horas.- R.- Esa pregunta no la puedo contestar porque no sabía que la paciente estaba en ese estado de gravedad, y ella estaba a cargo de las enfermeras de la sala de distinción y yo estaba en el área de quirófano que es muy independiente a ese departamento.”

9.3.31. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 19 de agosto del 2014, ofrecida por el Dr. ***** , misma que se transcribe:

“1.- Que diga la testigo, “si sabe y le consta”, que el día 25 de noviembre del año 2012, a las 19:45 horas, la C. ***** , ingresó al área de quirófano del Hospital Civil, donde usted presta sus servicios. R.- Sí.

2.- Que diga la testigo “si sabe y le consta”, el motivo del ingreso al área de quirófano de la C. ***** . R. Sí

3.- Que diga la testigo “si sabe y le consta”, el nombre de los médicos que atendieron quirúrgicamente a la C. ***** . R.- Sí

4.- Que diga la testigo si sabe y le consta, qué condiciones médicas presentaba la C. ***** , al ingresar a quirófano. R.- No, médicas no.

5.- Que diga la testigo si sabe y le consta, el contenido de la hoja de enfermería de fecha 25 de noviembre del año 2012, mismo que solicito se le ponga a la vista. R.- Sí.

6.- Que diga la testigo la razón de su dicho, esto es, porque sabe y le consta lo manifestado en el presente interrogatorio. R.- Porque yo recibí a la paciente a esa hora en el quirófano.

A continuación se procede a formular interrogatorio de repreguntas ofrecidas por la quejosa ***** , y que se encuentran agregados a los autos.

En relación a la Primera pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, si usted es trabajadora del Hospital Civil de ***** . R.- Sí.

2.- Dirá la testigo, si usted recibió alguna prestación de carácter económico por atender en el área de quirófano del Hospital Civil de ***** a la C. ***** . R.- No.

3.- Dirá la testigo la hora en que ingresó al área de quirófano del Hospital Civil de esta ciudad el día 25 de noviembre del 2012, la C. ***** . R.- A las 19:45 horas.

4.- Dirá la testigo si la C. ***** entró consciente al área de quirófano del Hospital Civil de ***** el día 25 de noviembre del 2012. R.- No.

En relación a la Segunda pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, quien ordenó que la C. ***** , pasara al área de quirófano del Hospital Civil de ***** , el día 25 de noviembre del 2012. R.- No se.

2.- Dirá la testigo, a qué hora se enteró el motivo del ingreso de la C. ***** al área de quirófano del Hospital Civil de *****; el día 25 de noviembre del 2012. R.- Como a las 19:20 horas aproximadamente.

3.- Dirá la testigo, quien le dijo, el motivo del ingreso de la C. ***** al área de quirófano del Hospital Civil de *****; el día 25 de noviembre de 2012. R.- Hablaron de la sala de distinción pero no supe quien habló.

En relación a la Tercera pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, si puede precisar el nombre del médico tratante de la señora *****; en el Hospital Civil de *****; los días 24 y 25 de noviembre de 2012. R.- El Dr. ***** porque el fue quien la operó.

2.- Dirá la testigo, qué servicio médico le prestó el Doctor ***** a la paciente *****; los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de *****. R.- No se, no estaba enterada.

3.- Dirá la testigo, cuantas veces durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el Hospital Civil de *****. R.- No se.

4.- Dirá la testigo, a qué hora durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el Hospital Civil de *****. R.- No estaba enterada, no se si era su médico de ella.

En relación a la Cuarta pregunta directa

1.- Dirá la testigo, si la intubación que tenía la paciente ***** era adecuada o insuficiente para mantener un área permeable. R.- No se tampoco.

2.- Dirá la testigo la presión arterial de la paciente *****; al ingresar al quirófano del Hospital Civil de *****. R.- Era de 60/30.

3.- Dirá la testigo la frecuencia cardiaca de la paciente ***** al ingresar al quirófano del Hospital Civil de esta ciudad. R.- No se registraba.

En relación a la quinta pregunta directa.

1.- Dirá la testigo si se administraron medicamento anestésicos en el lapso de las 19:45 horas del día 25 de noviembre del año 2012 hasta las 20:35 de dicho día. R.- No.

2.- Dirá la testigo si se requiere de medicamentos anestésicos para la práctica de traqueostomía. R.- Como la paciente estaba intubada y conectada a una máquina de anestesia, no necesitaba.

3.- Dirá la testigo si se realizó traqueostomía a la paciente ***** en el quirófano del hospital civil de *****. R.- Sí

4.- Dirá la testigo a qué hora se le practicó traqueostomía a la paciente ***** en el quirófano del hospital civil de esta ciudad. R.- Como a las 20:10 aproximadamente, no recuerdo exactamente la hora.

5.- Dirá la testigo las condiciones médicas que presentó la C. ***** a las 20:35 en la sala de quirófano del Hospital Civil de *****. R.- Para mi conocimiento de enfermería estaba grave, medicamento no se.

6.- Dirá la testigo para que se le aplicaron a la paciente *****; los medicamentos de atropina, adrenalina, bicarbonato de sodio y dopamina. R.- Son medicamentos que se le aplican a las pacientes cuando tienen un paro cardiorespiratorio.

7.- Dirá la testigo a qué hora fue el último medicamento que se le practicó a la paciente ***** el día 25 de noviembre de 2012. R.- No recuerdo hora exacta.

8.- Dirá la testigo, cual fue le evolución del estado físico de la paciente ***** de las diecinueve cuarenta y cinco horas en que ingresó al quirófano a las veinte treinta y cinco del día veinticinco de noviembre del 2012. R.- No fue favorable.

9.- Dirá la testigo, si el cambio de turno de enfermeras se debe de realizar no obstante las condiciones físicas de alto riesgo de la paciente *****.

R.- Cuando hay personal disponible para recibir las pacientes sí.

10.- Dirá la testigo, cuáles eran los signos vitales de la paciente ***** a las 20:35 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No se registraban signos. A continuación toma el uso de la palabra el licenciado ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo.

1.- Que diga la testigo qué médico realizó la traqueostomía que se refiere en las repreguntas antes formuladas. R.- El Dr. *****.

2.- Que diga la testigo qué médico es el responsable de la administración de la anestesia a la paciente ***** , en la práctica de traqueostomía del día 25 de noviembre del 2012 en la sala de quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad a partir de las 19:45 horas. R.- Es el anesthesiólogo el Dr. *****.

3.- Que diga la testigo qué hicieron cada uno de los médicos que menciona en el servicio médico a partir de las 19:45 horas del día 25 de noviembre en la atención de la paciente *****. R.- El Dr. ***** realizó la cirugía, y le ayudó el Dr. ***** , el anesthesiólogo fue el Dr. ***** y el Dr. ***** iba acompañándolos pero no supe que hizo.

A continuación toma el uso de la palabra el licenciado ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo.

En relación a la respuesta a la repregunta uno derivada de la pregunta directa número tres, que diga la testigo si en todos los casos en que se interviene a un paciente, el médico que realiza la operación, es el médico tratante. R.- El Dr. ***** era su médico de esa patología que ella tenía y del cual la operó, desconozco si era su médico de cabecera o su médico tratante”.

9.3.32. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 20 de agosto del 2014, ofrecida por el Dr. ***** , en la cual dice lo siguiente:

“1.- Que diga la testigo si sabe y le consta, que el día 24 de noviembre del año 2012, la C. ***** , estuvo hospitalizada en el área donde usted presta sus servicios. R.- Sí

2.- Que diga la testigo si sabe y le consta, el cuarto que le fue asignado a la C. ***** . R.- Sí, el 3 de distinción

3.- Que diga la testigo si sabe y le consta, el nombre de los médicos que atendieron quirúrgicamente a la C. ***** . R.- Es el Dr. *****.

4.- Que diga la testigo si sabe y le consta, el contenido de la hoja de enfermería de fecha 24 de noviembre del año 2012, mismo que solicito se le ponga a la vista. R.- Sí

5.- Que diga la testigo la razón de su dicho, esto es, porque sabe y le consta lo manifestado. R.- Porque yo la recibí.

A continuación tiene el uso de la palabra el Lic. *****, quien manifiesta que desea formular repreguntas a la testigo y lo hace en el siguiente orden:

1.- En relación a la pregunta directa número tres, que diga la testigo por qué sabe y le consta que el Dr. ***** atendió a la C. *****.- R. cuando ingresa la paciente se les pregunta al área administrativa con qué médico tratante ingresa porque si no lleva médico de cabecera no las aceptamos y ahí me informaron que el Dr. ***** y en la hoja frontal de admisión es donde viene el nombre del médico tratante.

2.- En relación a su respuesta inmediata anterior, que diga la declarante específicamente qué persona del área administrativa le informó que el médico tratante era el Dr. *****.- R.- No recuerdo el nombre de la persona exactamente que estaba a cargo en ese momento de ingreso de la paciente.

3.- En relación a la respuesta dada por la testigo que manifieste si en la hoja de enfermería no se anota el nombre de la persona del área administrativa que le informa quien es el médico tratante.- R. No

4.- En relación a su respuesta a la repregunta anterior, que diga la testigo si sabe cuantas personas laboran en el área administrativa del hospital civil.

R.- En mi turno solamente una, en todo el hospital no se.

5.- Que diga la declarante si el área administrativa cuenta con personal las 24 horas del día, los 365 días del año. R.- Sí.

6.- En relación a su respuesta inmediata anterior, que diga la declarante si puede elaborar un croquis del edificio que ocupa el hospital civil de esta ciudad, donde identifique hasta donde le sea posible el cuarto de distinción número tres, que ocupó la C. *****, así como el área administrativa, que refiere en sus respuestas anteriores, para lo cual solicito a esta autoridad administrativa se le proporcione a la declarante del material necesario para tal efecto y que dicho croquis ilustrativo sea agregado a la diligencia que nos ocupa.- R.- Sí, (se anexa)

7.- En relación a la pregunta directa número cinco que diga la testigo si su intervención con la paciente *****, solamente fue en fecha 24 de noviembre del año 2012, tomando como referencia la foja ***** del expediente clínico del hospital civil de esta ciudad.- R. Sí

Me reservo el derecho de seguir interrogando.

A continuación tiene el uso de la palabra el Lic. *****, quien manifiesta que desea formular repreguntas a la testigo y lo hace en el siguiente orden:

1.- En relación a la respuesta otorgada a la repregunta donde usted manifiesta que es en la hoja de admisión donde está anotado el nombre del Doctor que ordenó el ingreso al cuarto de distinción número tres, solicito a esta Comisión ponga a la vista el expediente clínico a la testigo presente para que manifieste e informe a qué fojas se encuentra dicha hoja de admisión. R.- Me refiero a la foja número ***** del expediente clínico integrado ante el Hospital Civil de esta ciudad a la C. *****, que a la vez es la ***** del presente expediente de queja.

A continuación se procede a formular interrogatorio de repreguntas ofrecido por la quejosa *****, con motivo al interrogatorio planteado por el Dr. *****.

En relación a la Primera pregunta directa

1.- Dirá la testigo, si usted es trabajadora del Hospital Civil de *****.

R.- Sí

2.- Dirá la testigo, si usted recibió alguna prestación de carácter económico por atender en el área de distinción del Hospital Civil de ***** a la C. *****.

R.- No

En relación a la tercera pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, si puede precisar el nombre del médico tratante de la señora ***** en el Hospital Civil de ***** los días 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- Solamente sería el 24 que fue en la fecha que yo la recibí, el que me indicaron que era su médico cirujano, el Dr. *****.

2.- Dirá la testigo, qué servicio médico le prestó el Doctor ***** a la paciente ***** los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de ***** R. En mi presencia ninguna, porque yo no tuve contacto con los médicos.

3.- Dirá la testigo, cuántas veces durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el Hospital Civil de ***** R.- Eso a mí no me consta porque yo solamente estuve al ingreso de la paciente y posteriormente ya no tuve ningún contacto ni con la paciente ni con los médicos que la atendieron.

4.- Dirá la testigo, a qué hora durante los días 24 y 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** prestó sus servicios profesionales a la C. ***** en el Hospital Civil de ***** R.- No me consta.

En relación a la cuarta pregunta directa.

1.- Dirá la testigo, quien le pagó a usted por la atención prestada como enfermera del Hospital Civil de ***** a la C. ***** los días 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- Yo recibo un sueldo de gobierno, por área privada no nos pagan.

2.- Dirá la testigo, si los médicos que intervinieron en la atención de la paciente ***** le pagaron por el servicio prestado a dicha paciente los días 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- No.

A continuación toma el uso de la palabra el C. ***** en representación de la quejosa ***** quien manifiesta que desea ampliar las repreguntas antes formuladas y lo hace en los siguientes términos:

1.- En relación con la pregunta directa número uno, que diga la testigo cual fue su horario de entrada y salida los días 24 y 25 de noviembre del 2012.- R.- Yo laboré del 23 al 24 de noviembre de 2012, de 8 de la noche a las 8 de la mañana.

2.- Que diga la testigo en qué horario de salida dejó al cuidado de la próxima enfermera a la paciente ***** y el horario en que salió el día 24 de noviembre del 2012.- R.- Fue aproximadamente a las 8:20 horas, del día 24 de noviembre del 2012 y me retiré en el mismo horario.

3.- En relación a la pregunta directa número tres, que diga la testigo si sabe y le consta quien ordenó los estudios realizados a la paciente ***** para su admisión a quirófano.- R.- No me consta.

4.- En relación a la respuesta de la pregunta directa número tres, que diga la testigo si sabe y le consta que el Dr. ***** recibió pago por tratamiento médico por parte de la señora ***** o de algún familiar de la misma.- R.- No.

5.- En relación a la pregunta cuarta directa, que diga la testigo si se le asignó el cuidado de la paciente ***** el día 24 de noviembre del 2012.- R.- Nada más fue el ingreso, fue el único cuidado que yo le di.

6.- En relación a la respuesta a la pregunta anterior, en basé a qué constancia estuvo cuidando a la paciente *****.- R.- Pues nada más fue que la recibí en mi turno y lo que hice fue checarle signos y nada más.”

9.3.33. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. *****, de fecha 20 de agosto del 2014, ofrecida por el Dr. *****, misma que se transcribe:

“1. Que diga la declarante, si conoció a la paciente *****. R.- Sí

2. Que diga la declarante, si recuerda que dicha paciente se encontraba internada en el hospital civil de ciudad Victoria, “Dr. *****” en fecha 25 de noviembre de 2012.- R.- En 25 no, porque no laboré ese día.

3. Que diga la declarante, si prestó servicios de enfermería a la paciente ya mencionada en fecha 25 de noviembre de 2012.- R. No.

4. Que diga la declarante, en qué consistió la atención médica proporcionada. R.- En fecha 25 ninguna.

5. Que diga la declarante en qué horario prestó sus servicios como enfermera a la paciente *****; en fecha 25 de noviembre de 2012. Ninguno.

6. Que diga la declarante si la paciente *****; presentó complicaciones entre las 15:00 y 19:30 horas del día 25 de noviembre de 2012. R.- No me consta.

7. Que diga la declarante, en los casos en que un paciente presenta complicaciones, qué lineamientos se siguen. R.- Se le habla al médico tratante.

8. Que diga la declarante si existía un médico de guardia en la fecha de los hechos el 25 de noviembre de 2012, entre las 15:00 y 19:30 horas en el área que se encontraba la paciente en el Hospital Civil de *****; “Dr. *****”. R.- No me consta porque no estuve.

9. Que diga la declarante si Usted dio aviso a algún médico sobre las complicaciones que presentó la C. *****. R.- Yo no estuve en el momento.

10. En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, que diga la declarante a quien dio aviso. R.- Sin efecto.

11. Que diga la declarante si Usted habló por teléfono con los médicos que atendieron a la paciente ***** entre las 15:00 y 19:30 horas del día 25 de noviembre de 2012. R.- No

12. Que indique la declarante el o los nombres de los médicos con quien tuvo contacto telefónico en el lapso de las 15:00 a las 19:30 horas del día 25 de noviembre de 2012. R.- No me consta.

13. Que diga la declarante si usted informó vía telefónica al Dr. *****; sobre las complicaciones que presentaba la paciente ***** en fecha 25 de noviembre de 2012, entre las 15:00 y 19:30 horas. Yo no laboré en esas fechas.

14. Que diga la declarante por qué motivos no avisó al Dr. ***** sobre las complicaciones que presentó la paciente.- Porque yo no estuve en ese momento trabajando.

Se cede el uso de la palabra al Licenciado *****; quien manifiesta que se reserva el derecho de interrogar a la testigo.

A continuación se le da el uso de la palabra al Licenciado *****; quien manifiesta que se reserva el derecho a interrogar toda vez que de las respuestas dadas por la testigo ***** no se desprende hechos imputables al Dr. *****.

Enseguida se formula interrogatorio de repreguntas ofrecidas por la quejosa *****.

IDONEIDAD

1. Si conoce al Doctor *****? R.- Sí
2. Desde cuándo lo conoce? R.- Desde que yo empecé a laborar en el Hospital Civil, hace como 7 u 8 años.
3. Por qué lo conoce?.- porque somos compañeros de trabajo.
4. Cuantas veces ha participado en las operaciones del Dr. *****en el Hospital Civil de *****?. R.- yo nunca estoy en quirófano.
5. Si es trabajadora del Hospital Civil de *****?. R.- Sí
6. Desde cuando trabaja en el Hospital Civil de *****. R.- Desde hace 8 años y meses.
7. Si usted fue contratada en forma privada para la atención de la paciente *****?. R.- No
8. Si el doctor ***** acostumbra a realizar los días domingos operaciones electivas?. R.- No me consta.
9. Como se enteró del desahogo de la presente diligencia. R.- Porque me llegó el citatorio al hospital.

REPREGUNTAS

A la SEGUNDA pregunta directa

1. Cuáles son las circunstancias específicas que permiten recordar a la paciente del Hospital Civil de *****; *****. R.- La recuerdo muy vagamente, porque no tuve gran contacto con ella, y porque los hechos fueron muy sonados en los pasillos del hospital.

2. Porqué recuerda la fecha relativa al internamiento en el Hospital Civil de *****; de la paciente ***** si han transcurrido más de un año de su intervención. R.- Por los citatorios y porque vi la hoja de enfermería.

A la TERCERA pregunta directa

En virtud a la respuesta negativa dada a dicha pregunta, quedan sin efecto las repreguntas.

*1.- Si sus servicios profesionales de enfermería fueron contratados por la paciente *****. R.-*

*2.- Si usted recibió el pago de sus servicios profesionales de enfermería en la atención de ***** el día 25 de noviembre de 2012.*

3.- Si usted recibió su salario como trabajadora del hospital civil de esta ciudad, por los servicios prestados el día 25 de noviembre del 2012, por parte de dicha institución.

A la SEPTIMA pregunta directa.

1.- Quien dictó dichos lineamientos.- R.- No me consta quien los dictó.

2.- Si dichos lineamientos se publicaron en el Periódico Oficial del Estado. R.- No me consta.

3.- En qué fecha se publicaron dichos lineamientos.- No me consta.

4.- A quienes obliga dichos lineamientos.- R.- No me consta.

*5.- Si se cumplieron los lineamientos en el tratamiento de la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012, en el Hospital Civil de *****.- No me consta.*

A la OCTAVA pregunta directa.

1.- El nombre del médico de guardia del Hospital Civil. R.- No me consta.

En relación a la respuesta anterior se dejan sin efecto las siguientes repreguntas.

*2.- Si el médico de guardia del hospital civil de ***** fue avisado de las complicaciones en la evolución postoperatoria de la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012.*

3.- Quien avisó al médico de guardia

4.- A qué hora se le avisó al médico de guardia

5.- Por qué no se le avisó al médico de guardia

A la NOVENA pregunta directa.

*1.- Si los médicos tratantes de la operación y atención del servicio de salud a la paciente ***** , dieron indicaciones para que usted le avisara telefónicamente sobre la evolución de dicha paciente. R.- No me consta.*

A la DECIMA pregunta directa.

Se dejan sin efecto dada la respuesta dada a dicha pregunta.

1.- A qué hora dio aviso

2.-Cuántas veces dio aviso a los médicos

3.- Cual fue la respuesta del médico que recibió el aviso

A la DECIMA PRIMERA pregunta directa.

Se dejan sin efecto dada la respuesta dada a dicha pregunta.

1.- Cuántas veces dio aviso a los médicos

*2.- El tiempo que tardaron en llegar el o los médicos de la paciente ***** , entre la primera llamada que recibieron y su intervención en el quirófano con dicha paciente.*

A la DECIMA SEGUNDA pregunta directa.

Se dejan sin efecto en virtud de la respuesta dada a dicha pregunta.

*1.- Si el doctor ***** le dio instrucción para que se le avisara telefónicamente sobre la evolución post operatoria de la señora ******

2.- Si el doctor ***** le dio instrucción verbalmente para que se le avisara telefónicamente sobre la evolución post operatoria de la señora *****.

3.- Si el doctor ***** le dio instrucción verbalmente para que se le avisara telefónicamente sobre la evolución post operatoria de la señora *****.

4.- Si el doctor ***** asentó en el expediente clínico que se le avisara telefónicamente sobre la evolución post operatoria de la señora *****.

5.- Si el personal del Hospital Civil de ***** , dieron aviso al doctor ***** sobre la evolución de la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012.

A continuación se da el uso de la voz al C. ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo y al efecto expone:

1.- En relación con la pregunta siete directa, que diga la testigo el nombre del médico tratante de la paciente *****.- R.- El día 24 de noviembre del 2012 en que yo la ingresé el Dr. ***** que era el cirujano, fue el médico que me dijeron y lo demás a mi no me consta.

2.- En relación a la pregunta número siete directa, dirá la testigo si es obligación del médico tratante asentar en el expediente clínico su número telefónico de casa y particular para el caso que existieran complicaciones con la paciente.- R.- A mi no me consta que venga en el lineamiento que sea obligatorio para el médico asentar sus números telefónicos en el expediente clínico, y nosotros tenemos una relación de los teléfonos de los médicos en el área de distinción, además los familiares de los pacientes llevan los datos de su médico tratante.

3.- En relación a la pregunta séptima directa, dirá la testigo si sabe y le consta si el Dr. ***** recibió remuneración económica por servicio privado prestado a la señora ***** los días 24 y 25 de noviembre del 2012.- R.- No me consta.

4.- En relación a la pregunta séptima directa, dirá la testigo si dichos lineamientos son obligatorios para los médicos y enfermeras y ciudadanos.- R.- Sí, tenemos que comunicarle al médico tratante sobre cualquier eventualidad.

5.- En relación a la séptima directa, que diga la testigo en que órgano de difusión o de comunicación social aparecen publicados dichos lineamientos. R.- Son las reglas internas hospitalarias.

6.- En relación a la séptima directa, que establecen o disponen dichos lineamientos. R.- Si se llega a presentar alguna eventualidad se le habla al médico tratante y seguir indicaciones que él especifique.

7.- Que diga la testigo si dichos lineamientos estaban vigentes el día 24 y 25 de noviembre del 2012. R.- A mi no me consta que hayan estado vigentes pero nosotros es lo primordial que hacemos cuando hay alguna complicación se le habla al médico tratante.

Me reservo el uso de la voz.”

9.3.34. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 20 de agosto del 2014, ofrecida por la C. ***** , misma que se transcribe:

“1.- Dirá la testigo qué médico dio la orden de internamiento de la paciente ***** en el hospital civil de esta ciudad para la atención médica los días 24 y

25 de noviembre del 2012. R.- Según el expediente que a mi me entregaron en la hoja de admisión viene que el Dr. *****.

2.- Dirá la testigo que estudios se le hicieron a la paciente ***** el día 24 de noviembre del 2012.- R.- No me consta.

3.- Dirá la testigo en qué condiciones físicas recibió a la paciente *****.- R.- En las condiciones normales que están asentadas en el expediente.

4.- Dirá la testigo cuanto tiempo estuvo con la paciente ***** el día 24 de noviembre del 2012 en el hospital civil de *****.- R.- De unos diez a quince minutos.

5.- Dirá la testigo la razón de su dicho y por qué le consta lo que contestó. R.- Porque yo la recibí y fue el tiempo que estuve en contacto con ella por chequeo de signos.

Se cede el uso de la palabra el Licenciado ***** , quien manifiesta que se reserva el derecho de interrogar a la testigo.

A continuación se le da el uso de la palabra al Licenciado ***** , quien manifiesta que se reserva el derecho a interrogar a la testigo.”

9.3.35. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 21 de agosto del 2014, ofrecida por la C. ***** , la cual dice lo siguiente:

1.- Dirá la testigo si reconoce la firma y la nota de enfermería de las 15 a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece en el expediente clínico de *****; (encareciendo a la Comisión se muestre dicho documento a la declarante). R.- Sí

2.- Dirá la testigo si reconoce el contenido de la nota de enfermería de las 15 a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 que aparece en el expediente clínico de *****; (encareciendo se muestre dicho documento a la declarante) R.- Sí

3.- Dirá la testigo si reconoce la firma y el contenido de la declaración del 18 de octubre del 2013 ante la Agencia del Ministerio Público Investigador para el Combate al Rezago, en el expediente ***** , relativa a la denuncia de hechos (encareciendo a la Comisión se muestre). R.- Sí

4.- Dirá la testigo, si sabe los nombres de los doctores que intervinieron en la operación de la señora ***** en la mañana del día 25 de noviembre del 2012 en el hospital civil de esta ciudad. R.- Sí, cirujano el Dr. ***** , anesthesiólogo el Dr. ***** , entró el Dr. ***** , no se si como ayudante o como médico de la familia.

5.- Dirá la testigo si en el lapso de las 15:00 (quince horas) a las 19:44 minutos del día 25 de noviembre del año 2012, los médicos que intervinieron en la operación de mi madre, fueron omisos en presentarse a atender en forma personal y seguir la evolución de la paciente ***** . R.- No se les habló a todos, la familiar le habló al Dr. ***** , y ella a su vez (familiar) de su celular me comunicaba con él.

6.- Dirá la testigo, si los doctores que operaron a la señora ***** , dieron alguna indicación, respecto al tratamiento y evolución de dicha paciente el día 25 de noviembre del 2012, a partir de las quince horas. R.- Las indicaciones

médicas vienen escritas lo que es el expediente clínico y yo sigo las indicaciones médicas.

7.- Dirá la testigo si el doctor ***** , le dio alguna indicación en el tratamiento y evolución de la paciente ***** a partir de las quince horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- Las indicaciones médicas venían en el expediente clínico, no recuerdo quien firma la nota.

8.- Dirá la testigo si el doctor ***** , le dio indicación de que se comunicara telefónicamente para reportar la evolución de la paciente ***** a partir de las quince horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No, yo no vi al Dr. ***** después de la cirugía.

9.- Dirá la testigo si hubo comunicación telefónica con el doctor ***** , a partir de las quince horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No, no hubo.

10.- Dirá la testigo si aproximadamente a las 15:40 los familiares de la señora ***** se comunicaron telefónicamente con el doctor ***** . R.- No recuerdo porque fueron varias llamadas y no tengo noción de las horas, pero fueron varias llamadas.

11.- Dirá la testigo si el doctor ***** al contestar la llamada telefónica de los familiares de la señora ***** a las 15:40 del día 25 de noviembre, le dio alguna indicación respecto de la paciente en mención. R.- En las llamadas que tuve con él me daba indicaciones pero no se precisar cuales en cada determinada hora.

12.- Qué indicación le dio el doctor ***** a las 15:40 del día 25 de noviembre del año 2012 respecto de la señora ***** . R.- No recuerdo exactamente que indicación me dio a esa hora, pero las indicaciones que daba en cada llamada se ejecutaban

13.- Que diga la testigo si los medicamentos que indicó el doctor ***** aminoraron el malestar médico de la señora ***** y mejoraron su salud. R.- En una llamada la paciente refería dolor en el sitio de la cirugía, lo que se calificó como regular efecto del medicamento.

14.- Dirá la testigo si a las 16:00 horas del día 25 de noviembre del año 2012, la paciente ***** tenía cefalea intensa. R.- Sí

15.- Dirá la testigo si nuevamente a las 16:12 horas del día 25 de noviembre del año 2012, vía telefónica los familiares de la señora ***** se volvieron a comunicar con el doctor ***** . R.- Fueron llamadas repetitivas por lo que no sé especificar horas.

16.- Dirá la testigo si el doctor ***** le dio nuevas indicaciones respecto de la señora ***** en la llamada telefónica de los familiares de dicha persona aproximadamente a las 16:12 horas del día 25 de noviembre del año 2012.

R.- Sí

17.- Dirá la testigo si los medicamentos que indicó el doctor ***** aminoraron el padecimiento de la señora ***** , después de la llamada telefónica después de las 16:12 horas del día 25 de noviembre del año en curso. R.- No

18.- Dirá la testigo si a las 17:00 horas del día 25 de noviembre del 2012, aumentó edema de cuello de la paciente ***** . R.- Sí, si aumentó.

19.- Dirá la testigo si a las 17:06 horas del día 25 de noviembre del año 2012, los parientes de la señora ***** , se volvieron a comunicar con el doctor

*****. R.- Repito que eran llamadas repetitivas y me es imposible recordar la hora exacta.

20.- Dirá la testigo si dio indicaciones telefónicas el doctor ***** en la llamada de las 17:06 horas del día 25 de noviembre de 2012. R.- Sí dio indicaciones de administrar el anti inflamatorio, (dexametazona ampolleta).

21.- Dirá la testigo el estado de salud que presentaba la paciente ***** a las 19:00 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- Presentó signos de insuficiencia respiratoria.

22.- Dirá la testigo si el hijo de la paciente; ***** se comunicó de su celular con el doctor ***** a las 19:15 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No sabría decir.

23.- Dirá la testigo si en la llamada telefónica de las 19:15 horas del día 25 de noviembre del 2012, el doctor ***** le dio indicaciones y cuáles fueron estas. R.- No recuerdo.

24.- Dirá la testigo si el hijo de la señora ***** le llamó telefónicamente a las 19:20 horas del día 25 de noviembre del año 2012 al doctor ***** para que acudiera al hospital a que atendiera a la señora *****. R.- Yo no sé realmente si le llamó porque él estaba en el pasillo y una compañera de nombre ***** y la suscrita estábamos adentro atendiendo a la paciente.

25.- Dirá la testigo si a las 19:24 del día 25 de noviembre del año 2012, mi hermano ***** le volvió a llamar al Dr. ***** para la atención médica de la señora *****. R.- No sabría asegurar porque nosotros nos concentramos en la atención de la paciente.

26.- Dirá la testigo si aproximadamente a las 19:30 horas del día 25 de noviembre del 2012, el doctor *****; nuevamente vía telefónica le dio indicación para que pase a Quirófano a la paciente, en la llamada del hijo de la señora *****. R.- No recuerdo si el hijo hizo la llamada pero sí recibí esa indicación vía celular.

27.- Dirá la testigo cual era el estado de salud y evolución médica de la paciente ***** a las 19:30 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- Estaba más asentuada la insuficiencia respiratoria y el edema había aumentado moderadamente.

28.- Dirá la testigo si el día 25 de noviembre del año 2012 a las 19:30 horas se agudiza la insuficiencia respiratoria de la paciente *****. R.- Sí

29.- Dirá la testigo si el Dr. ***** a las 19:30 horas llevó al quirófano a la paciente *****. R.- El Dr. ***** llegó a la sala al cuarto de la paciente e indicó se pasara a quirófano pero la insuficiencia respiratoria se acentuó y decidió realizar procedimiento de intubación en el cuarto.

30.- Dirá la testigo por qué motivos a las 19:30 horas, el doctor ***** regresó del quirófano al cuarto número tres del hospital a la paciente *****; sin realizar atención con la paciente. R.- No se logró pasar la paciente a quirófano, o sea la paciente no salió del cuarto, se iba a realizar el traslado pero por lo crítico del cuadro no se hizo.

31.- Dirá la testigo si nuevamente a las 19:36 horas del día en mención, el hijo de la señora ***** se comunica vía telefónica con el doctor ***** para decirle la complicación en grado extremo de la salud de mi madre. R.- Yo

escuchaba que hablaba por celular sin especificar contenido de la conversación ni con quien hablaba, por atender a la paciente.

32.- Dirá la testigo si a las 19:40 horas del día 25 de noviembre del año pasado mi hermano ***** le volvió a llamar telefónicamente al doctor ***** para requerir su intervención. R.- Lo ignoro.

33.- Dirá la testigo cual era el estado de salud que presentó la paciente ***** a las 19:40 horas. R.- Estaba mas acentuada la insuficiencia respiratoria, estaba consciente.

34.- Dirá la testigo a qué hora se presentaron los doctores *****, *****, ***** a la sala de operaciones el día 25 de noviembre del 2012, después que los familiares se comunicaron con el doctor *****. R.- Los médicos llegaron a la sala aproximadamente a las 19:45 horas, cuando la paciente ya la llevábamos a quirófano.

35.- Dirá la testigo si el Dr. *****, en su intervención a las diecinueve treinta horas del día veinticinco de noviembre del dos mil doce, logró estabilizar el estado de salud de la paciente *****. R.- En su función respiratoria la intubó y ahí se estabilizó esa función, al aportar oxígeno con ambu.

36.- Dirá la testigo si con los datos de insuficiencia respiratoria, cefalea intensa, aumento de edema de cuello, estridor laríngeo, los doctores que operaron a la paciente ***** le dieron indicaciones a usted para preparar la práctica de traqueostomía en dicha paciente .- No

37.- Dirá la testigo si los doctores ***** y ***** se comunicaron vía telefónica con usted el día veinticinco de noviembre de dos mil doce en el lapso de las quince horas a las diecinueve cuarenta y cinco horas. R.- No, no hubo comunicación.

38.- Cuál fue el comportamiento médico de la paciente ***** en el periodo de las tres a las cuatro de la tarde en el día de su operación en el hospital civil de *****. R.- En el pos operatorio inmediato refirió dolor en sitio de la cirugía, el Dr. ***** indicó una dosis extra de analgésico porque ya se había administrado en quirófano la primera dosis, la molestia cedió en forma moderada, la paciente se encontraba consciente y cooperadora.

39.- Dirá la testigo si es trabajadora del hospital civil de *****. R.- Sí

40.- Dirá la testigo cómo se llaman las enfermeras que estaban en el Quirófano a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012. R.- No recuerdo a todas una de ellas es *****, ***** y *****.

41.- Dirá la testigo si las enfermeras ***** y *****, son trabajadoras del hospital civil de *****. R.- Sí

42.- Dirá la testigo cuántos años tiene de ejercer como enfermera (la profesión de enfermera). R.- 28 años aproximadamente.

43.- Dirá la testigo si siguió las indicaciones del cirujano en la evolución del estado de salud de la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012. R.- Sí, si se siguió.

44.- Dirá la testigo, cuantas veces tomó la presión arterial a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en el lapso de las quince horas a las 19:44 horas. R.- Fueron varias veces, pero registradas fueron dos por la premura del tiempo, se checaban y no las anotaba.

45.- Dirá la testigo si en el lapso de las quince horas a las 19:44 horas del día 25 de noviembre del 2012, advirtió si fue en descenso la presión arterial de la señora *****. R.- No recuerdo porque se mantenía en cifras aceptables.

46.- Dirá la testigo cuál era el color de piel de la paciente ***** a las 19:44 horas del día 25 de noviembre del 2012, en que fue llevada a Sala de Quirófano. R.- Su color de piel era pálido.

47.- Dirá la testigo si en el lapso de las quince horas a las 19:44 horas del día 25 de noviembre del 2012, advirtió si la señora ***** , perdió su estado físico de consciencia. R.- No, no perdió el estado de consciencia.

48.- Dirá la testigo, la razón de su dicho, o sea por qué sabe todo lo que contestó. R.- Porque fui la enfermera de la señora ***** durante ese lapso de tiempo.

A continuación toma el uso de la voz el licenciado ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo y al efecto señala:

1.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número cinco, dirá la testigo si los médicos que intervinieron en la operación a la paciente ***** estuvieron presentes físicamente en el lapso de las 15:00 horas a las 19:44 del día 25 de noviembre del 2012 en el cuarto número tres del hospital civil para la atención de dicha paciente.- R. No, no estuvieron presentes.

2.- Dirá la testigo si sabe el nombre del médico tratante de la paciente *****.- R.- El Dr. *****.

3.- Dirá la testigo si a las 19:30 horas del día 25 de noviembre del 2012, cuando empeoró el estado de salud de la paciente ***** , se encontraba presente algún cirujano del hospital civil de esta ciudad.- Existen médicos cirujanos de guardia en el hospital, sin poder asegurar si se encontraban o no, ya que se encuentran generalmente en el área de quirófano.

4.- Dirá la testigo frente a las complicaciones del estado de salud de la paciente ***** a partir de las 15:00 horas a las 19:44 del día 25 de noviembre del 2012, si sabe qué medidas adoptó el hospital civil de esta ciudad respecto del derecho a la salud de la paciente.- R.- No tomó medidas, los médicos del hospital civil no interfieren en la atención de pacientes privados a menos que sea una urgencia y no se localice a los médicos tratantes.

5.- Dirá la testigo si sabe por qué motivos a las 19:30 horas el Dr. ***** no realizó traqueostomía en el tratamiento de la paciente ***** , dado que era evidente según sus diversas respuestas a las preguntas directas la insuficiencia respiratoria de dicha paciente.- R.- Porque de primera instancia se realiza intubación orotraqueal, la cual se realizó; la traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que amerita entrar a quirófano.

Se reserva el derecho de seguir interrogando.

A continuación toma el uso de la voz el licenciado ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo y al efecto señala:

1.- En relación a la 29 directa, que diga la testigo si el Dr. ***** es trabajador del Hospital civil de esta ciudad.- R.- Sí, es médico adscrito al hospital civil.

2.- En relación a la misma, que diga la testigo si sabe el turno y horario de trabajo que desempeña el Dr. ***** en esa institución. R.- No lo se.

3.- En relación a la misma, que diga la testigo si el Dr. ***** labora en turnos de fines de semana y días festivos en esa institución médica.- R.- No se.

En relación a las repreguntas formuladas mediante escrito de fecha presentada con antelación, las cuales obran en autos, me permito desistirme de las mismas, toda vez que las respuestas proporcionadas por la testigo de cargo no se desprenden elementos en contra de mi representado.

*A continuación toma el uso de la voz el licenciado *****, quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo y al efecto señala:*

*1.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número ocho, que diga la declarante si el Dr. ***** dejó indicaciones pos operatorias, en relación a la paciente *****. R.- El deja indicaciones en el expediente clínico, personalmente no porque no lo vi después de la cirugía.*

*2.- En relación a la respuesta inmediata anterior, que diga la testigo su usted siguió o cumplió con las indicaciones pos operatorias que indicó el Dr. *****, en el expediente clínico.- R.- Si se siguieron todas al pie de la letra.*

*3.- En relación a su respuesta a la pregunta directa número nueve, que diga la testigo por qué usted no se comunicó telefónicamente con el Dr. *****, el día 25 de noviembre del año 2012.- R.- Porque el familiar (la hija) se comunicaba directamente con el Dr. *****, por ser su médico familiar y el a su vez me daba las indicaciones correspondientes.*

*4.- En relación a su respuesta a la pregunta directa 39, que diga la declarante si usted recibió algún pago o remuneración económica por parte del equipo médico que intervino en la operación de la señora ***** o su familia. R.- No, no recibí ningún tipo de pago, mi pago me lo realiza la secretaria.*

5.- En relación a su respuesta a la pregunta directa número 42, que diga la declarante si tiene alguna especialidad en su profesión de enfermera. R.- Soy licenciada en enfermería, recién terminé la especialidad en Oncología sin haberme titulado aún.

6.- Que diga la testigo en relación a la repregunta número 1 formulada por el abogado asesor de la quejosa, quien se queda al cuidado de los pacientes una vez que pasan al cuarto de hospitalización.- R.- El personal de enfermería.

7.- Que diga la testigo en relación a su respuesta inmediata anterior si sabe o le consta que el cirujano una vez que el paciente es pasado al cuarto de hospitalización, deba permanecer al cuidado del mismo por determinado número de horas o si solamente queda al cuidado del personal de enfermería. R.- Ese procedimiento se realiza en la sala de recuperación donde permanece el equipo médico por determinado tiempo, al pasar al cuarto ellos ya no asisten a la paciente, porque lo pasan en condiciones óptimas para traslado.

8.- En relación a su respuesta inmediata anterior, que diga la testigo en qué momento posterior a la intervención el cirujano realiza su visita médica; es decir, revisar al paciente una vez en el cuarto de hospitalización.- R.- Aproximadamente de cuatro a seis horas después de la cirugía.

*A continuación, toma el uso de la palabra el licenciado *****, quien manifiesta que de nueva cuenta desea repreguntar a la testigo y se realiza de la forma siguiente:*

1.- Que diga la testigo de quien es responsabilidad la atención médica de la paciente en la etapa pos operatoria, de los doctores o médicos que intervienen en la operación, las enfermeras o bien del hospital; o quien tiene

el deber o la obligación de la vigilancia en el tratamiento pos operatorio de la paciente.- R.- del equipo médico tratante de la paciente.

*2.- En relación a la respuesta de la última pregunta del profesional del derecho representante del Dr. *****; que diga la testigo si la afirmación de su respuesta obedece a algún lineamiento o norma que prescriba dicha circunstancia o depende de la práctica médica o de las circunstancias o complicaciones de los pacientes.- R.- Depende del criterio médico y de las circunstancias de salud de la paciente.*

*A continuación, de nueva cuenta toma el uso de la palabra el licenciado ***** , quien manifiesta que desea repreguntar a la testigo y se realiza de la forma siguiente:*

1.- Que diga la declarante si tiene conocimiento que el personal de enfermería que tiene a su cuidado a un paciente intervenido quirúrgicamente, es parte del equipo médico que interviene en dicha operación, hasta en tanto el paciente es dado de alta. R.- El personal de enfermería pertenece al equipo paramédico en el tratamiento de esos pacientes, siguiendo indicaciones de lo que es el equipo médico.”

9.3.36. Diligencia de Interrogatorio a cargo de la C. ***** , de fecha 22 de agosto del 2014, ofrecida por la C. ***** , la cual dice lo siguiente:

*“1.- Dirá la testigo si reconoce su declaración de fecha 22 de enero del 2014 rendida ante el Agente del Ministerio Público Investigador de esta ciudad. R.- Sí 2.- Que diga la testigo, en qué condiciones físicas y médicas recibió a la paciente ***** , a las diecinueve cuarenta y cinco horas del día veinticinco de noviembre del año dos mil doce, en la sala del quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad. R.- La paciente llegó en camilla, intubada se supone que va inconsciente porque va intubada.*

*3.- Que diga la testigo, los signos vitales que presentó la paciente ***** , a las diecinueve cuarenta y cinco horas del día veinticinco de noviembre del año dos mil doce. R.- En realidad no recuerdo las cifras pero eran débiles.*

*4.- Dirá la testigo a partir de las 19:45 del día 25 de noviembre del año 2012, qué medicamentos aplicaron en la Sala de Quirófano número dos del Hospital Civil de ***** a la paciente ***** . R.- De los medicamentos no me acuerdo, porque yo no los apliqué.*

*5.- Dirá la testigo a qué hora se aplicaron los medicamentos a la paciente ***** en la sala de Quirófano número dos del hospital civil de esta ciudad, a partir de las 19:45 del día 25 de noviembre del año 2012. Enseguida que entró se le aplicaron medicamentos pero yo no se ni cuales medicamentos ni la hora exacta.*

*6.- Dirá la testigo, la presión arterial que presentaba la paciente ***** a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos. R.- No recuerdo, cada quien tenemos unas funciones y como no era mi función esa no recuerdo la cifra.*

*7.- Dirá la testigo, el pulso que presentaba la paciente ***** a las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos.*

- R.- Tampoco lo se, débil pero no recuerdo la cifra.
- 8.- Dirá la testigo a qué hora realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** del día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos. R.- Horas exactas no se decir, pero sí realizaron maniobras.
- 9.- Dirá la testigo durante cuánto tiempo realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas.- R.- Es un lapso que no lo valoramos cuanto tiempo específicamente fue, pero sería media hora o 45 minutos aproximadamente.
- 10.- Dirá la testigo, cómo reaccionó la paciente ***** en la reanimación cardiopulmonar el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas.- R.- Débilmente.
- 11.- Dirá la testigo qué personal médico se encontraba en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas del día 25 de noviembre del 2012, en la atención médica de la paciente *****. R.- El Dr. *****, Dr. *****, el internista Dr. ***** y el Dr. *****, anesthesiólogo.
- 12.- Dirá la testigo qué personal médico específicamente realizó la reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre de 2012, en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- El Dr. *****, el Dr. ***** y el internista *****.
- 13.- Dirá la testigo a qué hora terminaron de realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar a la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Unos cuarenta y cinco minutos después aproximadamente.
- 14.- Dirá la testigo a qué hora se realizó traqueostomía en la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Como a las 20:00 horas aproximadamente.
- 15.- Dirá la testigo, qué médico determinó realizar traqueostomía en la paciente ***** el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- El Dr. *****.
- 16.- Dirá la testigo, cómo reaccionó la paciente ***** en la traqueostomía que le practicaron el día 25 de noviembre del 2012 en la Sala de Quirófano número dos a partir de las 19:45 horas. R.- Débil.
- 17.- Dirá la testigo cuál era el estado físico o de salud de la paciente ***** a las veinte treinta y cinco horas el día veinticinco de noviembre del año dos mil doce. R.- No puedo dar un diagnóstico de salud porque no soy médico.
- 18.- Dirá la testigo, si la paciente ***** no respondió a las maniobras de reanimación cardiopulmonar desde las 19:45 horas del 25 de noviembre del 2012.- respondía débilmente pero no favorable.
- 19.- Dirá la testigo a qué hora se practicó la última reanimación cardiopulmonar en la paciente ***** , dado que usted asentó que a las 20:19 horas se le aplicó adrenalina y ya no se volvió a aplicar dicho medicamento. R.- Yo no apliqué medicamentos ya que mi función era otra, y como a las 21:15 horas aproximadamente se le practicó la última reanimación.
- 20.- Dirá la testigo si es trabajadora del hospital civil de ciudad Victoria. R.- Sí
- 21.- Dirá la testigo cuantos años tiene de ejercer la profesión de enfermera.

R.- 22 años-

22.- Dirá la testigo la razón de su dicho. R.- Por que me encontraba presente en el quirófano.

A continuación se da el uso de la palabra al licenciado ***** quien manifiesta que desea formular repreguntas a la testigo y lo hace en el siguiente orden:

1.- En relación a la respuesta de la pregunta directa número dos, que diga la testigo si todas personas que están intubadas siempre están inconscientes.

R.- Sí

2.- En relación a la contestación de la pregunta directa número cinco, cual fue su función dentro del quirófano en ese mismo lapso de tiempo. R.- Mi función fue como instrumentista, no apliqué medicamentos.

3.- En relación a la contestación a la pregunta directa número ocho, cual es la razón por la que tiene muy presente todo lo que declaró a pesar de haber pasado tanto tiempo. R.- Por todas las citas a las que he acudido en relación con estos hechos.

4.- En relación a la contestación a la pregunta directa número once, que diga la testigo cuales eran las funciones de cada uno de los médicos presentes que mencionó. R. el Dr. *****; como cirujano, está lo que corresponde a las heridas de la paciente realizar, retiró puntos, realizó la traqueostomía, las maniobras de reanimación cardiopulmonar; el Dr. *****; como anesthesiólogo, estaba pendiente de la máquina de anestesia, de los monitores, medicamentos y reacciones de la paciente; el Dr. *****; como ayudante retiró puntos de la herida previa a la cirugía, retiró coágulos, como ayudante del cirujano y dar maniobras de reanimación y el Dr. *****; médico internista, también proporcionando nombres de medicamentos que se le pasaron a la paciente, apoyó en las maniobras de reanimación y en electro shock.

5.- en relación a la contestación a la pregunta directa número doce, que diga la testigo si están todos los médicos al mismo tiempo llevando a cabo la reanimación cardio pulmonar. R. Al mismo tiempo no cada uno en turnos.

6.- En relación con la contestación a la pregunta directa número 17, que diga la testigo su grado de estudios. R.- Enfermera quirúrgica.

7.- En relación a la respuesta de la pregunta directa número 20, que diga la testigo quien le pagó los honorarios de ese día, si los familiares de la paciente o quien. R.- No hubo honorarios, solamente mi sueldo de la Secretaría de Salud.

8.- En relación a la respuesta a la pregunta directa número 21, dirá la testigo la norma oficial mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012. R.- No la conozco, no la he leído.

Se reserva el derecho de seguir interrogando.

A continuación se da el uso de la voz al Lic. *****; quien manifiesta: Me reservo el derecho de repreguntar a la testigo toda vez que de las respuestas hechas por la testigo aquí no se desprenden elementos que perjudiquen al Dr. *****."

9.3.37. Diligencia de Interrogatorio a cargo del C. *****; de fecha 26 de agosto del 2014, ofrecida por la C. *****; la cual dice lo siguiente:

*"1.- Dirá el testigo la relación jurídica que tiene con la señora *****.*

R.- Fue mi madre.

*2.- Dirá el testigo, si reconoce la firma que aparece en la diligencia de fecha doce de septiembre del dos mil trece, en el expediente ***** , relativa a la denuncia de hechos que presenté en la Agencia del Ministerio Público de Combate al Rezago.- En este acto se procede a mostrar al declarante la diligencia señalada en la presente pregunta, a lo una vez hecho esto manifiesta: R.- que reconoce, la firma como puesta de su puño y letra.*

*3.- Dirá el testigo, si reconoce el contenido de la diligencia de fecha doce de septiembre del dos mil trece, en el expediente ***** , relativa a la denuncia de hechos que presenté en la Agencia del Ministerio Público del Combate al Rezago. En este acto se procede a mostrar al declarante la diligencia señalada en la presente pregunta, en específico a la declaración que rindiera ante el Organó Investigador, una vez hecho lo anterior manifiesta: R.- Si la reconozco, porque fue una declaración rendida por el suscrito.*

*4.- Dirá el testigo, si puede expresar los hechos que se suscitaron los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el servicio médico prestado por el Hospital Civil de esta ciudad a la señora *****. R.- El día sábado 24 de noviembre del año 2012, con la asesoría del Dr. ***** y el Dr. ***** mi madre se internó en el hospital civil de ***** , dado que sería operada de una protuberancia que tenía ella en el cuello en la parte derecha, toda vez que aparentemente dichos doctores son servidores públicos que laboran en dicho hospital, y por ende tienen acceso a las instalaciones del mismo como es de manera particular el quirófano. Al día siguiente domingo 25 de noviembre del mismo año aproximadamente a las 10:30 de la mañana pasaron a mi madre al quirófano, aproximadamente a las 2:00 de la tarde ya una vez concluida la operación pasan a mi madre al área de recuperación y posteriormente será alrededor de las 3:15 de la tarde la trasladan al cuarto número tres de dicho hospital civil. Pasaron aproximadamente algunos minutos y ella nos empezó a manifestar que estaba muy incómoda que le dolía un poco la cabeza por lo tanto se le llamó vía celular a uno de los doctores de nombre ***** quien por la misma vía telefónica dio algunas indicaciones para que le suministraran algún medicamento para disminuir el dolor de cabeza. Pasaron aproximadamente 40 minutos y al no presentar mejoría en los padecimientos como son dolor de cabeza se le volvió a realizar una llamada vía celular al Dr. ***** quien nuevamente dio algunas indicaciones a personal de enfermería que se encontraba en ese momento. Continuó pasando el tiempo y al ver que mi madre continuaba con dolor de cabeza empezó también a manifestar que sentía un poco de opresión en el cuello particularmente en el área donde fue operada, por ese motivo se le continuó realizando diversas llamadas principalmente al Dr. ***** donde se le pidió que estuviera presente para constatar los padecimientos que presentaba mi madre y que evidentemente se le iban agudizando. Al ver que no acudía se le volvió a llamar y se le pidió que acudiera él o alguno de los médicos que habían atendido a mi madre en la operación, tan es así que al ver que no acudían un servidor le solicitó que me proporcionara el teléfono celular del Dr. ***** ya que éste fue el cirujano encargado de la operación de mi madre. Una vez*

que me proporcionó el número telefónico inmediatamente le realicé una llamada al Dr. ***** pero no me contestó la misma por lo que insistí sería a la tercer llamada cuando ya me contestó y le dije que acudiera inmediatamente a ver a mi madre ya que estaba muy mermada la salud de la misma, es decir ya tenía mucha dificultad para respirar, dicha llamada la realicé aproximadamente pasados unos minutos de las siete de la tarde, una vez más volví a llamar al Dr. ***** a quien le exigí que se presentara inmediatamente a atender a mi madre, al colgar con él nuevamente le llamé al Dr. ***** a quien nuevamente le pedí que inmediatamente acudiera a atender a mi madre, esta última llamada la realicé aproximadamente a las 7 con cuarenta minutos de la tarde; es decir como ha quedado manifestado no estuvieron presentes en la atención pos operatoria de mi madre a partir de que fue pasada a su habitación es decir aproximadamente a las 3 con quince minutos hasta las 7:45 aproximadamente de la tarde. El único médico que acudió fue uno que hoy se que se llama Dr. *****, quien acudió aproximadamente a las 7:30 de la tarde quien al llegar a ver a mi madre mostró una evidente cara de asombro pues quizá ni él mismo se imaginaba ya las condiciones tan agudas que presentaba mi madre como son la dificultad para respirar, dicho doctor evidentemente se puso nervioso y mandó pedir una camilla, una vez que la camilla fue introducida a la habitación me pidió a mi así como a un camillero que le ayudáramos a subir a mi madre a la camilla, una vez que la subimos la condujo él por el pasillo que se encuentra fuera de la habitación donde se encontraba mi madre, sin embargo, a mitad de pasillo repentinamente regresa el Dr. ***** a mi madre a la habitación y en ese momento el intentó poner un tubo por la boca en la garganta de mi madre el cual en la parte contraria tenía algo que parece una burbuja evidentemente el Dr. ***** forcejeó mucho al tratar de meter dicho tubo a la garganta de mi madre supongo que ello se debía a que evidentemente ya estaba muy inflamado el cuello y por ello no era fácil introducir dicho tubo, quiero manifestar también que en esos momentos prácticamente mi madre ya no respiraba lo sé porque estuve a un lado de ella en ese momento viendo como el Dr. ***** con mucha fuerza empujaba el referido tubo hacia la boca y la garganta de mi madre incluso hasta pensé que al oprimir tan fuerte dañaría más la garganta de mi madre. Posteriormente el Dr. ***** acompañado de un servidor y de un camillero y una enfermera sacamos nuevamente de la habitación a mi madre y la condujimos por el pasillo ante la vista de otros familiares como lo es mi hermana *****, fue entonces cuando la ingresaron al quirófano y ya no supimos lo que pasó adentro. Pasarían alrededor de 30 ó 40 minutos cuando salió del quirófano el Dr. ***** con una evidente cara de vergüenza y se dirigió hacia nosotros es decir ante un servidor y demás familiares que estábamos ahí y nos dijo que la situación de mi madre era muy complicada y que posiblemente no viviría ante ello, le exigí que se regresara al quirófano y que no saliera hasta que nos diera noticias positivas de la salud de mi madre. Pasaron aproximadamente otros 30 minutos cuando salieron a una pequeña sala que se ubica por el área del quirófano los doctores *****, *****, ***** y el Dr. ***** y nos manifestaron a los familiares que mi madre

había muerto sin darnos más explicación de las causas por las cuales falleció, evidentemente ellos es decir los doctores mostraban una gesticulación de culpa tan es así que ni nos veían a la cara. Por supuesto que ni a mi ni a mi hermana, ni a los hermanos de mi madre ni a ningún otro familiar o amigo nos dieron la posibilidad estos doctores de realizarle alguna autopsia a mi madre. Pues como ya lo dije las caras de ellos manifestaban una evidente culpa. Solo quiero reiterar que desde las 3 de la tarde hasta las 7:45 aproximadamente de la tarde no se presentaron a ver la evolución pos operatoria de mi madre ni el Dr. *****, ni el Dr. *****, ni el Dr. *****, no obstante que se les realizaron múltiples llamadas vía telefónica para que acudieran a constatar como poco a poco la salud de mi madre mermaba con el paso de los minutos.

5.- Dirá el testigo la razón de su dicho o sea, por qué sabe todo lo que contesta. R.- Lo relativo al diagnóstico por el cual mi madre fue internada el día 24 de noviembre del 2012 fue porque ella misma así me lo manifestó, lo relativo a los hechos suscitados el día domingo 25 de noviembre del año 2012 porque me consta la ausencia de los doctores ya que yo estuve presente, de manera particular a partir de las 3 de la tarde y hasta las 7:45 de la tarde fue a esta hora en la que se volvió a llevar a mi madre al quirófano y por cuanto hace a las llamadas telefónicas me consta ya que varias de ellas yo las realicé de mi teléfono celular.

Acto seguido en el uso de la palabra el C. Licenciado ***** manifiesta que es su deseo formular los siguientes cuestionamientos.

1.- Que diga el testigo en relación a la respuesta a la pregunta número 4, si puede precisar cuantos minutos pasaron de las 3:15 horas en que su madre fue trasladada al cuarto número 3 del hospital civil, y les manifestó que estaba incómoda, que le dolía un poco la cabeza. A lo que el testigo contesta: Desde el momento en que mi madre ingresó a la habitación nos dijo que no estaba cómoda primero la posición en que se encontraba ella, inmediatamente después fue cuando nos empezó a manifestar que le dolía la cabeza, sin embargo sería alrededor de las 3:40 de la tarde cuando se le llamó al Dr. ***** para ponerlo en conocimiento de esta situación.

2.- En relación a su respuesta a la pregunta inmediata anterior, que diga el testigo quien pasó a su madre a la habitación número tres del hospital civil. A lo que contesta el testigo: Si mal no recuerdo fue personal del hospital.

3.- En relación a su respuesta a la pregunta inmediata anterior, que diga el testigo por qué no pusieron en conocimiento del personal del hospital civil sobre los malestares que presentaba su madre, que pasó a su madre al cuarto número tres. A lo que contesta: Si bien es cierto que desde el momento en que mi madre ingresó al cuarto número tres después de ser operada manifestó cierta incomodidad, sin embargo pensamos que era algo normal de una persona que recién había sido operada sin embargo como ya lo dije se le llamó al Dr. ***** hasta las 3:40 de la tarde aproximadamente ya que nuestra madre nos estaba reiterando la incomodidad así como un dolor de cabeza que presentaba.

4.- Que diga el testigo a quien mas le realizaron llamadas telefónicas además del Dr. *****, considerando que en su respuesta a la pregunta

directa número cuatro manifiesta por ese motivo se le continuó realizando diversas llamadas principalmente al Dr. *****. A lo que contesta: Las llamadas se las realizamos al Dr. ***** a su celular a quien como ya lo dije se le pidió en reiteradas ocasiones que acudiera a ver la salud de mi madre. En las últimas llamadas que se le realizó al Dr. ***** se le pidió que acudiera él o alguno de los doctores que habían atendido a mi mamá, se le llamó a él, es decir a ***** por la única razón que es del único médico de quien teníamos un teléfono celular, ya que este médico desde hace mucho tiempo es decir aproximadamente 18 años, atendía a mi madre así como a algunos otros integrantes de la familia. Al ver que no acudía este doctor y que no podíamos hablarle a ningún otro porque no teníamos su teléfono, le pedí que me diera el teléfono del Dr. *****; inmediatamente al contar con el teléfono de éste doctor, le empecé a hablar por teléfono a éste último.

5.- Que diga el testigo si sabe los nombres de los médicos que operaron a su madre o que intervinieron en la operación de su madre, tomando en consideración que en la respuesta a la pregunta directa número cuatro señala: "se le pidió que acudiera él o alguno de los médicos que habían atendido a mi madre en la operación". Evidentemente quienes atendieron en la operación a mi madre el día domingo 25 de noviembre del año 2012, a las 10:30 de la mañana, fueron los doctores ***** y un doctor anestesista de quien supe su nombre posteriormente; ya cuando mi madre estaba en su habitación y después de haber manifestado muchas señas de alarma en su salud, principalmente la dificultad para respirar que provocó la lamentable recaída en su salud, fue cuando acudió un doctor que después supe que se llamaba ***** y hasta donde sé este doctor no participó en la operación matutina de mi madre, pero aparentemente sí intervino médicamente cuando ingresaron nuevamente a mi madre en el quirófano por la tarde-noche. Sin embargo también tengo entendido que éste último doctor le realizó el día sábado 24 de noviembre a mi madre diversos exámenes cuando mi madre ya estaba internada en el hospital, el Dr. ***** aparentemente también es servidor público del hospital civil.

6.- Que diga el testigo si puede precisar la hora en que su madre manifestó que sentía un poco de opresión en el cuello, es decir en el área operada. A lo que contesta: Serían aproximadamente las 5 de la tarde que fue cuando se le volvió a llamar al Dr. *****.

7.- Que diga el testigo si puede precisar la hora en que se comunicó vía celular con el Dr. *****. A lo que contesta: Unos minutos después de las 7 de la tarde, es decir aproximadamente 7:15.

8.- Que diga el testigo si recuerda cuantas llamadas realizó al celular del Dr. *****. A lo que contesta: Aproximadamente le realicé al Dr. ***** cinco llamadas, sin embargo no puedo precisar en este momento las mismas, sin embargo se le realizaron más llamadas que las hechas por un servidor. Pero de mi número celular se realizaron aproximadamente cinco.

9.- Que diga el testigo en relación a su respuesta inmediata anterior si sabe quien más realizó llamadas telefónicas al Dr. ***** para la atención médica de la C. ***** el día 25 de noviembre del año 2012. A lo que refiere el declarante: Fue mi hermana de nombre *****.

10.- Que diga el testigo si recuerda qué le dijo o le comentó el Dr. ***** cuando le realizó la segunda llamada aproximadamente a las 7 horas con cuarenta minutos de la tarde, del día 25 de noviembre del año 2012. Si mal no recuerdo me dijo que iba en camino.

11.- Que diga el testigo si usted comentó o hizo alguna observación al Dr. ***** en el momento en que el profesional empujaba con mucha fuerza el tubo que señala en su declaración hacia la boca y la garganta de su madre. A lo que contesta: Lo único que le decía era que rápido la atendiera.

12.- Que diga el testigo por qué considera que las maniobras que realizaba el Dr. ***** al introducir el tubo que refiere en la boca y garganta de su madre dañaría más la garganta de la citada paciente. A lo que señala: Porque lo hacía con mucha fuerza.

13.- Que diga el declarante en su respuesta a la pregunta inmediata anterior si a su entender considera que las maniobras realizadas por el Dr. ***** a su madre influyeron en su deceso. Al efecto se desecha la presente pregunta en virtud de que el testigo no cuenta con conocimientos de la materia para determinar las posibles causas del fallecimiento de la C. *****; dicha situación que no es competencia el conocer por esta Comisión si no del Organismo Investigador dentro de los autos de la averiguación previa penal número *****.

14.- Que diga el testigo por qué usted o su familia que se encontraban en el cuarto número tres del hospital civil el día 25 de noviembre del año 2012 al ver que el Dr. ***** no acudía a checar a su madre incluso ninguno de los médicos que participaron en la operación, reitero por qué ustedes no acudieron a la Dirección del Hospital a la Sala de Urgencias, o a la guardia a solicitar que un médico checara a su señora madre desde las 3:15 a las 7:30 de la tarde. A lo que contesta: Porque nosotros nos dirigíamos de manera directa con uno de los médicos que prestaron la atención médica a mi madre ya que entendemos que son ellos los responsables de la atención y el cuidado de una paciente recién operada por ellos.

15. En relación a su respuesta inmediata anterior, que diga el testigo por qué si el Dr. ***** no acudía a checar a su madre a partir de las 3:15 de la tarde, aún y cuando usted veía que su madre se agravaba dejó pasar más de cuatro horas en que le solicitó el teléfono precisamente al Dr. ***** del Dr. *****. A lo que contesta: Como ya lo dije nos dirigimos con el Dr. ***** porque era del único que teníamos su celular. Nunca pensamos que no acudiría por ello en una de las llamadas le pedimos el celular del Dr. *****.

16. Que diga el testigo en relación a su respuesta inmediata anterior, si usted o su familia acudieron a la dirección del hospital civil, o alguna otra oficina de enfermeras, llámese enfermería, trabajo social u otra diversa a solicitar teléfonos de los doctores que intervinieron en la operación a su señora madre. A lo que contesta: Yo no acudí a ninguno de esos lugares y no me consta si algún familiar lo haya hecho. Sin embargo creo conveniente señalar que era día domingo por la tarde y no creo que las áreas administrativas se encontraran abiertas.

17. Que diga el testigo si puede precisar la hora en la que condujeron a su madre al quirófano, la tarde del día 25 de noviembre del año 2012. A lo que

contesta: Con exactitud no lo puedo recordar, sin embargo fue aproximadamente a las 7:45 de la tarde.

18.- Que diga el testigo en relación a su respuesta a la pregunta directa del interrogatorio que antecede identificada con el número cinco, relativa a la razón de su dicho si no estuvo presente en el hospital civil el día 24 de noviembre del año 2012, fecha en que fue ingresada la C. ***** a dicho hospital. A lo que contesta: Fui a ver a mi madre brevemente el día sábado 24 de noviembre por la tarde aproximadamente a las 6:30.

19.- Que diga el testigo en relación a su respuesta inmediata anterior si había más personas a la hora en que acudió al hospital civil a visitar a su madre el día 24 de noviembre del año 2012. Se desecha en virtud de no tener relación directa en los hechos que se investigan dentro de la presente queja.

En este acto manifiesta el C. Lic. ***** que se reserva el derecho de seguir interviniendo en la presente diligencia y tomando en consideración que su última pregunta fue en relación a una respuesta emitida por el testigo, solicita a esta Comisión se funde y motive debidamente la negativa a esta última pregunta que hace referencia.

Al efecto dígamele al solicitante que de conformidad en lo dispuesto en los artículos 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 126 de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas, así como los artículos 3, 4, 8 y demás relativos de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos para el Estado de Tamaulipas, este Organismo conoce de actos u omisiones de **naturaleza administrativa** cometida por servidores públicos del Estado mas no así de actos cometidos por particulares, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 13 del Reglamento de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, lo que en el caso concreto consiste en actos fuera de la competencia de esta Comisión y de la presente investigación tal y como se señaló en el desechamiento correspondiente.

Acto seguido el C. Licenciado ***** abogado de la parte quejosa solicita se realicen al testigo para el esclarecimiento de la verdad y respecto de los hechos que fueron denunciados por la C. ***** en la atención médica realizada los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el Hospital Civil de *****.

1.- Dirá el testigo cuantas veces le llamaron al Dr. ***** el día 25 de noviembre del año 2012 a partir de las 15:00 horas. A lo que contesta: Un servidor le realicé cuatro llamadas telefónicas, de las cuales las dos primeras no me contestó, la tercera y cuarta llamada sí me contestó el doctor *****.

2.- Dirá el testigo si el estado físico o de salud de la señora ***** mejoró a partir de la intervención del Dr. ***** el día 25 de noviembre del 2012 a las 19:30 horas en donde le realizó una intubación. A lo que contesta: Evidentemente la condición física de mi madre ya cuando la trasladaban alrededor de las 7:45 de la tarde de nueva cuenta al quirófano era muy seria, aparentemente no estaba consciente por lo tanto considero que no mejoró su estado de salud posterior a la intervención del Dr. *****.

3.- Dirá el testigo si sabe o le consta cuantas veces el Dr. ***** realizó la evaluación para la práctica de la anestesia de la señora *****. A lo que contesta: No me consta que le haya realizado ninguna evaluación previa para la práctica de la anestesia. Ni alguno de mis familiares me manifestó que este doctor hubiera visto previamente a la operación de mi madre.

4.- Dirá el testigo si el doctor ***** le dijo que iba asistir a atender médicamente a su madre al contestar las llamadas telefónicas requeridas para la atención a la paciente ***** a partir de las 15:15 horas el día 25 de noviembre del 2012. A lo que refiere: Sí, el Dr. ***** nos manifestó en diversas de las llamadas que le realizamos que acudiría a ver la evolución del estado de salud de mi madre.

Acto seguido el C. Licenciado ***** , manifiesta que es su deseo repreguntar lo siguiente:

1.- Que diga el testigo en relación a la repregunta identificada con el número dos, formulada por el licenciado ***** , si sabe o le consta, que su madre la señora ***** se encontraba consciente, antes de la atención médica que le proporcionó el Dr. ***** . A lo que refiere: Se le veía ya muy débil prácticamente ya no podía respirar y fue cuando llegó el Dr. ***** es decir a las 7:30 de la tarde desde que llegó él la empezó a atender y la trató de intubar después de unos minutos en que le proporcionaron una burbuja con un tubo, por eso el traslado al quirófano fue alrededor de las 7 con cuarenta y cinco.

2.- Que diga el testigo en relación a su respuesta inmediata anterior, luego entonces a qué hora el Dr. ***** saca a su madre del cuarto número tres para llevarla al quirófano y posteriormente la regresa, tal y como refirió en su narrativa de hechos a la pregunta directa número 4. A lo que señala: Después de las 7:30 de la tarde y antes de las 7:45 de la tarde.

INTERROGATORIO SOBRE LA PREGUNTA DIRECTA NUM. 4 A CUYO TENOR DEBERA DECLARAR EL TESTIGO *** , DENTRO DE LOS AUTOS DEL EXPEDIENTE 198/2013, INICIADO POR LA C. ***** EN CONTRA DEL C. DR. ***** Y OTROS, RADICADO ANTE ESTA H. COMISION.**

1.- Que diga el testigo, “si sabe y le consta” que tipo de servicios médicos fueron contratados en la atención médica de la C. ***** . A lo que refiere: Con precisión no lo sé, ella fue la que se encargó de ver la atención médica para su operación.

2.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta” los nombres de los médicos que fueron contratados en la atención médica de la C. ***** . Se desecha en virtud de la respuesta emitida en la pregunta anterior.

3.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta”, que el día 24 de noviembre del año 2012, solicitaron al Dr. ***** , la prestación de algún servicio médico para la atención de la C. ***** . A lo que señala: Tengo conocimiento que este doctor al parecer le realizó unos estudios pre operatorios, sin embargo no sé a solicitud de quien quizá sea parte de su trabajo como servidor público del hospital civil.

4.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta” la contratación de los servicios médicos privados del Dr. *****. Se desecha en virtud de la respuesta precisada en la pregunta número uno, estimándose además de carácter incidiosa.

5.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta”, que el día 25 de noviembre del año 2012, el Dr. *****, participó en la intervención quirúrgica realizada a *****, a las 10:00 horas. Se desecha por estar ya contestada en la declaración del testigo.

6.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta”, en qué área del hospital se encontraba hospitalizada la C. *****, el día 25 de noviembre del 2012. Al efecto manifiesta que lo único que sabe es que estaba en el cuarto número tres ignorando la denominación de las áreas del hospital.

7.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta” que el cuarto asignado a la C. *****, contaba con todo el equipo e instrumentos médicos necesarios para la atención médica de la C. *****. A lo que contesta: Sin ser un experto en el tema puedo señalar que evidentemente la habitación donde se internó mi madre no tenía elementos que pudieran en su momento haber sido utilizados para atender la urgencia que presentó mi madre.

8.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta” que el Dr. *****, intubo a la C. *****. Se desecha por estar contestada en la misma declaración.

9.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta” de dónde provino el material médico que utilizó el Dr. ***** para intubar a la C. *****. A lo que contesta el testigo: No me consta de donde provino, sin embargo lo que sí me consta es que el aparato que utilizó el Dr. ***** para tratar de intubar a mi madre no estaba inicialmente en el cuarto número tres. Cabe anotar que por cuanto hace al hospital civil no se tomaron ningunas medidas ni preventivas ni correctivas para atender de manera oportuna a mi madre en los momentos en que presentó complicaciones en su estado de salud posterior a la operación.

10.- En relación a la misma, que diga el testigo “si sabe y le consta”, la hora en que fue trasladada a quirófano la C. *****. Se desecha en virtud de que ya fue contestada.

REPREGUNTAS OFRECIDAS POR EL DR. ***** EN CUANTO A LA TESTIMONIAL DEL SR. *****.

1. A qué hora ocurrieron los hechos que dice se suscitaron los días 24 y 25 de noviembre del año próximo pasado. Se desecha por estar contestada en la declaración.

2. Que especifique quien prestó el servicio médico a que se hace referencia en el numeral cuatro. Se desecha por estar contestada en la declaración.

3. *Estuvo usted presente cuando se prestaron todos los servicios médicos. A lo que contesta: Estuve en algunos de ellos, principalmente del lapso de las 3 de la tarde hasta las 11 de la noche del día 25.*

4. *En que consistieron los servicios médicos que dice se prestaron en las fechas 24, 25 de noviembre del año próximo pasado. Se desecha en virtud de estar contestada en la declaración.*

5. *En qué área o áreas se prestaron los servicios médicos que refiere. Se desecha en atención a la respuesta emitida en la pregunta directa número seis del interrogatorio que antecede.”*

9.3.38. Oficio número *****, de fecha 25 de agosto del 2014, signado por el Dr. *****, mediante el cual comunica lo siguiente:

*“1.- Todo médico especialista que desee desarrollar atención médica privada en este hospital, previa entrevista con el Director, el Cuerpo de Gobierno valora el historial académico y práctica profesional, y coteja la cédula profesional del médico interesado en el Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública, posterior a esto si es autorizado se notifica al médico, al área de admisión y a la sala de distinción. Para los médicos trabajadores de este hospital se omite tal procedimiento, ya que al ser contratados fueron validados los documentos que los acreditan para su práctica profesional, tal es el caso de los médicos *****, *****, ***** y *****. Todo paciente que solicite el uso del área de distinción, a su entrada debe presentar orden de ingreso emitida por el médico tratante, realizado así por la C. ***** exhibiendo documento membretado y firmado (Anexo 1), disponible el cuarto de distinción continua con el pago de ingreso para su registro (Anexo 2). 2.- Autorizo al personal de Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas su ingreso a este Hospital para verificar si se cuenta con lo insumos necesarios para la intubación y extubación de pacientes en el área de distinción. 3.- Se notificó a las CC. *****, *****, *****, *****, ***** y ***** enfermeras adscritas en esta institución, mediante oficio N° ***** de fecha 13 de agosto de 2014 (anexo N° 3). En el oficio que hoy nos ocupa no indica fecha de cita para rendir declaración informativa de la C. ***** por lo cual vía telefónica del día 20 de agosto de 2014, se nos informa que en días próximos será enviado oficio indicando la fecha asignada”.*

9.3.39. Constancia de fecha 17 de septiembre del 2014, elaborada por personal de este Organismo.

9.3.40. Oficio número *****, de fecha 28 de enero del 2015, signado por el Lic. *****, Primer Visitador General de la Comisión Nacional de los

Derechos Humanos, mediante el cual remite opinión médica emitida por las CC. Dra. *****, Dra. *****, Peritos Médicos Forenses y Dra. *****, Directora de Área de ese Organismo Nacional, el cual se transcribe a continuación:

“Planteamiento del Problema. Del análisis a las constancias que integran el expediente clínico, resulta necesario que la Coordinación de Servicios Periciales determine lo siguiente: - Se efectúe dictamen pericial referente a la atención médica que se le prestó en forma privada a quien en vida respondiera al nombre de *****, los días 24 y 25 de noviembre del 2012 en el Hospital civil de esta ciudad, sobre posibles negligencias, fallas, carencias, omisiones, impericia e imprudencia en el tratamiento pre operatorio y post operatorio de la antes citada; precisar la causa de la muerte de dicha persona, si la omisión de no atención a la paciente en forma directa incide en su resultado, y además, si la institución médica adoptó las medidas necesarias para que se recibiera una atención médica pertinente y de calidad, conforme a su derecho humano a la vida.

Antecedentes. Resumen de la queja, donde se refiere de importancia, lo que a continuación se relaciona: “En fecha 25 de noviembre de 2012 padecí, junto con mi familia, la muy lamentable e irreparable muerte de mi madre, esto como consecuencia de lo que considero una indigna y negligente atención médica, ya que mi madre fue abandonada por los médicos tratantes posterior a una operación que se le realizó. Reitero, esta situación ha sido muy indignante para mí así como para mi familia, ya que presenciamos durante aproximadamente cuatro horas y media como poco a poco mi madre iba presentando diversos síntomas hasta llegar a ahogarse ante la imposibilidad de poder respirar, sin que recibiera a tiempo la atención médica requerida, no acudieron oportunamente los médicos, pese a los llamados vía telefónica que les realizamos. ...me permito solicitar la intervención de esa Comisión Nacional de Derechos Humanos a efecto de que ese respetable Organismo, a través de su cuerpo de peritos, se permitan, previa lectura del expediente clínico, actuar como peritos terceros en el expediente referido y puedan determinar sobre los hechos que dieron pauta a la queja citada...

...Dictaminar acorde con el expediente clínico sobre posibles negligencias, fallas, carencias, omisiones, impericia e imprudencias en el tratamiento preoperatorio y post operatorio de *****, los días 24 y 25 de noviembre de 2012 en el Hospital Civil de ***** y precisar causa de la muerte de dicha persona, si la omisión de no atención (sic) a la paciente en forma directa incide en su resultado y además si la institución adoptó medidas necesarias para que se recibiera una atención médica pertinente y de calidad, conforme a su derecho humano a la vida... **Elementos de estudio de importancia para el análisis pericial de la queja:** - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): Foja *****, hoja de informe radiológico general, con fecha del 22 de noviembre d 2012, firmada por la Dra. *****. **Hospital Civil de ***** “Dr. *****”. Servicios de Salud de Tamaulipas:** Foja *****, Receta Médica,

con fecha del 23 de noviembre de 2012, a nombre del Dr. *****, con cédula profesional *****. Foja ***** a *****, Historia Clínica, con fecha del 24 de noviembre de 2012 a las 13:00 horas, firmada por el Dr. *****. Foja 031, Nota de Ingreso a Cirugía General, con fecha del 24 de noviembre de 2012 a las 18:00 horas, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja ***** y *****, Nota de Valoración por Medicina Interna, con fecha del 24 de noviembre de 2012 sin hora, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja *****, Nota de Valoración Preanestésica, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 10:00 horas, firmada por el Dr. *****. Foja *****, Nota Pre Anestésica, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 19:45 horas, firmada por el Dr. *****. Foja *****, Nota Operatoria, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 14:00 horas, firmada por el Dr. *****, Dr. ***** y Dr. *****. Foja *****, Hoja de Indicaciones Post Quirúrgicas, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 14:00 horas, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja *****, Nota Post Anestésica, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 14:30 horas, firmada por el Dr. *****. Foja *****, Nota de Anestesiología, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 15:00 horas, firmada por el Dr. *****. Foja *****, Nota de Medicina Interna, con fecha 25 de noviembre de 2012 a las 19:00 horas, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja *****, Nota de Cirugía General, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 21:40 horas, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja ***** y *****, Hoja de Registro de Anestesia y Recuperación, con fecha de 25 de noviembre de 2012, inicio de cirugía a las 11:00 horas, firmada por Dr. *****. Foja *****, Hoja de Autorización, Solitud y Registro de la Intervención Quirúrgica, con fecha del 25 de noviembre de 2012 a las 14:00 horas, sin nombre del médico, firma ilegible. Foja ***** y *****, Hoja de Registro de Anestesia y Recuperación, con fecha del 25 de noviembre de 2012, inicio de cirugía a las 19:00 horas, a nombre del Dr. *****, sin firma. Foja ***** y *****, Nota Post Anestésica, con fecha del 25 de noviembre de 2014 a las 21:40 horas, firmada por el Dr. *****. Foja *****, Reporte de Patología, con fecha del 27 de noviembre de 2012, firmada por la Dra. *****. Foja ***** a *****, Hojas de la Enfermería, con fechas del 24 y 25 de noviembre de 2012, firmada por enfermeras de turno.

Comentarios y Observaciones. Un **nódulo tiroideo** es una lesión o aumento focal de volumen y consistencia localizado dentro de la tiroides y que se distingue del resto del parénquima. Estos pueden ser detectados por palpación o estudios de imagen. Aunque en general ambos métodos son complementarios, algunas veces los estudios de imagen no corroboran la presencia de un nódulo o bien este se detecta incidentalmente mediante estudios realizados con otro objetivo (incidentaloma). Sin embargo, el método a través del cual se detecte no hace diferencia en cuanto a las recomendaciones para su estudio, las cuales tienen como objetivo fundamental excluir la posibilidad de una lesión maligna y evaluar la función tiroidea. Es muy probable que la prevalencia de nódulos tiroideos actualmente dependa del método utilizado para su detección y sea similar el resto del mundo, Se identifican en 3 a 7% de la población a través de exploración física, pero la utilización de estudios de imagen como

ultrasonido aumenta la prevalencia: 20 a 76%. De igual manera, la frecuencia multinodulaidad aumenta notablemente, ya que cerca de la mitad de los pacientes a quienes se les realizó un ultrasonido como parte del estudio de un nódulo tiroideo palpable presentan otros no identificados al examen físico. Algunas poblaciones tienen una mayor frecuencia de nódulos. Tal es el caso de las mujeres, personas de edad avanzada, habitantes de zonas con deficiencia de yodo y en pacientes con historia de radiación a cuello. La frecuencia de malignidad afortunadamente es baja (5 a 7%), si bien existen 3 subgrupos quienes tienen una mayor frecuencia de malignidad. Por ello, es de gran relevancia contar con criterios que permitan estratificar el estudio de estos pacientes de una manera eficiente.

Etiopatogenia. La etiología de la enfermedad nodular tiroidea es indudablemente multifactorial. Se conoce de algunos factores capaces de estimular la proliferación de células foliculares como interleucinas, IGF-1, factores de crecimiento derivado de fibroblastos y de crecimiento epidérmico; pero el de mayor importancia es la hormona estimulante de tiroides (TSH). Otros factores ambientales relacionados con una mayor prevalencia son deficiencia de yodo, historia de tabaquismo, historia de exposición a radiación ionizante, embarazo o ingestión de bociógenos naturales. Al estudiar a un paciente con un nódulo en la región anterior del cuello, se debe considerar que en la mayoría de los casos es de origen tiroideo; sin embargo, deben tenerse en consideración otras posibilidades no dependientes de la tiroides: **Diagnóstico diferencial de nódulos cervicales:** **De origen tiroideo benignos** – Adenoma autónomo funcionante. – Bocio multinodular. – Tiroiditis localizada (aguda o subaguda). – Tiroiditis de Hashimoto. – Quiste tiroideo (simple o hemorrágico). – Crecimiento compensatorio después de hemitiroidectomía. – Hemiagenesia tiroidea. **De Origen tiroideo maligno** – Carcinoma papilar. – Carcinoma folicular. – Carcinoma de células de Hürtle. – Carcinoma medular. – Carcinoma anaplástico. – Linfomas primarios de tiroides. – Lesiones metastásicas a tiroides. **De origen extratiroideo.** – Quiste del conducto tirogloso. – Higroma quístico. – Quiste paratiroideo. – Enfermedad metastásica. – Aneurismas. – Adenomegalias. Adenoma paratiroideo. En primer paso es realizar evaluación clínica minuciosa que permita detectar factores de riesgo, síntoma y signos sugestivos de malignidad y de disfunción tiroidea: Dentro de los antecedentes personales, además de historia de padecimientos tiroideos, es relevante conocer si hay antecedentes de radiación a cabeza o cuello (este factor también incrementa la incidencia de enfermedad tiroidea nodular no maligna) o exposición accidental a radiación antes de los 18 años. Es importante conocer el tiempo de evolución del nódulo, si ha tenido un crecimiento rápido, presencia de linfadenopatía cervical, dolor u obstrucción digestiva. La presencia de datos de compresión traqueal como tos y disfonía sugieren, en ausencia de bocios grandes, que se trate de una neoplasia maligna. Es necesario, igualmente, investigar datos clínicos de disfunción tiroidea y antecedentes recientes de infección de vías respiratorias altas o embarazo que orienten a la posibilidad de tiroiditis. La presencia de

aumento de volumen y dolor súbito en el nódulo o irradiado hacia la región occipital generalmente es debido a una hemorragia; sin embargo, ante crecimiento rápido de un nódulo es importante considerar también la posibilidad de carcinoma anaplásico o linfoma. Cuando este fenómeno se asocia a parálisis de cuerda vocal se considera indicación de tratamiento quirúrgico ante la alta probabilidad de una neoplasia maligna. Menciones especiales requieren los pacientes con bocio multinodular en quienes la instalación progresiva de nodos de compresión local no necesariamente es sugerente de malignidad. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos al momento del diagnóstico y, en general, no hay una clara relación entre las características histológicas del nódulo, su tamaño y los síntomas informados. La presentación más frecuente de una neoplasia maligna de tiroides es como un nódulo tiroideo solitario, dominante o duro, que difiere claramente del resto de la glándula; pero a pesar de ello, el riesgo de cáncer no es significativamente mayor en los nódulos solitarios que en los bocios multinodulares. La habilidad y experiencia clínica en la palpación de la tiroides es muy importante cuando se evalúa a pacientes con nódulos tiroideos, ya que ayuda a dirigir la investigación y elimina la necesidad de pruebas diagnósticas excesivas. Por ello, el médico con poca experiencia debe considerar siempre enviar al paciente a un endocrinólogo, antes de solicitar estudios potencialmente innecesarios. Se ha demostrado que el envío temprano del paciente resulta en ahorro, tanto económico como de tiempo, significativos para el paciente y en una mayor precisión diagnóstica. **Estudios de Laboratorio.** En el abordaje inicial del paciente, se requiere solamente conocer el estado funcional de la glándula. Hormona estimulante de tiroides (TSH).- En todo paciente con nódulo tiroideo se debe contar por lo menos con una medición de TSH, y de ser posible, de T4 libre. **Estudios de Gabinete.** Ultrasonido. Todos los pacientes con un nódulo palpable deben, idealmente, ser examinados mediante ultrasonido de alta resolución ya que es el método de gabinete más útil para evaluar morfológicamente la tiroides. Nos da información muy exacta de las dimensiones y características del nódulo y ayuda a definir la necesidad de llevar a cabo un estudio citológico. **El ultrasonido (USG) tiroideo se ha establecido como el “estándar de oro” para la evaluación del volumen glandular y de la presencia de nódulos.** Permite la identificación en tiempo real de estructuras desde 2mm de diámetro, la estimación del flujo sanguíneo regional de la glándula y la caracterización de linfadenomegalias existentes. Por este método se identifican nódulos adicionales en 20 a 50% de los pacientes a quienes se había detectado solamente un nódulo por palpación. El hallazgo ultrasonográfico de nódulos no palpables puede modificar el manejo clínico en alrededor de dos tercios de los pacientes evaluados, si bien la multinodularidad no excluye la posibilidad de cáncer. Aunque el USG no es un estudio que pueda determinar de manera contundente la presencia de malignidad, se han descrito algunas características específicas que se asocian a cáncer de tiroides (**vascularidad, contornos irregulares, microcalcificaciones,**

hipogenicidad y contenido). Otros Estudios de Imagen. Tomografía axial computada y resonancia magnética nuclear. La tomografía axial computada o la resonancia magnética son superiores al ultrasonido exclusivamente en la evaluación de la extensión de una gran lesión tiroidea, o en la búsqueda de lesiones metastásicas en tórax. **Tratamiento.** Las alternativas terapéuticas dependen en buena medida de los resultados tanto funcionales como citológicos del nódulo, siendo este último el más importante. **Maligno.-** Alrededor de 8% de los nódulos albergan una neoplasia maligna, de las cuales el 95% corresponden a cáncer bien diferenciado de tiroides. La conducta recomendada es la realización de tiroidectomía total o casi total con disección ganglionar del comportamiento central. **Benignos.-** En los nódulos benignos, la elección del tratamiento dependerá del tamaño, los síntomas que provoque y las expectativas del paciente. a. Observación.- Tomando en cuenta la naturaleza benigna de la lesión, el nódulo puede ser solamente observado: algunos estudios prospectivos han demostrado que hasta 35% de estas lesiones disminuyen su tamaño o desaparecen. Si el nódulo crece o no disminuye de tamaño debe ser aspirado, por lo menos una vez más, un año después. b. Supresión con hormonas tiroideas. c. Yodo radiactivo. Clásicamente, el tratamiento de elección de nódulos autónomos, tanto solitarios como múltiples, ha sido yodo radiactivo. Con dosis de entre 10 y 40 milicurios (370 a 1480 MBq) se logran tasas de curación de cerca del 90% con una dosis. d. Termoablación de láser. Es una alternativa de tratamiento de nódulos benignos. Este método consiste en introducir una fibra de láser mediante punción percutánea guiada por ultrasonido para colocarla en la vecindad del nódulo. La emisión de energía logra una elevación térmica local que produce necrosis coagulativa del tejido expuesto. **Nódulos quísticos.-** Estudios retrospectivos publicados han mostrado que los nódulos predominante o totalmente quísticos tienden a crecer, mientras que en los casos en los que son mixtos, a aumentar la proporción de contenido líquido. La conducta recomendada es vaciar totalmente el contenido líquido, idealmente bajo dirección sonográfica. Frecuentemente, la terapia de nódulos quísticos requiere más de una aspiración para lograr el objetivo del tratamiento, que es obtener un volumen menor a 1ml. La enfermedad nodular tiroidea es un padecimiento muy frecuente en la práctica clínica que requiere de un diagnóstico integral especializado y, frecuentemente, de un manejo multidisciplinario. Las estrategias actuales, basadas en el estudio ultrasonográfico y citológico de la lesión, han demostrado su utilidad en identificar aquellos pacientes con mayor probabilidad de tener una neoplasia maligna. De esa manera, el tratamiento de los pacientes puede individualizarse para ofrecer la alternativa que más se adapte a las condiciones clínicas. **Adenoma folicular tiroideo.** Es más común en mujeres mayores de 30 años, siendo la neoplasia tiroidea más común. Por lo general son nódulos hipofuncionantes (fríos) en la gammagrafía tiroidea, al igual que los carcinomas por lo que no es de gran utilidad para su diferenciación. Son tumores epiteliales benignos, bien circunscritos,

solitarios, encapsulados, de tamaño variable, rodeados de tejido tiroideo sano. Pueden sufrir necrosis hemorrágica, calcificación o degeneración quística. Debe diferenciarse del carcinoma folicular tiroideo por invasión de la cápsula tiroidea y a vasos sanguíneos o linfáticos. El diagnóstico se realiza por medio de la BAAF y se confirma con cirugía en los nódulos sospechosos, estando indicado realizar del lóbulo afectado + istmoidectomía y estudio transoperatorio histopatológico con cortes por congelación. Si resulta carcinoma se realiza tiroidectomía total con preservación de las glándulas paratiroides y nervios laríngeos. **Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF).** La aspiración con aguja fina es el procedimiento diagnóstico más útil y preciso (95%) en la evaluación de enfermedad tiroidea nodular. La sensibilidad de la aspiración por aguja fina fue de 80% para detectar carcinoma tiroideo (papilar, medular e indiferenciado) y especificidad de 73.2%. **La Ley General de Salud.** En su texto actualizado, señala que se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Establece que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Se sancionará conforme a la legislación aplicable a quienes no posean título profesional, legalmente expedido y registrado en los términos de Ley, se han llamar o anunciar añadiendo a su nombre propio, la palabra doctor, médico cirujano, o cualquier otra palabra, signo o conjunto de términos que hagan suponer que se dedican como profesionalistas al ejercicio de las disciplinas para la salud. Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes. Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata. **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología.** Lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico. La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano. El paciente transportado al área de recuperación, deberá contar con la hoja de registro anestésico y su expediente clínico. El médico anestesiólogo deberá indicar y vigilar los cuidados inmediatos y el monitoreo que amerite el paciente. Es imprescindible que en el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, un médico anestesiólogo supervise que el paciente se encuentre bajo vigilancia continua de personal técnico capacitado en el manejo de recuperación post-quirúrgica inmediata, el tratamiento de las complicaciones que se presenten y en reanimación cardiopulmonar. Durante el periodo post-anestésico, el anestesiólogo asignado al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica deberá: Avaluar al paciente, tanto

al ingreso, como al egreso del área. Proporcionar los cuidados necesarios para una adecuada oxigenación, así como para el control y preservación de los signos vitales. Supervisar la elaboración de una tabla de signos vitales y de nivel de consciencia. Indicar por escrito los fármacos y medicamentos, dosis y cuidados que se deben proporcionar al paciente. Estado clínico del paciente a su egreso del quirófano. Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia. El anestesiólogo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación del ALDRETE. Algunos pacientes pueden egresar directamente del quirófano a su cama, siempre y cuando, no requieran de los cuidados del área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, a criterio del médico anestesiólogo a cargo y de acuerdo con el cirujano. Los procedimientos de enfermería se deberán realizar en estricto apego a las indicaciones que establezca el médico anestesiólogo responsable del paciente. **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. (vigente para el caso que nos ocupa)** Entre otras cosas establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; completo, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente; todas las notas en el expediente clínico deberán contener **fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora;** las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado; el expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización; la nota médica de urgencias deberá elaborarla el médico y deberá contener fecha y hora en que se otorga el servicio; signos vitales, motivo de la conducta; resumen del interrogatorio, exploración física estado mental en su caso, diagnósticos o problemas clínicos; resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; tratamiento y pronóstico; la nota de evolución deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma, en los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista, la nota médica de hospitalización deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo signos vitales; resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, la nota de evolución deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma. El caso en particular, se trata de la señora *****, femenina de 65 años de edad, a quien le fue realizado un Ultrasonido de la glándula tiroides en el Instituto de Seguridad

y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Tamaulipas, en fecha **22 de noviembre de 2012** sin que se tengan más antecedentes médicos toda vez que no se cuenta con notas médicas de dicha institución que los describan, únicamente el citado reporte de ultrasonido que describió: **Lóbulo derecho con una lesión nodular de ecogenicidad mixta de predominio quístico de 3cm aproximadamente**; sin embargo, la paciente decidió dar seguimiento a este hallazgo de forma extrainstitucional acudiendo con un médico particular para su tratamiento. Al día siguiente, es decir, el 23 de noviembre de 2012, la paciente acudió a consulta de forma particular con el Dr. *****, quien en su receta médica refiere ser Maestro en Ciencias con especialidad en Geriátrica con cédula profesional *****, quien únicamente con el resultado del ultrasonido que le fue realizado en el ISSSTE a la paciente el día anterior, le sugirió realizarle una cirugía, sin especificar el tipo de intervención ni la técnica, entregándole una receta médica con indicaciones para ser hospitalizada a “distinción” en una habitación separada para ser intervenida quirúrgicamente el día 25 de noviembre de 2012, indicando únicamente dieta blanda, tomar estudios de laboratorio, radiografía de tórax, sello venoso y tomar 10 gotas de Lugol (yodo) cada 6 horas en 1 vaso con agua. Omitiendo el citado médico, realizar un protocolo de estudio de la lesión nodular en el cuello, como la realización de una biopsia para conocer el tipo histológico de la lesión nodular y la elección del tratamiento idóneo. El día 24 de noviembre de 2012 a las 18:00 horas, la paciente ingresó al Hospital Civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas, dependiente de Servicios de Salud de Tamaulipas, señalando el médico que realizó el ingreso hospitalario el cual no podemos establecer el nombre completo, cargo, rango o matrícula, toda vez que no se encuentra descrito en la nota, que la paciente presentaba signos vitales normales, con tensión arterial de 110/70mmHg, frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto frecuencia respiratoria de 18 por minuto y temperatura de 36.5°C, con antecedente de alergia a polvos y a los cambios de temperatura, en tratamiento con antihistamínicos (sin especificar), osteoplastia sin especificar la zona en tratamiento con calcio vía oral, sin antecedentes patológicos de importancia, refiriendo que inició su padecimiento actual 1 mes previo con aumento de volumen del lado derecho de la tiroides, sin síntomas compresivos, sin datos de hipo o hipertiroidismo, con reporte de un “ECO” con **nódulo de lado derecho con componente mixto**, de pruebas de funcionamiento tiroideo con leve aumento de T4 (tiroxina, que es la principal hormona producida por la glándula tiroides) no significativo, estableciendo el médico en su nota que se planeaba **hemitiroidectomía** (resección de la mitad de la glándula tiroides) con BTO (Biopsia transoperatoria), explicándole los riesgos de la cirugía a la paciente y solicitando sangre para reserva; señalando en esta nota médica de forma breve que la paciente **no** aceptó la realización de “BAAF” (Biopsia aspiración con aguja fina) procedimiento que se lleva a cabo idealmente en este tipo de nodulaciones para conocer el origen histológico así como el plan terapéutico. **Omitiendo** el médico que realizó

el ingreso de la paciente realizar una exploración minuciosa de la lesión nodular para establecer los bordes, el número y el tamaño exacto; asimismo incumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del expediente clínico por no escribir en su nota médica su nombre completo, cargo, rango y matrícula. El mismo día 24 de noviembre de 2012, sin poder precisar la hora, la paciente fue valorada por el especialista en medicina interna, del cual no se puede establecer el nombre completo, cargo o matrícula, toda vez que no se encuentra descrito en la nota, **incumpliendo** con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**; quien señaló en su nota que la paciente se encontraba programada para cirugía de **tumor de cuello**, reportando un electrocardiograma normal, tele de tórax con bronquitis crónica y resultados de laboratorio en parámetros normales, estableciendo con la exploración física y los resultados de los paraclínicos una calificación de riesgo quirúrgico de **ASA (American Society of Anesthesiologist) II-III** (paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante), indicando únicamente aplicar Dexametasona en dosis única al extubarla posterior a la cirugía. Al siguiente día, es decir, el 25 de noviembre de 2012 a las 10:00 horas, la paciente fue valorada por el Dr. *****, del cual no podemos establecer el nombre completo, rango o matrícula, toda vez que no se encuentra descrito en la nota, **incumpliendo** con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**; quien reportó a la paciente con signos vitales en parámetros normales, a la exploración física con buena coloración e hidratación, boca con calificación de Mallampati II (visibilidad del paladar duro y blando, porción superior de las amígdalas y úvula), cuello sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso aparente, resto normal, estableciendo en ese momento el riesgo quirúrgico de **ASA II-E-B** (Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante) y como plan administrar anestesia general balanceada. Previa firma de consentimientos informados, la cirugía se llevó a cabo el día **25 de noviembre de 2012** a las **14:00 horas**, según consta en la hoja de autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica, operación que realizaron el Dr. *****y el Dr. *****, de los cuales no podemos establecer su nombre completo, cargo, rango o matrícula, toda vez que no se encuentra descrito en la nota, **incumpliendo** con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**; teniendo como diagnóstico preoperatorio: **Nódulo tiroideo**, cirugía proyectada: **Hemitiroidectomía con BTO** (resección de la mitad de la glándula tiroides con toma de biopsia transoperatoria), misma que consistió en "...bajo anestesia general, con hiperextensión del cuello, se realizó una incisión en collar, se disecaron los colgajos superior e inferior, ligadura de arteria tiroidea inferior, media y superior, teniendo como hallazgos transoperatorios lóbulo tiroideo derecho con crecimiento difuso de aproximadamente 10x6cms, se identificó la paratiroides y el nervio laríngeo recurrente, se disecaron los ligamentos pretraqueales y se ligaron...", señalando además que se verificó la hemostasia y se colocó un

drenaje tipo penrose y se procedió al cierre por planos, reportando la cirugía sin complicaciones con sangrado de 20 a 30ml, con reporte de biopsia transoperatoria de **Adenoma folicular con degeneración quística** (Tumor benigno encapsulado) realizando los médicos tratantes al término de la cirugía laringoscopia directa, refiriendo buena movilidad de cuerdas y central (sic) y se reportó que la paciente salió extubada de la sala de cirugía, con indicaciones médicas de ayuno hasta nueva orden, solución glucosada 1000cc para 12 horas, antibiótico (Ceftriaxona), analgésico (Ketorolaco), procinético (Metoclopramida), mantener en posición semifowler, cuidados de herida quirúrgica y del drenaje, así como vigilar datos de insuficiencia respiratoria. Por su parte, el médico anesthesiologo, plasmó en su nota postanestésica de la misma fecha a las 14:30 horas, que la paciente salió de sala de cirugía a recuperación ya consciente y con signos vitales estables. Y siendo las **15:00 horas**, el mismo médico ***** señaló que la paciente pasó de la sala de recuperación a su habitación consciente, con signos vitales en cifras normales y sin datos de sangrado en ese momento. Sin que tenga registro en alguna nota médica de la evolución de la paciente posterior al arribo a su habitación, **incumpliendo** con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**, únicamente lo plasmado en la Hoja de la Enfermera firmada por la Licenciada en enfermería ***** , quien describió que siendo las **16:00 horas**, la paciente refirió cefalea intensa, por lo que uno de los familiares de ésta se comunicó vía telefónica con el Dr. ***** quien indicó telefónicamente que le fuera administrado un analgésico sin especificar el nombre, dosis ni el horario, cuándo lo indicado era acudir de inmediato a valorar a esta paciente recién operada para realizar una adecuada semiología del dolor de cabeza, sin que se tenga evidencia escrita en la hoja de enfermería que le hubiera sido administrado en el horario que lo indicó el médico tratante vía telefónica. Después de una hora de haberse reportado la presencia de la cefalea intensa, es decir, a las **17:00 horas** de esa misma fecha, la misma Licenciada de enfermería ***** , registró en su hoja que la paciente presentó edema en el cuello y se dio aviso nuevamente vía telefónica al Dr. ***** , el cual una vez más indicó la administración de un antiinflamatorio que fue administrado hasta las **18:00 horas**, según consta en el registro de la enfermera ***** que fue Ketorolaco; asimismo, la enfermera señala que realizó el cambio de gasas de la herida observando salida por el drenaje de **“regular”** cantidad de líquido hemático. Sin que hasta este momento, acudiera personalmente alguno de los médicos tratantes de la paciente a verificar su estado de salud, la evolución del edema en cuello reportado por la enfermera o indagara el origen de la cefalea intensa referido por la misma paciente, **incumpliendo** con lo establecido en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud que señalan que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, y que deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Una hora

más tarde, a las **19:00 horas**, la misma Licenciada en enfermería ***** , reportó a la paciente con estridor laríngeo (sonido respiratorio anormal, causado por un bloqueo en la garganta o la laringe que generalmente se escucha al inhalar), colocando oxígeno sin especificar por cuál vía y a qué parámetros, señalando a su vez que avisó nuevamente vía telefónica al Dr. ***** del estado de salud de la paciente que presentaba incremento del edema en cuello, y sin que hasta este momento acudiera de forma personal el Dr. ***** o el Dr. ***** médicos tratantes o el médico anesthesiologo el Dr. ***** , para valorar el estado de salud de la paciente y el origen de su sintomatología, es decir, **cuatro horas posteriores al procedimiento quirúrgico** y tomando en cuenta que le fueron avisados los cambios y molestias en la paciente desde las 16:00 horas, **inadecuadamente** el Dr. ***** instruyó que fuera valorada por el Dr. ***** al parecer especialista en medicina interna, sin poder precisar su nombre completo, cargo, rango o matrícula, únicamente su especialidad ya que existe una nota médica con fecha **del 25 de noviembre de 2012 a las 19:00 horas** del servicio Medicina Interna donde señaló que la paciente presentaba disnea de reposo (dificultad respiratoria), con edema importante del cuello y estridor laríngeo, lo cual a su vez comunicó al Dr. ***** , quien nuevamente vía telefónica indicó su ingreso a sala de cirugía en ese momento; sin embargo, al intentar trasladarla al quirófano, la paciente presentó una desestabilización de los signos vitales, con aumento de la dificultad respiratoria, por lo que se suspendió su traslado y se administró Diazepam 20 mg intravenoso para relajarla y poder intubarla, medicamento que si bien está indicado para sedación en una paciente aún consciente, la dosis máxima de su uso es 5-10mg según la literatura médica especializada vigente; lo que favoreció con esta sobredosis el desarrollo de un paro cardiorespiratorio; lográndose intubar con cánula de calibre 6.5 en su habitación y posteriormente a las **19:45 horas** fue llevada al quirófano quedando a cargo de sus médicos tratantes Doctores ***** y el Dr. ***** según lo registrado en la hoja de la Licenciada en enfermería ***** . **Incumpliendo** de forma grave con lo establecido en la Ley General de Salud y su reglamento, al **omitir** brindar a esta paciente recién operada la atención personalizada y oportuna que ameritaba y que derivó en una urgencia y desestabilización que requirió de asistencia ventilatoria mecánica, siendo valorada por un médico hasta cuatro horas después de la primera cirugía; asimismo se **incumplió** lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología** que establece que la supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en el post-quirúrgico, será responsabilidad tanto del anesthesiologo como del cirujano. Asimismo, **incumplieron** nuevamente con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**, por no anotar en sus notas médicas los nombres completos, cargos, rangos o matrículas de los especialistas tratantes. A las **19:45 horas** de la misma fecha, la paciente ingresó a la sala de cirugía siendo recibida por el Dr. ***** , médico anesthesiologo, que de acuerdo al estado clínico de la paciente y

sus antecedentes, estableció esta vez un riesgo quirúrgico **ASA IV-U-B** indicativo de paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Según consta en la hoja de la enfermera, firmada por la señorita ***** , a las **19:45 horas**, se dio inicio a la cirugía de exploración de cuello. Toda vez que se encuentra anexada la hora de registro quirúrgico de esta segunda intervención quirúrgica en el expediente clínico de la paciente, únicamente una breve nota del servicio de cirugía general con fecha del **25 de noviembre de 2012 a las 21:00:40 horas**, sin nombre del médico y con firma ilegible, **incumpliendo** una vez más con lo establecido por la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**; en la citada nota se describió que se realizó una exploración de cuello a las **19:30 horas**, retirando las suturas y teniendo como hallazgos transoperatorios la presencia de coágulos escasos en el lecho quirúrgico de aproximadamente 5cc; hallazgos que no corresponden con la sintomatología progresiva y grave que presentó la paciente; señalando quien elaboró la nota que se realizó una traqueostomía (procedimiento quirúrgico para crear una abertura a través del cuello dentro de la tráquea, se coloca un tubo o cánula a través de esta abertura para suministrar una vía aérea y retirar secreciones de los pulmones); asimismo sin describir las condiciones clínicas de la paciente, se asentó que se le brindaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), y medicamentos onotrópicos sin respuesta, indicativos de que cursó con paro cardiorrespiratorio que no revirtió a manejo médico, declarándose fallecida a las **21:35 horas**, es decir, poco más de dos horas después de haber iniciado la exploración quirúrgica, **omitiendo** establecer la causa de la muerte en la citada nota médica. Lo anterior se confirma con lo descrito en la nota postanestésica de fecha **25 de noviembre de 2012 a las 21:40 horas**, firmada por el mismo Dr. ***** , donde asentó que **inmediatamente después** que la paciente ingresó a la exploración de cuello, ésta presentó **bradicardia severa** con frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto, iniciando manejo médico con Atropina 1mg intravenoso, Adrenalina 1mg intravenoso, Bicarbonato de sodio 1 ampula y que un médico internista de nombre ***** , del cual no se conoce el nombre completo, rango o matrícula ya que no se describe en la nota **incumpliendo** con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**, inició maniobras de desfibrilación sin obtener respuesta. Quedando asentado en esta nota del médico anestesiólogo que **la paciente no respondió a las maniobras de reanimación que se le brindaron desde las 19:45 horas hasta las 21:35 horas que se declaró su fallecimiento**. Lo antes descrito quiere decir que se brindaron maniobras de reanimación por más de dos horas a esta paciente cuando debía haberse valorado desde que manifestó molestias una hora posterior a su procedimiento quirúrgico inicial cuando presentó cefalea intensa, edema de cuello que progresó a la dificultad respiratoria y requirió asistencia ventilatoria, desestimando los médicos tratantes dicha sintomatología **omitiendo** acudir de inmediato los Dr. ***** y/o Dr. ***** a

valorarla de forma personal, interviniéndola de forma tardía hasta después de 5 horas de su primer cirugía, siendo estas complicaciones derivadas directamente de la falta de cuidados del personal médico a cargo de la paciente prescribiendo **inadecuadamente** tratamiento farmacológico por vía telefónica sin conocer el estado de salud real de la paciente de primera mano, **Incumpliendo con lo establecido en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica** que señalan que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, y que deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica; y al **omitir** el manejo de la urgencia entendiendo como tal a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata. En el caso en particular, se desconoce la causa de muerte de la paciente, toda vez que no se anexa el Certificado de Defunción al expediente de queja; asimismo, se desconoce si le fue realizado estudio necroquirúrgico, **incumpliendo** una vez más con la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico** al **omitir** realizar la nota de defunción en forma con los pormenores de la atención brindada y las causas que originaron el fallecimiento de esta paciente. Del mismo modo, se advierten múltiples **omisiones** a la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**, vigente en la fecha del caso que nos ocupa, como lo es que las notas médicas no contienen el nombre completo del médico, se utilizan abreviaturas, letra ilegible y formatos indebidamente elaborados. Es importante señalar que en fecha **08 de enero de 2015** se hizo llegar a esta Coordinación de Servicios Periciales documentación en aportación al expediente de queja con número de folio 130451 que consta de 73 fojas sin foliar, a las cuales se les realizó el análisis minucioso correspondiente, concluyendo que se trata de una copia de documentos ya integrados en el expediente original y que no modifica de ninguna forma la opinión médica realizada por la suscrita. Por lo anteriormente descrito llegamos a las siguientes **Conclusiones. Primera. La atención médica brindada a la señora *******, femenina de 65 años de edad, por los médicos tratantes en el **Hospital Civil de *******, Tamaulipas, dependiente de los **Servicios de Salud de Tamaulipas**, fue **inadecuada**, por lo siguiente: **A) El Dr. ******* al valorar a la agraviada encontrándola con **Lóbuloderecho de tiroides con una lesión nodular de ecogenicidad mixta de predominio quístico de 3cm aproximadamente** documentado por ultrasonido del ISSSTE de Tamaulipas de fecha **22 de noviembre de 2012**, indicó realizarle cirugía, **omitiendo** realizar un protocolo de estudio de la lesión nodular en el cuello para conocer el tipo histórico y la elección del tratamiento más idóneo, especificar el tipo de cirugía la técnica quirúrgica, el diagnóstico, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico pre-operatorio y pronóstico, limitándose a entregar una receta médica con indicaciones para ser intervenida quirúrgicamente el **25 de noviembre de 2012**. **B) Sin** adecuado protocolo de estudio, historia clínica y exploración minuciosa de

la lesión nodular del cuello, el día **25 de noviembre de 2012**, los médicos tratantes ***** y *****; realizaron Hemitiroidectomía con toma de biopsia transoperatoria que confirmó un **Adenoma folicular con degeneración quística**, reportándose la cirugía sin complicaciones quirúrgicas, saliendo a sala de recuperación y posteriormente a su habitación, **omitiendo** los médicos tratantes realizar la nota médica de la evolución de la paciente posterior al arribo a su habitación. **C) Inadecuadamente** en el posquirúrgico inmediato quedó a cargo solo del personal de enfermería sin vigilancia estrecha por parte de médicos tratantes y/o de anestesiología lo cual se confirma porque la enfermera *****; tuvo que hacer del conocimiento al Dr. ***** vía telefónica en tres ocasiones el compromiso grave en el estado de salud de la agraviada manifestando por cefalea intensa, edema de cuello y dificultad respiratoria, **omitiendo** el Dr. ***** acudir de inmediato a valorarla lo que evidencia el abandono de los médicos tratantes y la falta de una vigilancia estrecha de esta paciente recién operada, lo que tuvo como consecuencia una desestabilización de sus signos vitales que agravó aún más su ya deteriorado estado de salud **incumpliendo** gravemente con la Ley General de Salud al **omitir** el manejo de la urgencia. **D)** Asimismo **inadecuadamente** administraron sobredosis de 20mg de diazepam “para relajarla y poder intubarla”, lo que favoreció aún más el paro cardiorrespiratorio que presentó posteriormente la agraviada. **E)** Sin poder establecer las condiciones clínicas de la paciente a su ingreso a la segunda cirugía a las **19:45 horas del 25 de noviembre de 2012**, debido a la ausencia de notas médicas, lo que si podemos establecer es que presentó paro cardiorrespiratorio que no revirtió a maniobras avanzadas de resucitación dándole por fallecida a las **21:35 horas**, de misma fecha. **F)** Siendo la cefalea, edema de cuello, dificultad respiratoria y paro cardiorrespiratorio que presentó la agraviada complicaciones graves derivadas directamente de un **inadecuado** manejo y vigilancia estrecha en el posquirúrgico inmediato por parte de los médicos que la operaron doctores ***** y ***** y el anestesiólogo Dr. *****; como ya se señaló **incumpliendo** con lo establecido en la **Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología**. **F)** Se desconoce la causa de muerte de la paciente, toda vez que no se anexó el Certificado de Defunción al expediente de queja, **incumpliendo** una vez más con la **Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico**, vigente en esa época al **omitir** realizar la nota de defunción. **G)** Desde el punto de vista médico forense no son congruentes los hallazgos transoperatorios descritos como coágulos escasos en el lecho quirúrgico de aproximadamente 5cc y la sintomatología progresiva y grave que presentó la paciente, lo anterior porque era tal el compromiso que presentó en la región recién operada del cuello que hubo necesidad de practicarle traqueostomía, procedimiento indicado para permeabilizar y ventilar la vía aérea que se encontraba completamente obstruida por el edema y sangrado. **Segunda.** Por lo ya descrito se advierten múltiples **omisiones** a la **Norma Oficial Mexicana**

Nom-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, vigente en la fecha del caso que nos ocupa”.

9.3.41. Oficio número HCV/PVS/004, de fecha 16 de enero del 2014, signado por el C. Dr. *****, Director del Hospital Civil de *****, el cual se transcribe:

6. *Cuanto se cobró o se le iba a cobrar a la Sra. *****, o sus familiares, por parte de este Hospital, por el uso del quirófano en la intervención quirúrgica que se le practicó a la Sra. *****, en fecha 24 de noviembre del 2012, en este Hospital, tomando en consideración que en el expediente clínico de dicho hospital consta que el servicio que refiere, fue prestado por esta Institución de salud. b) Cuanto se cobró a la Sra. *****, o sus familiares, por parte de este hospital, por el servicio otorgado en la sala de recuperación del día 25 de noviembre de 2012. c) Cuanto se cobró o iba a cobrar a la Sra. *****, o sus familiares, por parte de este hospital, por el uso del cuarto de hospitalización de Distinción número 3, los días 24 y 25 de noviembre de 2012. d) Cuanto se cobró se iba a cobrar a la Sra. *****, o a sus familiares los días 24 y 25 de noviembre del año 2012, por la e) participación que tuvieron las enfermeras que participaron en la atención preoperatoria, así como en la operación quirúrgica y posteriormente, en la recuperación y atención de la citada paciente. f) cuánto se cobró o iba a cobrar a la Sra. ***** o sus familiares los días 24 y 25 de noviembre del año 2012, por los servicios y diversos medicamentos que le fueron suministrados a la paciente. Informo: Referente al cuestionamiento contenido en el inciso a), se cobró la cantidad de \$4,990.00 (cuatro mil novecientos noventa pesos 00/100 M.N.), informo que la intervención quirúrgica de la paciente se programó y realizó el día 25 de noviembre de 2012 por los médicos tratantes. Referente al cuestionamiento contenido en el inciso b), se cobró la cantidad de 4.990.00 (cuatro mil novecientos noventa pesos 00/100 M.N.), servicio incluido en el concepto de cobro “Quirófano”. Referente al cuestionamiento contenido en el inciso c), se cobró la cantidad de \$900.00 (novecientos pesos 00/100 M.N.) Referente al cuestionamiento contenido en el inciso d), se cobró la cantidad de \$5,890.00 (cinco mil ochocientos noventa pesos 00/100 M.N.), servicio incluido en los conceptos de cobro “Quirófano y Hospitalización”. Referente al cuestionamiento contenido en el inciso e), se le cobró la cantidad de \$5,228.00 (cinco mil doscientos veintiocho pesos 00/100 M.N.). Lo que totaliza la cantidad de \$11,118.00 (once mil ciento dieciocho pesos 00/100 M.N.) pago que se realizó a este hospital el 03 de diciembre de 2012 mediante cheque número ***** de la institución bancaria BANORTE. Hago mención que la atención que se le dio a la paciente ***** fue de manera particular (Distinción Número 3), por lo que el pago de honorarios de servicio médico no está contemplado en estas cantidades, queda a título particular con los médicos”.*

9.3.42. Escrito de fecha 26 de febrero del 2015, suscrito por el ***** , mediante el cual impugna en todo su contenido el dictamen médico emitido por los CC. ***** , ***** y ***** , Peritos Médicos Forenses de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de fecha 8 de enero del actual, relativo a los hechos que originaron la instauración del presente procedimiento.

9.3.43. Escrito de fecha 26 de febrero del 2015, signado por el Dr. ***** , mediante el cual solicita se cite a las enfermeras CC. ***** , ***** , ***** , ***** , ***** , ***** , para el efecto de que emitan sus declaraciones como servidoras públicas.

9.3.44. Escrito de fecha 26 de febrero del 2015, firmado por el Médico ***** , mediante el cual impugna en cuanto a su contenido y alcance legal y valor probatorio la opinión médica suscrita por personal de la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de fecha 8 de enero del actual.

9.3.45. Escrito de fecha 26 de febrero del 2015, suscrito por el Médico ***** , mediante el cual manifiesta que ofrece como prueba de su intención ampliación de opinión médica a cargo de los peritos médicos forenses de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por interrogatorio facultando al licenciado ***** para dicho efecto.

9.3.46. Escrito signado por el Dr. ***** , recibido en fecha 03 de marzo, mediante el cual manifiesta que objeta en cuanto a su alcance legal y valor probatorio el dictamen médico emitido por los Peritos Médicos Forenses de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de fecha 8 de enero del actual, y realiza diversas manifestaciones sobre su desacuerdo con el mismo y anexa como pruebas de su dicho 2 fojas en copias fotostáticas de los libros GOODMAM & GUKNAB "LAS BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPEUTICA", MILLER ANESTECIA Y NEUROANESTESIOLOGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEUROLÓGICOS respectivamente, en los cuales se señala la dosis recomendada para el suministro de DIAZEPAM 20mg, con el objetivo de acreditar

que la dosis que suministró a la paciente ***** en la fecha en que ocurrieron los hechos a que se contrae el expediente que nos ocupa, era la que le correspondía acorde a su peso.

9.3.47. Escrito de fecha 26 de marzo del 2015, suscrito por la C. *****, mediante el cual solicita el desahogo de la prueba declaración y/o confesional a cargo del Director del Hospital Civil de esta ciudad.

9.3.48. Escrito de fecha 06 de abril del 2015, signado por el Dr. *****, mediante el cual hace diversas manifestaciones en relación con el acuerdo recaído a su solicitud de que sean citadas las enfermeras *****, *****, *****, *****, *****, *****.

9.3.49. Oficio número *****, de fecha 07 de abril del 2015, suscrito por el C. Dr. *****, Director del Hospital Civil de *****, “Dr. *****”, mediante el cual da respuesta a las peticiones plasmadas en el escrito de fecha 25 de marzo del actual, signado por la C. *****, de la siguiente manera:

*“...Del expediente clínico *****: 1).- Sí, las notas médicas del expediente clínico se encuentran en orden cronológico. 2).- Sí, las notas médicas del expediente clínico contienen firma autógrafa de quien las elaboró. 3).- Las notas médicas del expediente clínico contienen la firma autógrafa de quien las elaboró, algunas de ellas además contienen el nombre. El cargo, rango, matrícula y especialidad para la identificación y perfil profesional, no son requisitos señalados por la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, vigente cuando sucedieron los hechos, la cual señala en su numeral 5.9 “... nombre completo, como la firma de quien las elabora”. 4).- Cumple en relación a que el expediente clínico de la paciente *****, se encuentra bajo guarda y custodia del Hospital, así mismo cuenta con los datos generales del establecimiento, así como los datos generales de la paciente en mención, notas médicas, reportes del personal profesional, técnico y auxiliar, lo anterior de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998. DE LOS MÉDICOS TRATANTES. 1.- Mi formación profesional no es de Perito de Cirugía General, ni experto en la materia, por lo tanto no puedo emitir un juicio sobre la atención médica otorgada por parte de los médicos contratados a la Sra. ***** los días 24 y 25 de noviembre de 2012. 2.- Reitero, no soy perito en cirugía general, ni médico especialista en cirugía general, lo cual impide emitir opinión en el actuar de los médicos contratados por la Sra. ***** para su atención. 3.- Con base en expediente clínico CE-11631-2012, a las quince horas del día 25 de noviembre de 2012 el servicio de anestesiología realiza nota de alta*

de sala de recuperación y pase a cuarto de distinción, a las dieciocho horas el servicio de medicina interna realiza nota de la evolución de la paciente. 4.- Insisto, mi formación profesional no es como Cirujano General, lo cual no me hace experto en la materia. DEL HOSPITAL CIVIL DE ***** "DR. *****". 1).- Sí, el Hospital Civil de ***** cuenta con equipamiento e infraestructura para la atención de padecimientos de segundo nivel de atención médica. 2).- Para el respeto al derecho de protección a la salud de la Sra. ***** de la atención médica del día 24 y 25 de noviembre de 2012, el Hospital Civil de ***** contó con instalaciones, equipamiento e insumos que así lo requirieron. 3).- Sí, el personal de enfermería asentó los signos vitales de la paciente en cuestión, durante su estancia en este Hospital, siendo así también a partir de las quince horas del día 25 de noviembre de 2012. 4).- Sí, el servicio de enfermería del Hospital Civil de ***** el día 25 de noviembre de 2012 vigiló adecuada y pertinentemente el derecho de protección a la salud de la C. *****. Hago mención que la atención de los médicos no fue como trabajadores del Hospital, fue servicio personal independiente contratado por la ciudadana antes mencionada. 5).- El personal de enfermería de este Hospital estuvo en estrecha vigilancia de la paciente desde su ingreso hasta su egreso, siendo así también en el lapso de las quince a las diecinueve horas con treinta minutos del día 25 de noviembre de 2012, lo cual no expone ausencia de vigilancia, según lo asentado en el expediente clínico; así también las notas del personal médico contratado para su atención. 6).- Sí, los médicos son trabajadores de este Hospital, sin embargo, reitero nuevamente a Usted que sus servicios fueron contratados como atención privada, por lo que la atención a la paciente ***** los días 24 y 25 de noviembre de 2012, fue otorgada fuera de su jornada laboral. 7).- Sí, son trabajadoras de este Hospital. 8).- El protocolo de ingreso a pacientes a sala de distinción cumple con los requisitos como orden de internamiento emitida por médico tratante, cubrir el costo de ingreso, lo cual cumplió la Sra. *****; emitiéndose el documento llamado boleta de admisión que menciona que es dependencia, privada, sala: distinción, y doctor que ordena su hospitalización; por lo cual, con este hospital, no se firmó contrato o convenio por la atención privada a la paciente en mención. 9).- La Sra. *****; presentó al momento de su ingreso orden de internamiento emitida por médico tratante, documento requisito para el ingreso de pacientes a sala de distinción, cubrió la cuota de ingreso, por lo cual Hospital Civil de Cd. Victoria otorga el consentimiento para la hospitalización de la paciente los días 24 y 25 de noviembre de 2012.

9.3.50. Escrito de fecha 10 de abril del 2015, suscrito por el C. Dr. *****; mediante el cual manifiesta que impugna en cuanto a su contenido, alcance legal y valor probatorio la opinión médica emitida por peritos de la

Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de fecha 8 de enero del 2015.

9.3.51. Escrito de fecha 12 de mayo del 2015, signado por el C. Dr. *****, mediante el cual ofrece como prueba de su intención copia certificada del testimonio rendido por la enfermera ***** ante la Agencia Cuarta del Ministerio Público Investigador, dentro de la indagatoria previa penal *****.

9.3.52. Escrito de fecha 1º. de junio de 2015, mediante el cual el doctor ***** expone que impugna en todo su contenido la contestación otorgada por el Director del Hospital Civil de esta ciudad, al oficio *****, fechado el 31 de marzo de 2015.

9.3.53. Escrito fechado el 25 de agosto de 2015, signado por el doctor *****, mediante el cual hace diversas manifestaciones en relación con los hechos que nos ocupan.

De lo anteriormente expuesto se deducen las siguientes:

C O N C L U S I O N E S

Primera. (Causas de Improcedencia).

De las actuaciones que obran agregadas al presente expediente se deduce que la quejosa denunció que a su madre, la señora *****, tuvo una ligera protuberancia en el cuello, por lo que acudió ante la clínica del ISSSTE de esta ciudad, y en el área de medicina interna, le detectan un Nódulo en el cuello; que posteriormente con la asesoría médica e intervención del Dr. *****, que era el médico de la familia, dado que en forma regular atendía y conocía su salud, siendo además internista del Hospital Civil “Dr. *****” de *****, decide intervenir quirúrgicamente del nódulo que presentaba en el cuello, operación que le había indicado no era de peligro, lo que después le confirmó el Doctor *****, agendándose por parte del referido doctor *****, el día 23 de noviembre de 2012, sin estudios preoperatorios acordes al padecimiento, la hospitalización de

su madre en el Hospital Civil de *****, bajo el diagnóstico: Nódulo Tiroideo, programando su cirugía para el día 25 del mismo mes y año, informándoles que la misma no era de peligro, lo cual fue confirmado por el Dr. *****, médico cirujano. Así también adujo que el 25 de noviembre de 2012, se llevó a cabo la cirugía señalada, pese a que de las valoraciones médicas efectuadas a su señora madre por parte del Cirujano Dr. ***** y el Anestesiólogo Dr. *****, se establecía riesgo quirúrgico; de igual forma manifestó que posterior a la cirugía de referencia se presentaron complicaciones en la salud de su madre, y que ninguno de los médicos a que se ha hecho referencia se encontraba presente en el Hospital Civil de *****, para darle la atención idónea y que, el único médico que se encontraba en el Hospital a las 19:30 horas, el Dr. *****, no reaccionó adecuadamente, ocurriendo en esa fecha el deceso de la agraviada.

De las constancias allegadas a los autos se comprobó que los médicos *****, *****, ***** y *****, a quienes se les imputaron los hechos antes señalados actuaron con el carácter de médicos particulares, pues según se asienta en los informes rendidos ante esta Comisión por los profesionistas Dr. *****, Dr. ***** y Dr. *****, la atención brindada a la aquí agraviada en la época que se señala, en el Hospital Civil de *****, no fue dentro de su horario de trabajo ya que fueron contratados de manera particular para ello. Dicha circunstancia se corroboró por el Director del Hospital Civil de *****, quien al rendir el informe que le fuera solicitado en relación con los presentes hechos manifestó que la operación que se le practicó a la C. *****; fue realizada en forma particular “atención privada”, fuera del horario de trabajo de los médicos que la realizaron, lo que se advierte del expediente clínico donde el mismo doctor responsable de la intervención ordena su internamiento de forma privada o particular.

Por otra parte, en cuanto al Dr. *****, quien adujo la quejosa, se encontraba presente en el Hospital Civil y fue quien la atendió cuando se encontraba muy mal de salud, no reaccionó adecuadamente; de la valoración de los autos se desprende que su intervención se llevó a cabo fuera de su horario laboral.

En ese tenor, advertimos que la actuación con la cual se inconforma la quejosa por parte de los médicos antes referidos, derivó de la prestación de un servicio particular, y no en función de servidores públicos adscritos al Hospital Civil de *****, por lo que en esa tesitura, atento a lo señalado por el artículo 3 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado que dispone que este Organismo conocerá de quejas y denuncias sobre violaciones a los derechos humanos por actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de autoridades y servidores públicos que actúen en el ámbito del Estado.

Adicionalmente el Reglamento Interno que rige nuestros procedimientos señala que:

“...ARTÍCULO 13. La Comisión no tendrá competencia para formular recomendaciones en los casos relacionados con:

VI. Conflictos entre particulares.

Con base en lo anterior este Organismo se encuentra impedido para formular recomendaciones contra actos derivados de particulares, pues las mismas son procedentes ante las conductas violatorias de derechos humanos cometidas por autoridades o servidores públicos estatales y municipales, siendo facultad de la Comisión solicitar al superior jerárquico del o los servidores públicos responsables la aplicación de las sanciones que en materia administrativa correspondan acorde a la violación a derechos humanos en que hayan incurrido, así como dictar las medidas procedentes para la efectiva restitución a los afectados, en términos de la Ley de Víctimas del Estado, lo que en el presente caso escapa a nuestra esfera jurídica en razón de que no es dable solicitar que éstos sean sancionados administrativamente por sus superiores cuando ha quedado demostrado que su actuación no derivó de su función como servidores públicos.

En consecuencia, de conformidad con lo enunciado en la fracción IV del artículo 47 de la Ley de la materia, que establece: “...*Los acuerdos de sobreseimiento son las resoluciones mediante las cuales se suspende o termina el procedimiento y se ordena el archivo del expediente de queja por: [...] IV. Cualquier otra causa que haga desaparecer sustancialmente la materia de la queja...*”, se sobresee el expediente de mérito por cuanto hace a las imputaciones efectuadas a los médicos antes señalados, toda vez que, al actualizarse una causal de Improcedencia, desaparece sustancialmente la materia de nuestro procedimiento, en virtud de rebasar los ámbitos competenciales que la legislación confiere a esta Comisión.

Es menester señalar que en el caso de los particulares, es facultad del Ministerio Público investigar los hechos que se les imputan a fin de que en el momento oportuno se determine el ejercicio o no de la acción penal en su contra, y de resultar procedente en el momento procesal oportuno éstos sean sancionados penalmente al demostrarse que incurrieron en ilícitos del orden penal, y a este respecto es de citar que ante la Agencia Cuarta del Ministerio Público Investigador de esta ciudad, se encuentra en trámite la averiguación previa penal *****, instruida en contra *****, ***** y *****, por los delitos de Responsabilidad Médica, Técnica y Administrativa, Homicidio y el que resulte, promovida por la C. *****, por lo que será en dicho procedimiento donde se determine sobre la presunta responsabilidad de los profesionistas señalados en los hechos que nos ocupan.

De igual manera, se deduce de autos que ante el Juzgado Tercero de Primera Instancia de lo Familiar del Primer Distrito Judicial del Estado se ventila Juicio sobre Responsabilidad Civil en contra de los antes señalados, bajo el número *****, procedimiento cuyo objetivo es determinar la responsabilidad que les resulte en los hechos que nos ocupan.

Segunda. Por otra parte, este Organismo es competente para conocer la queja planteada por la C. *****, en relación con los actos imputados a personal del Hospital Civil de esta ciudad, de conformidad con lo dispuesto por los

artículos 102 apartado “B” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 3, 8 fracciones I, II, III y IV de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas.

Tercera. En el caso de estudio se reclamó violación al derecho humano a la protección de la salud en agravio de quien en vida llevara el nombre de *****.

En primer término se procederá al análisis del derecho humano que se reclama.

El Derecho a la Protección de la Salud. Fundamentación.

El espíritu del artículo cuarto constitucional en su párrafo cuarto es la protección de la salud, premisa que implica la obligación de todo profesional médico de atender la salud de las personas con calidad, atención que es tanto el deber del facultativo como a la vez es un derecho; así, otorgar atención clínica a la persona exige ceñirse a los criterios de oportunidad, que sea conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes para satisfacer las necesidades de salud y cubrir las legítimas expectativas que se esperan del médico.

Este derecho humano, también se establece en diversos instrumentos universales y legislaciones de aplicación en nuestro País.

Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida y a la seguridad de supersona.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida... y a la seguridad de supersona.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho está protegido por la ley...

Artículo 9.1. Todo individuo tiene derecho a... la seguridad personal.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

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

Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 4. Derecho a la vida

- 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por ley...*

Artículo 5. Derecho a la integridad personal

- 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física...*

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 10. Derecho a la salud

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

Ley General de Salud

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

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana;

...

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

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias...

Artículo 38.- Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

Artículo 39.- Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Artículo 40.- Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

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

Artículo 55.- Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica

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

El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida que principalmente implica y conlleva a una serie de obligaciones positivas de hacer por parte de los poderes públicos.

Por ello, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica a las personas que han sido afectadas en su salud; tal derecho genera también la obligación de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución; es decir, la

salud. Tal protección supone la obligación de abstenerse de dañar la salud, así como de evitar que particulares, grupos o empresas la dañen.

El derecho a la salud obliga también a los particulares; así por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados, la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona, proporcionándole los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública.

Dicho derecho humano entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.

De lo anterior se desprende que para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que se haga de los mismos: esto es, para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud, se deben emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan las condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas, tal como dispone el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de Salud.

En armonía con las reformas constitucionales de derechos humanos del 10 de junio de 2011, en particular, con lo visto en el párrafo tercero del artículo

1 constitucional, es imperativo que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte; así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Así mismo, el segundo párrafo del artículo primero reconoce el principio pro persona, el cual implica, en caso de la existencia de varias posibilidades de solución a un mismo problema, optar por la norma que protege a la persona en términos más amplios, cuando involucre la defensa de derechos humanos.

Bajo tales consideraciones y acorde a lo estipulado en el artículo 1º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esta Comisión de Derechos Humanos tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Tercera. Del estudio realizado al expediente que nos ocupa, advertimos que la quejosa se inconformó con el Hospital Civil de *****, al referir que su madre (*****) fue sometida a una intervención quirúrgica por parte de médicos particulares, empero que tal procedimiento médico se llevó a cabo ante el Hospital Civil de *****, y que posterior a que la agraviada, salió del área de recuperación, fue remitida a sala de distinción del citado nosocomio, en donde estuvo a cargo su vigilancia y atención por parte de personal de enfermería del Hospital, y que, en razón de que se agravó su estado de salud, los médicos responsables de su intervención no le brindaron la atención médica post operatoria correspondiente, sin que por parte de la referida institución médica se hayan tomado medidas a fin de atender la urgencia de salud de dicha paciente, la cual lamentablemente falleció.

De igual forma, denunció que en el citado Hospital no cuentan con área, equipamiento de hospital y consultorios de atención médica especializada, al

carecer de la instalación adecuada para realizar una intubación orotraqueal, ni el material básico para una intubación de esa índole.

Cuarta. Del estudio realizado al material probatorio que corre agregado a los autos que conforman el expediente que nos ocupa se deduce lo siguiente:

1. Que la madre de la quejosa acudió a una institución pública de salud (ISSSTE) en donde le fue realizado un ultrasonido de la glándula tiroides, con fecha 22 de noviembre de 2012, y al día siguiente, consultó de manera particular con el Dr. ***** tal situación de salud, y dicho profesional le extendió receta médica, en la que ordenó su hospitalización a distinción, cuarto separado número 3, y se señala como Diagnóstico: nódulo tiroideo, se opera 25 Nov a las 10:00 horas A.M., indicaciones dieta blanda, BH, QS, grupo TP TPT Rx Tórax, electrocardiograma, lugol 10 gotas c/6 horas en 1 vaso de agua, sello venoso.
2. Valoración por parte del área de medicina interna de fecha 24 de noviembre de 2012, en donde se asienta entre otras cosas el resultado de los estudios clínicos realizados, así como se señala: “Se opera ASA II-III”.
3. Nota médica preanestésica fechada el 25 de noviembre de 2012, a las 10:00 horas, en donde es valorada por el Dr. *****.
4. Nota operatoria de fecha 25 de noviembre de 2012, donde se señala: Operación efectuada hemitiroidectomía. Dx. Postoperatorio Adenoma folicular con degeneración quística, reportándose la cirugía sin complicaciones transquirúrgicas.
5. Según nota médica efectuada por el anestesiólogo, la cual data del 25 de noviembre de 2012, 14:30 horas, la paciente salió de la sala de cirugía a recuperación ya consciente y con signos vitales estables, y a las 15:00 horas se señala según el expediente clínico alusivo a la paciente ***** que ésta pasó de la sala de recuperación a su habitación consciente, con signos vitales en cifras normales y sin datos de sangrado en ese momento.

6. De igual forma, consta en el expediente clínico que se alude, que la paciente permaneció en el cuarto de recuperación, y a partir de las 16:00 horas refirió cefalea intensa; a las 17:00 horas, presentó edema de cuello; a las 19:00 horas la enfermera ***** reportó a la paciente con estridor laríngeo, lo que se hizo del conocimiento vía telefónica a uno de los médicos contratados por la paciente, lo que originó que ésta fuera atendida por el doctor ***** quien le realizó un procedimiento de intubación orotraqueal, y ante su delicado estado de salud fue pasada nuevamente a quirófano para ser reintervenida por parte de los médicos responsables, reportándose el fallecimiento de la paciente a las 21:35 horas.

En relación con lo anterior, se encuentra acreditado que la atención de la agraviada posterior a su ingreso a la sala de distinción del Hospital Civil de *****, estuvo a cargo de personal de enfermería que labora en dicho nosocomio, por lo que es de señalarse que del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente que nos ocupa, se acredita la violación del derecho a la protección de la salud en perjuicio de la agraviada; ello tomando en consideración que una vez que permaneció en el cuarto de distinción que se alude, a partir de las 16:00 horas refirió cefalea intensa; a las 17:00 horas, presentó edema de cuello; a las 19:00 horas se reportó a la paciente con estridor laríngeo; alteraciones de salud que fueron reportadas vía telefónica al médico de la paciente por conducto de sus familiares, sin que los médicos responsables se presentaran para su debida atención, ocurriendo una situación de urgencia médica, la cual tampoco fue atendida por personal del centro hospitalario.

Al efecto consta el testimonio de la enfermera *****, quien en diligencia de interrogatorio desahogada ante esta Comisión el 21 de agosto de 2014, señaló que los familiares de la paciente ***** se comunicaron en diversas ocasiones con el doctor ***** ante las complicaciones en la salud de dicha persona, y que el referido médico le dio indicaciones por la misma vía a fin de que suministrara algunos medicamentos; también agregó que con posterioridad a las 15:00 horas del día 25 de noviembre de 2012 los doctores que participaron en la

cirugía de la señora *****; no acudieron a visitar a la paciente, y que la misma a las 19:30 horas presentaba una insuficiencia respiratoria, por lo que fue atendida por el doctor *****; también en una atención particular, quien le realizó un procedimiento de intubación en el cuarto donde se encontraba la paciente, logrando estabilizarla en su función respiratoria; y que aproximadamente a las 19:45 horas se pasó a quirófano para ser intervenida quirúrgicamente de nueva cuenta.

Con base en lo expuesto se deduce que la agraviada quien lamentablemente perdiera la vida, careció de atención médica por parte de personal profesional especializado posterior a las 15:00 horas, del día 25 de noviembre de 2012, lo que se traduce en una grave violación al derecho a la protección de la salud establecido por el orden jurídico mexicano, en virtud de que, como ha quedado asentado líneas arriba la atención médica la constituye *el conjunto de servicios que deben proporcionarse a los usuarios de forma conjunta, cuyo objetivo es proteger, promover o restaurar la salud de las personas.*

En el caso en particular estimamos que se incurrió en violación a los derechos humanos en razón de que si bien la agraviada estaba siendo atendida por médicos particulares, no hay que perder de vista que dicha atención se llevó a cabo en el nosocomio antes señalado, incluso, según se deduce de autos, el personal de enfermería que estuvo atendiendo a tal paciente, pertenece al referido centro hospitalario; en tal virtud, es de desestimar el argumento del Director del Hospital, en el sentido de que la queja presentada por la C. ***** es ajena a la institución que representa, señalando que la atención brindada a la señora ***** estuvo a cargo de médicos particulares, pues como ya se dijo ante la ausencia de los responsables de brindar la atención correspondiente a la agraviada, por parte del personal del Hospital tampoco se le dio ninguna atención, siendo menester referir que dicho servidor público no justificó a este Organismo la forma legal en que se llevan a cabo este tipo de servicios médicos privados dentro de la institución pública, es decir, algún convenio en el que conste la responsabilidad adquirida por ambas partes para el desarrollo de la actividad

médica para la cual les fueron facilitadas las instalaciones de dicho hospital, así como el personal de enfermería y demás que haya apoyado en la atención médica de referencia, pues según se asienta en autos las enfermeras que intervinieron prestaron sus servicios como empleados de Servicios de Salud de Tamaulipas, sin que hayan recibido pago o emolumento por la prestación de un servicio a un particular, sino que, sus funciones fueron remuneradas como empleadas públicas.

Es de precisar que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, prevé que los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos. Así mismo, dicho Reglamento dispone lo siguiente:

*“...**ARTICULO 72.-** Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.*

***ARTICULO 73.-** El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido....”.*

En el caso en particular se advierte irregular que por parte del Hospital Civil de esta ciudad, no se hayan tomado medidas a fin de atender la urgencia en la salud que presentó la agraviada de esta vía, la cual se encontraba internada en tal centro hospitalario, desprendiéndose de los autos que la enfermera *****, quien tenía a su cargo a la paciente, recibió solamente instrucciones para su atención vía telefónica por parte de uno de los médicos tratantes, derivado de las llamadas que los propios familiares de la paciente realizaron a dicho profesionista, arguyendo la citada enfermera que por su conducto no habló directamente a los médicos responsables en razón de que el hospital no contaba con el servicio de llamadas a teléfonos celulares; sin que de igual forma, consten las causas por las cuales la enfermera antes señalada o el

personal a quien le correspondía, no hayan informado a la Dirección del Hospital, al servicio de urgencias o al departamento respectivo de dicha institución médica, sobre el estado de salud de tal paciente, ya que se encontraba sin asistencia de un médico, a fin de que, con independencia de la responsabilidad que en su momento les pudiera resultar a los doctores responsables de atenderla, por no haber estado pendiente de su recuperación post quirúrgica, de manera inmediata se le brindara a la señora ***** el auxilio médico que demandaba su salud.

Lo anterior confirma que al personal del Hospital Civil de esta ciudad le asiste responsabilidad en los hechos que nos ocupan, en virtud de no haber adoptado las acciones conducentes para garantizar el derecho a la protección de la salud que constitucionalmente le asiste a toda persona, lo que trajo como consecuencia que, en el caso particular, no se le brindara la vigilancia estrecha que requería a pesar de que presentó una insuficiencia respiratoria, por lo que era necesario una atención inmediata, lo que se traduce en desatención de la paciente.

Contraviniéndose con ello lo dispuesto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que dispone: *ARTICULO 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares*, relacionado con la fracción III del artículo 27 de la Ley General de Salud que precisa que la atención médica integral incluye la atención de urgencias, el cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida Ley, en concordancia con el diverso 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que describe a la urgencia como: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*.

De igual forma, el numeral 24 de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, establece que corresponde a la Secretaría de Salud, vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales a que deben sujetarse.

Así también el artículo 38 de dicha legislación dispone que, son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a ordenamientos legales, civiles y mercantiles; y en el diverso 48 establece que es atribución de la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos. (**Artículo 48**).

A nivel local, la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, expresa que son materia de salubridad la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

ARTÍCULO 3°.- En los términos de esta ley y disposiciones legales aplicables, son materia de salubridad las siguientes:

I.- De Salubridad General:

A).- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de los establecimientos de salud, destinados a la población en general;

B).- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

C).- La atención de la madre, del infante aún desde el momento de su concepción;

D).- La prestación de servicios de planificación familiar;

E).- La salud mental;

F).- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

En ese tenor estimamos contrario a las normas de derechos humanos que en la institución médica de referencia no haya control y vigilancia de las actividades que en materia de atención médica se brindan en sus instalaciones mediante un servicio privado; pues aún y cuando se hayan contratado de manera particular a los médicos, en aras de garantizar el derecho a la protección de la

salud, dicho Hospital atendiendo a las consideraciones legales anteriormente descritas, debe tomar las medidas procedentes a fin de verificar que los profesionistas a los cuales se les autorice el uso de sus instalaciones como lo son quirófano y demás áreas, como en el presente caso, brinden una atención médica adecuada, así como implementar las acciones conducentes con el objeto de atender cualquier urgencia que pudiera resultar; por lo que es irregular para esta Comisión que en tal institución de salud no hayan adoptado medidas en relación con los hecho de estudio; de ahí que resulte necesario se implementen los mecanismos idóneos a fin de verificar que las atenciones médicas “privadas”, se presten de manera eficiente y oportuna, acorde a las leyes en la materia; pues como quedó de manifiesto, en este caso no se efectuó una vigilancia a fin de constatar que se atendiera debidamente a la paciente, ni se llevó un control sobre la evolución en su salud, observándose así mismo en lo que respecta a los hechos que se analizan, la falta de capacitación al personal de enfermería que tiene a su cargo la atención de las pacientes de servicio privado, a fin de que procedan de manera inmediata informar al médico responsable respecto a cualquier deterioro en la salud de los pacientes, o bien a quien corresponda, a fin de evitar que casos como el que aquí nos ocupa vuelvan a suceder, por lo que es de pronunciarnos en este sentido con el objeto de que se corrijan este tipo de omisiones y que, casos como el que nos ocupa vuelvan a suceder.

Al respecto resulta aplicable la tesis jurisprudencial que a continuación se transcribe:

Época: Novena Época

Registro: 169316

Instancia: Primera Sala

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomo XXVIII, Julio de 2008

Materia(s): Constitucional, Administrativa

Tesis: 1a. LXV/2008

Página: 457

DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.

Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y 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", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama

de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Amparo en revisión 173/2008. Yaritza Lissete Reséndiz Estrada. 30 de abril de 2008. Cinco votos. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Dolores Rueda Aguilar.

En ese contexto consideramos que es facultad del O.P.D. Servicios de Salud del Estado vigilar el ejercicio de los profesionales de la salud a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Quinta. Por otra parte, la quejosa expuso su inconformidad en contra del Hospital Civil de ***** al referir que carecen del equipo e instrumentos necesarios para la debida atención médica, señalando que en los cuartos de distinción no cuentan con el material necesario para llevar a cabo una intubación; al efecto, cabe señalar que el Doctor ***** señaló que es cierto que antes de intubar a la paciente solicitó al camillero le consiguiera el material básico de intubación ya que planeaba trasladar a la paciente a quirófano donde se contaba con el instrumental y material médico necesario para una intubación adecuada en paciente con vía aérea difícil, concluyendo que de acuerdo con la NOM de la materia, no se cuenta con área, equipo médico ni apoyo de diversos médicos para la atención y práctica de extubación y/o intubación; así mismo, obra constancia elaborada por personal de este Organismo en la que se asienta que se realizó inspección en la sala de distinción del Hospital Civil de *****, con el objeto de indagar los insumos con que se cuenta para la atención médica de los pacientes, de la que se advierte que en relación con lo vertido por la quejosa, se cuenta con el material necesario para la debida intubación y extubación de pacientes, mismo que se encuentra en el “carro rojo” correspondiente al área de distinción el cual se localiza en el área de enfermería a disposición del médico que lo solicite con urgencia.

Es de referir que la anterior probanza es ineficaz para determinar si en la fecha en que ocurrieron los hechos que nos ocupan, se contaba o no con el material necesario para llevar a cabo la intubación de la señora *****,

precisamente porque dicha inspección se llevó a cabo con posterioridad a tales eventos.

Por otra parte, consta que el Director del Hospital que se alude al rendir su informe respecto a los hechos, señaló que sí cuenta con el equipo médico capacitado, así como los insumos necesarios para la intubación y extubación de pacientes, no requiriéndose un área especial para realizar dicho procedimiento; así también, el médico cirujano implicado en los hechos que nos ocupan, expuso que si existe equipo médico “carro rojo” en el área de hospitalización, y que ello se acredita con la intubación que se realizó a la paciente, en el propio cuarto de hospitalización, por el Dr. *****, médico intensivista.

Atento a la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, (artículo 2) el derecho a la protección de la salud comprende, entre otras cosas, el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndose como calidad la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.

Por lo anterior, deben adoptarse medidas de vigilancia a fin de determinar si en los establecimientos de salud pública se cuenta con todo lo necesario a fin de cumplir con su obligación legal de proporcionar atención médica a los usuarios, y en caso negativo, se provea lo conducente para proveer los insumos necesarios a fin de que las instituciones médicas brinden una atención integral a los pacientes.

Sexta. Otra de las irregularidades que señaló la quejosa es que existen deficiencias en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica brindada a su señora madre en fechas 24 y 25 de noviembre de 2012, mismo que obra en los archivos del Hospital Civil de *****.

Sobre el particular cabe decir que de acuerdo a la opinión médica emitida por personal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así

como la diversa ofrecida por la quejosa a cargo del doctor *****, el personal médico que intervino en la atención de la paciente antes referida, incurrió en múltiples omisiones a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente clínico, en virtud de que se incumplió con la obligación de asentar todos los datos que establece dicha norma, como lo son notas de evolución, fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora, que dichas notas deben asentarse en un lenguaje técnico médico, sin abreviaturas y con letra legible, entre otros.

Así mismo, del análisis integral del expediente clínico que se integró a la paciente *****, y que fuera aportado en copia fotostática certificada por el Hospital Civil de *****, se observaron las notas médicas realizadas por parte de los doctores que brindaron atención a la antes referida, percatándonos que las mismas tienen contenido no muy legible, además que en dichas notas médicas solamente se aprecia firma, desconociendo el nombre completo de quien la elaboró y firmó, así mismo no se observa que dicho expediente esté ordenado cronológicamente, por lo que se infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10, 5.11, 7.1.1, 8.9, 8.9.1., 8.9.2., 8.9.3., 8.9.4. y 8.9.5. de la NOM-004-SSA3-2012.

Es de señalar que la debida integración del expediente clínico, en términos de lo que dispone la citada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, es de observancia obligatoria para prestadores de servicios médicos, en su conformación y conservación, en virtud de contener los antecedentes y tratamientos médicos diagnosticados y desarrollados a los pacientes, por lo que las instituciones de salud son solidariamente responsables, debiendo observar su adecuado cumplimiento, pues las irregularidades en la integración de dichos expedientes, constituyen un obstáculo para conocer de forma detallada el historial clínico de los pacientes e identificar las responsabilidades correspondientes de los médicos tratantes, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares para conocer la verdad histórica relativa a la atención médica que se les proporcionó.

En virtud de lo anteriormente expuesto y con fundamento además en lo dispuesto por la Ley General de Salud del Estado de Tamaulipas, que establece que:

“.... **ARTÍCULO 10.-** Corresponde al Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría:

II.- En materia de Salubridad Local:

C).- Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y las demás disposiciones legales.

ARTÍCULO 24.- Corresponde a la Secretaría vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas a las que deberán sujetarse.

Con base en las consideraciones antes expuestas se deduce que se vulneró a la agraviada de esta vía los derechos a la protección de la salud contenido en los artículos 1 y 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 6, 8, 43, 71 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el contenido de la NOM 168 SSA 1-1998, relativa al expediente clínico.

Sobre el particular, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, XI y XVI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención

Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

De igual manera, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

Época: Novena Época

Registro: 169316

Instancia: Primera Sala

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomo XXVIII, Julio de 2008

Materia(s): Constitucional, Administrativa

Tesis: 1a. LXV/2008

Página: 457

DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.

Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y 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", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Amparo en revisión 173/2008. Yaritza Lissete Reséndiz Estrada. 30 de abril de 2008. Cinco votos. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Dolores Rueda Aguilar.

En virtud de lo anteriormente expuesto y con fundamento además en lo dispuesto por la Ley General de Salud del Estado de Tamaulipas, que establece que:

“.... **ARTÍCULO 10.-** Corresponde al Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría:

II.- En materia de Salubridad Local:

C).- Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y las demás disposiciones legales.

ARTÍCULO 24.- Corresponde a la Secretaría vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas a las que deberán sujetarse.

Con base en las consideraciones antes expuestas se deduce que se vulneró a la agraviada de esta vía los derechos a la protección de la salud contenido en los artículos 1 y 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 6, 8, 43, 71 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el contenido de la NOM 168 SSA 1-1998, relativa al expediente clínico.

En ese tenor como medida de no repetición de tales violaciones, es procedente solicitar al O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas, se giren instrucciones a los prestadores de servicios de salud, a fin de que, procedan a la debida integración del expediente clínico, en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana Del Expediente Clínico vigente, con el objeto de garantizar a todos los usuarios que los antecedentes y tratamientos médicos diagnosticados y desarrollados mediante la atención médica correspondiente consten debidamente en sus expedientes.

En virtud de ello, y atendiendo al contenido de los artículos 1, párrafo tercero y 113, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas con la protección más amplia; 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del estado, y aplicando el principio pro persona, en la recomendación deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, además de que el o los servidores públicos responsables de la violación a derechos humanos sean sancionados, de conformidad con lo establecido en los artículos 26, 27, 60 fracción II, 62 fracción I, 73 fracción II, 74 y demás relativos de la Ley General de Víctimas.

Así también, a nivel local, la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Tamaulipas, en el capítulo relativo a la Reparación Integral del Daño, establece que se deben comprender los siguientes aspectos:

II. La rehabilitación que facilite a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de Derechos Humanos;

III. La indemnización o compensación que se otorgue a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de Derechos Humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de Derechos Humanos;

IV. La satisfacción que reconozca y restablezca la dignidad de las víctimas; y

V. Las medidas de no repetición que persigan la no reiteración del hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima.

En consecuencia, este Organismo de Derechos Humanos, estima procedente formular RECOMENDACIÓN al O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas, a fin de que atendiendo a los hechos descritos en la presente resolución, adopte las siguientes acciones:

RECOMENDACION

PRIMERA. Se inicie el procedimiento de investigación correspondiente a fin de identificar a los servidores públicos que les resulte responsabilidad en los hechos que nos ocupan, de acuerdo a lo señalado en el apartado cuarto del capítulo de conclusiones que antecede, a fin de que les sean aplicadas las sanciones y medidas correctivas procedentes.

SEGUNDA. De igual forma, se vigilen las atenciones médicas que en forma privada se brindan en los hospitales públicos a fin de evitar que se cometan omisiones por parte de los prestadores del servicio, pero sobre todo con el objetivo de poder hacer frente a cualquier urgencia médica que se pueda presentar y evitar hechos tan lamentables como el que aquí se analizó.

TERCERA. Así mismo, se instruya al personal que labora en el Hospital Civil de *****, fin de que ajusten su actuación a las normas relativas al respeto de los derechos humanos, así como para que observen en sus términos el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para la atención médica, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a los hechos que nos ocupan.

CUARTA. Realizar acciones de verificación en los establecimientos de salud con el objeto de que los mismos cuenten con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas a fin de satisfacer el derecho de atención médica a la ciudadanía.

QUINTA. Se instruya al personal que labora en el Hospital Civil de

***** , a fin de que adopten las 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 dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, en especial, al personal médico que participó en la atención médica brindada a la agraviada de esta vía, conforme a los hechos vertidos en esta resolución.

SEXTA. Se convenga con los familiares de la agraviada ***** , a fin de proceder a la indemnización que, en su caso, les corresponda, en términos de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado.

De conformidad con el artículo 49 de la Ley de esta Comisión, es procedente requerir a la autoridad recomendada para que, dentro de un plazo de diez días hábiles, informe si es de aceptarse la recomendación formulada y, en su caso, remita dentro de los quince días siguientes las pruebas relativas a su cumplimiento.

Se ordena dar VISTA a la Dirección General del Instituto de Atención a Víctimas del Delito de la presente resolución, para que de acuerdo a su competencia se proceda conforme a lo establecido en la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Tamaulipas.

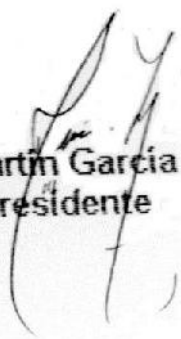
Por otra parte, se emite el siguiente:

ACUERDO

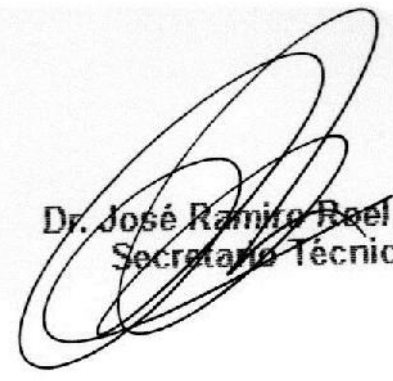
ÚNICO. Se decreta ACUERDO DE SOBRESEIMIENTO de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 fracción IV de la Ley que rige a esta Comisión, atento a las consideraciones vertidas en el apartado primero concluyente de esta resolución.

Así lo formuló el C. Doctor José Ramiro Roel Paulín, Secretario Técnico de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, y

aprueba y emite el C. Doctor José Martín García Martínez, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, en los términos de los artículos 22 fracción VII y 24 fracción VI inciso c) de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, así como 23 fracción VII y 69 fracción V de su Reglamento Interno.

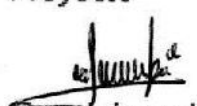


Dr. José Martín García Martínez
Presidente



Dr. José Ramiro Boel Paulín
Secretario Técnico

Proyectó



Lic. María Guadalupe Uriegas Ortiz
Visitadora Adjunta

L'MGUO/mlbm.
Queja núm. 198/2013.