

León, Guanajuato, a los 07 siete días del mes de julio de 2016 dos mil dieciséis.

Visto para resolver el expediente número **125/15C**, iniciado con motivo de la queja presentada por **XXXXX**, quien señala actos presuntamente violatorios de Derechos Humanos, cometidos en agravio de su menor hija **M1**, mismos que imputan a personal médico adscrito al Hospital Comunitario de la ciudad de Cortazar, Guanajuato.

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

La prestación obligatoria del servicio de salud corre a cargo del Estado.

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

“La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

“Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley”.

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas (...) esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”.

Observación General Número 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Adoptada por el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Ginebra. 22º Periodo de Sesiones 25 abril a 12 de mayo del 2000).

Mala Práctica Médica: Entendida como la *“actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica capaz de provocar daño al paciente”.* (Hernández, 1999, p. 58). *El reconocimiento del derecho a la vida, tanto por la doctrina nacional como extranjera está concebida como esencial, vital y fundamental y en ese sentido, Alegre y Mago (2007, p. 14) expresan que la vida es “el mayor bien que goza el ser humano. Es un derecho que no puede verse afectado, en ningún caso, por razones ajenas a su propia voluntad”; por su parte Torres (s/f, p. 2), sostiene “La vida tiene un valor previo y superior a todo el sistema constitucional de derechos. Es realmente el presupuesto o soporte físico, ontológico, de todos los derechos”.* Asimismo afirma: *“la vida consiste en vivir [...] el contenido esencial del bien vida es que siga habiéndola, y el derecho a la vida se cifra en poder seguir viviendo sin que nadie lo impida”.*

La práctica médica errónea, negligente o descuidada causa, en algunos casos un gravamen irreparable. En ese sentido, se pretende analizar el tratamiento que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dado a estos casos así como conocer su criterio en la solución de los mismos.

Uno de los aspectos a destacar es la protección del derecho a la vida y la salud de las personas, recogido en pactos y convenios internacionales en los que se observa la protección en situaciones muy específicas, como es el caso de la protección ante la pena de muerte, tortura o prisión, tratos inhumanos y degradantes, lo que limita y condiciona la protección a otras incidencias que puedan presentarse dentro de estos mismos derechos, como son los de mala práctica médica.

No obstante, se considera que los referidos casos no son los únicos que atentan contra la vida y la salud de las personas, por lo que la protección jurídica debe ser ampliada. En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dentro de este contexto, respecto al derecho a la vida, ha establecido en esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.

Posteriormente en otra jurisprudencia, la referida Corte agregó que el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana. Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida y a la integridad de las personas.

Siendo jurídicamente el Estado, el ente llamado a poner en ejecución el sistema de protección de los derechos humanos, establecidos en la Convención, su incumplimiento produce responsabilidad. De manera que el Estado debe adecuar su ordenamiento jurídico interno a los requerimientos de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, considerando que los mismos son atributos inherentes a la dignidad humana y, en consecuencia, superiores al poder del Estado.

Hipótesis violatoria de derechos humanos que determina la práctica médica errónea, negligente o descuidada que causa graves e irreparables daños a los pacientes-víctimas.

A) Las reflexiones anteriores son pertinentes en relación con la dolencia de **XXXXX, quien atribuyó a los médicos adscritos al Hospital Comunitario de Cortazar,** haber ocasionado la Distocia de Hombros (DH) de su hija recién nacida **M1,** ello al momento del parto, pues recordemos mencionó:

“...El día 2 dos de agosto del año 2014, dos mil catorce, siendo aproximadamente las 12:00 horas acudí al Hospital Comunitario de la ciudad de Cortazar, Guanajuato, ya que yo presentaba un embarazo de nueve meses, además de que había roto fuente; en dicho lugar fui atendida por los doctores Tomás Guzmán, quien es Ginecólogo así como la Doctora María del Rocío Arellano Villagómez, los cuales me practicaron un parto normal dando a luz a mi menor hija de nombre M1, quien actualmente cuenta con la edad de diez meses, pero una vez que esto ocurrió el Doctor Tomás Guzmán me dijo que había tenido que jalarle el brazo a mi niña, y que posiblemente se lo había lastimado, razón por la cual me la canalizaron al área de traumatología y ortopedia del Hospital General de la ciudad de Celaya, Guanajuato...”.

A respecto, la hermana de la quejosa, **XXXXX,** declaró que el médico ginecólogo que atendió a la quejosa le comentó había tenido que jalar al bebé para que lograra nacer y entonces se había ocasionado la lesión, pues indicó:

“...el día 02 dos de agosto del año 2014 dos mil catorce... legó mi hermana XXX a mi domicilio, quien se encontraba embarazada de 9 meses, y precisamente este día la habían citado en el Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, para comenzar su trabajo de parto, por lo cual yo me fui hacia el referido nosocomio junto con ella, llegando al área de urgencias donde ingresaron a mi hermana XXX mientras que yo esperé, aproximadamente 40 cuarenta minutos después sale un médico del sexo masculino, de quien no recuerdo su nombre pero me parece que era el Ginecólogo que atendió a mi hermana, quien me pidió que pasara a uno de los consultorios de urgencias para darme información relacionada con mi hermana, precisando que antes de esto me preguntó si había algún otro familiar, pero como yo era la única fue que a mí me dio la información diciéndome “que como mi hermana estaba muy gordita, había tenido que jalar a la bebé porque si no se podía asfixiar o complicar el embarazo, en esos casos cuando las mujeres eran muy gorditas, se tenía que recurrir a jalarlos porque de lo contrario se podían asfixiar, y que ya tenía que cuidarse para no embarazarse otra vez...”.

Ante la imputación el doctor **Juan Sylvestre Gutiérrez Campos,** director del Hospital Comunitario Cortazar, Guanajuato, informó que fue la doctora **Rocío Arellano Villagómez** quien atendió el parto de la afectada, encontrando que la bebé presentó **Distocia de Hombros (DH),** por lo que solicitó el apoyo del ginecólogo **Tomás Guzmán,** quien realizó maniobra de McRoberts a efecto de lograr el nacimiento, ya que acotó:

“...el Dr. Miguel Flores Meza médico de turno, quien la valora y encuentra que se trata de paciente femenina de 33 años de edad Gesta V para IV, con embarazo de 30 semanas y en trabajo de parto...se decidió su hospitalización e ingreso a la sala de expulsión, pues se tenía dilatación de 8 cm, con 80 % de borramiento, amnios integro...en la sala de labor – expulsión, es recibida por la Doctora Rocío Arellano Villagómez, quien la valora y encuentra una dilatación de 9 cm, con borramiento del 100 %, por lo que se dispone a dar atención del parto previa preparación del mismo, obteniendo expulsión de cabeza casi en forma inmediata con dificultad para completar la extracción del producto por presentar Distocia de Hombros (DH), por lo que solicita la presencia del Dr. Tomás Guzmán, Ginecólogo adscrito en ese turno, quien realiza maniobra de McRoberts...”.

Por su parte, la doctora **María del Rocío Arellano Villagómez,** adscrita al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, señaló haber atendido el parto de la quejosa, a quien- dijo- concedió pronta atención por ser multigesta, por lo que los canales son amplios y la expulsión en la mayoría de éstos casos es rápida, pero al realizar movimiento a la bebé para liberar el hombro, se da cuenta que el producto presenta distocia de hombros, es decir la dificultad para la extracción

completa del producto; por lo que solicitó apoyo del ginecólogo **Tomás Guzmán**, quien continuó con el proceso de parto aplicando maniobra Mc Roberts, y ella en su apoyo, siendo que la recién nacida no contaba con movilidad en su brazo, pues declaró:

“...el Doctor Miguel Flores Meza me informó que la paciente presentaba 8 ocho centímetros de dilatación; sin embargo al realizar el tacto me percaté que ya presentaba 9 nueve centímetros de dilatación, siendo que para atender el parto debe presentar 10 diez centímetros, pero en virtud de que se trataba de una paciente multigesta, es decir que ya había presentado 5 cinco embarazos, requería una atención inmediata atendiendo a que bajo estas condiciones prácticamente se requiere la expulsión en la mayoría de los casos es muy rápida por tener el canal del parto muy amplio...yo inicié la atención, expulsando la paciente la cabeza del bebé, aspiré las secreciones, roto al bebé y realicé movimiento con la intención de liberar el hombro, pero en ese momento me doy cuenta que el producto presenta distocia de hombros, es decir la dificultad para la extracción completa del producto; por lo cual en este momento solicito la presencia inmediata del Ginecólogo en turno, siendo el Doctor Tomás Guzmán, quien se integra inmediatamente al área de expulsión, mencionándole yo “que no podía extraer el producto porque presentaba distocia de hombros”, a lo cual inmediatamente él continuó con la atención del parto, permaneciendo yo en el lugar para auxiliarlo y requiriendo también el apoyo del Doctor Miguel Flores Meza, aplicando la maniobra de Mc Roberts, que consiste en la abducción de ambas piernas, es decir que yo tomé una pierna de la paciente y la abrí hacia un extremo, mientras que el doctor Miguel hizo lo mismo con la otra pierna, esto con la finalidad de ampliar el canal del parto, disminuyendo la lordosis lumbar, disminuyendo la curvatura de la columna lumbo-sacra de la paciente, consiguiendo que el diámetro anteroposterior en relación con la sínfisis del pubis aumentara...al momento de terminar la atención de parto y aún en la sala de expulsión, el Doctor Tomás Guzmán pidió la presencia de un familiar para explicarle, siendo una hermana de la paciente de nombre XXX y a ambas les comunicó la complicación que se presentó en la atención del parto, así como las posibles consecuencias que en este caso sería la parálisis del plexo braquial, que comprende desde el cuello al brazo, es decir originando la inmovilización o disminución de la movilidad del mismo, que en el caso particular me pude percatar que la recién nacida no movilizaba el brazo...”.

En tanto que el doctor **Tomás Martín Guzmán Esquivel**, Subespecialista en Ginecología y Obstetricia adscrito al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, indicó haber asistido al nacimiento de la hija de la quejosa, esto en apoyo de la doctora **María del Rocío Arellano Villagómez**, toda vez que la bebé tenía su cabeza expulsada, teniendo que aplicarse la maniobra Mc Roberts para extraerle viva, percatándose de la poca movilidad de su brazo derecho, pues mencionó:

“...fue un sábado 2 dos de agosto del año 2014 dos mil catorce, sin poder precisar la hora exacta, pero fue después de mediodía, cuando se solicitó mi presencia en el área de expulsión, precisando en este sentido que la fecha que señalo recuerdo se encontraba en el área de atención de urgencias el doctor Miguel Flores, mientras que yo estaba en el área de consulta externa; me traslado de manera inmediata al área de expulsión en donde me encuentro a la Doctora Rocío atendiendo un parto, encontrando producto con la cabeza ya expulsada y por tal motivo al no poder efectuar la doctora maniobras para extraerlo, yo la ayudo realizando maniobras para extracción de producto con parto distócico (difícil), denominadas estas maniobras como “Mc Roberts”, extrayendo producto único, vivo, el cual es reanimado (atención primaria que recibe todo bebé al momento de su nacimiento), percatándome de que la bebé tiene poca movilidad de su brazo derecho, comentándole esto a la paciente, indicándole también que tiene que ser valorada por el servicio de pediatría para descartar algún tipo de lesión; lo mismo le comento a la familiar de la paciente, de nombre XXX, estando ambas íntegras, es decir tanto la paciente y como la hermana, se encontraban en condiciones adecuadas de las tres esferas, que lo son biopsicosocial, con semblante tranquilo, aunque indiferentes al personal durante el parto...”.

En consonancia, la Auxiliar de enfermería adscrita al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, Ma. **Alejandra Granados Saucillo**, señaló haberse encontrado presente en el trabajo de parto, por lo que le constó la atención de la doctora **Rocío Arellano Villagómez** en favor de la quejosa, sin que se lograra la expulsión de la bebé, quedando atorado en el canal del parto, solo con su cabeza fuera, apoyando el ginecólogo **Tomás Guzmán**, quien apoyo a la extracción del producto quien presentó asfixia perinatal recuperada, a quien limpió, suministró vitaminas y ligó el cordón umbilical, al citar:

“...respecto de la menor recién nacida de apellidos XXXXX, quiero mencionar que lo que recuerdo es que la ahora quejosa fue atendida por la Doctora Rocío Arellano Villagómez y una vez que se encontraba en trabajo de parto, recuerdo que la Doctora le pedía a la ahora afectada que “pujara”, pero ella se mostró poco cooperativa, es decir no pujaba y después de esto, fue que se presentó una complicación ya que no se lograba la expulsión del producto sino que éste quedó atorado en el canal del parto, teniendo solamente su cabeza fuera, sin poder precisar cuánto tiempo transcurrió la señora XXXXX en trabajo de parto, lo que sí puedo mencionar es que en cuánto observé la Doctora Arellano Villagómez que no podía extraerse el producto ya que como refiero éste permanecía en el canal del parto, es por lo que de manera inmediata solicité el apoyo del especialista, siendo el Ginecólogo Tomás Guzmán quien acudió a atender la complicación del parto, transcurrieron menos de 5 cinco minutos en que éste logró la extracción del producto; sin embargo no obstante esto, la recién nacida presentó asfixia perinatal recuperada, es decir que esto sucedió por el tiempo que permaneció en el canal del parto. Mencionando que mi intervención en este evento solamente consistió en que una vez que fue extraído el producto yo lo limpié, le suministré las vitaminas y ligar el cordón umbilical del mismo para posteriormente pasar a la recién nacida a cueros a efecto de que continuara recuperándose de la asfixia con apoyo de oxígeno...”.

La situación planteada por la doctora **María del Rocío Arellano Villagómez** y el doctor **Tomás Martín Guzmán Esquivel** fue confirmada por la pediatra **Valeria Mejía Tovar**, quien señaló haber recibido a la recién nacida proveniente de parto complicado por distocia de hombros con lesión de plexo braquial secundario al canal del parto, siendo la niña de peso mayor al normal (4.400 kilos).

Agregó que la maniobra aplicada para el nacimiento evitó la muerte o lesiones severas a la bebé, pues ya se encontraba en canal de parto, por lo que el cordón umbilical se presiona y puede producirse asfixia, ya que declaró:

“...yo recibo a la niña en el servicio de hospitalización a las 48 cuarenta y ocho horas de vida, que lo fue el día 6 seis de agosto del año 2014 dos mil catorce, teniendo el antecedente de parto complicado por distocia de hombros, con lesión del plexo braquial secundaria al canal del parto, siendo la niña de peso mucho mayor al normal, pesando 4.400 cuatro mil cuatrocientos gramos, por lo que se mantiene en observación durante 4 cuatro días, dando manejo a la lesión con reposo y atendiendo prioritariamente a las lesiones que pudieran comprometer su vida, derivado del riesgo de asfixia (falta de oxígeno al nacer) al que estuvo expuesto. Una vez eliminados los riesgos, el bebé es canalizado con el especialista de Traumatología para que valore la severidad del daño, a estos casos siempre compete rehabilitación; también fue enviada a rehabilitación y se le da seguimiento por la consulta externa...puedo deducir que la maniobra aplicada para la extracción del producto era necesaria para salvarle la vida, ya que al encontrarse dentro del canal de parto se presiona el cordón umbilical provocando asfixia y lesiones más severas, como pueden ser parálisis cerebral infantil, hidrocefalia, convulsiones e inclusive la muerte, reiterando en este sentido que la maniobra tuvo la finalidad de preservar la vida del menor y que de acuerdo a las valoraciones que yo he venido realizando no hubo ninguna consecuencia de ésta índole, sino que únicamente la referida lesión misma que desde el momento de su referencia para conmigo, se atendió manteniendo el brazo en reposo como lo marcan las guías de CENETEC (Comisión Nacional de Desempeño de Técnicas de Ciencias)...”.

Considerándose además lo declarado por la doctora **Silvia Trejo Delgado**, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, voluntaria de la Clínica Musculo- Esquelético de las Voluntarias Vicentinas de Cortazar, A.C., quien afirmó haber sido quien valoró a la menor recién nacida **M1**, encontrando que presentaba mínima movilidad de dedos y mano derecha, y nula movilidad del hombro y codo del mismo brazo, diagnosticando una lesión de “plexo braquial”.

Señaló además que no resultaba factible una cesárea, derivado de la diabetes que presentaba la quejosa al momento del parto, ya que asentó:

“...atendí a la menor hija de la señora XXXXX el día 25 veinticinco de agosto del año 2014 dos mil catorce... yo desconozco las condiciones exactas en las que se haya realizado el parto, así como la participación que haya tenido el médico tratante; sin embargo, puedo deducir que de acuerdo a la información proporcionada por la ahora quejosa, que podría no haber resultado factible realizarle cesárea por la diabetes que presentó en ese momento, y por tanto resulta necesaria la realización de cualquier maniobra tendiente a la extracción del bebé en aras de preservar la vida de ella como de la madre, por supuesto que esto se debe de hacer procurando causar el menor daño posible. En este sentido, yo valoré a la menor recién nacida XXXXX, encontrando que presentaba mínima movilidad de dedos y mano derecha, y nula movilidad del hombro y codo del mismo brazo, en tal sentido yo diagnosticué que era una lesión de “plexo braquial”...”.

Anterior a la atención de parto, el doctor **Juan Sylvestre Gutiérrez Campos**, Director de la Unidad Médica en el Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, mencionó haber atendido a la quejosa el 13 de junio del 2014, sin que se advirtiera situación irregular en el embarazo, pues mencionó:

“...en fecha 13 trece de junio del mismo 2014 dos mil catorce, atendí en consulta externa de ginecología a la ahora quejosa XXXXX, esto en atención a una referencia enviada por el CAISES de Cortazar, Guanajuato, precisando que la atención brindada como se asentó en la nota médica correspondiente, fue la siguiente: “Presión Arterial 110/60. Frecuencia cardíaca 78. Frecuencia respiratoria 18. Temperatura 36.5. Enterado de nota de referencia se trata de paciente femenino de 33 años de edad, gesta 5 para 4, fecha de último parto hace 4 años, fecha de la última regla 5 de noviembre de 2013, enviada al servicio al parecer por haber presentado irregularidades en el tamiz gestacional. Actualmente con embarazo de 33 semanas por fecha de última regla. Se refiere asintomática con buena motilidad fetal, no datos de pérdidas transvaginales, ni de vaso espasmo, cabeza y cuello sin datos de patología, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino 31 centímetros, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico, con foco fetal con 145 por minuto, dorso a la izquierda, ultrasonografía diámetro biparietal y longitud femoral, corrobora embarazo de 33 semanas, líquido amniótico en cantidad apreciativamente normal, placenta fundica posterior grado 1-2, tacto diferido, miembros inferiores sin dato de edema. Laboratorio: el tamiz realizado en CAISES reporta glucosa de 187 misma que se corroborará para establecer manejo adecuado. Diagnóstico: Multigesta con embarazo de 33 semanas de gestación, a descartar diabetes gestacional y se solicita tamiz para corroborar cifras reportadas...”.

En consonancia la doctora **Emma Esther Hernández Carreño**, Médico General adscrita al Centro de Atención Integral en Servicios Especializados en Salud de Cortazar, Guanajuato, señaló que la hoja de contrareferencia del Hospital Comunitario, reporto ultrasonido correspondiente a 33 semanas de gestación con líquido amniótico normal, placenta fúndica posterior, grado 1, 2”, en el cual no se estableció peso o tamaño del producto, o que se mencione producto

macrosómico, pues declaró:

“...esta paciente efectivamente se le atendió en dicha unidad, para su quinto embarazo, ella acudió con nosotros a sus 6 seis sesiones de control prenatal, de esas seis sesiones yo la atendí 4 cuatro, tal y como está establecido en la historia clínica perinatal donde se estableció las fechas, la edad gestacional, y se asentó si presentaba algún signo de alarma en la cual se hizo constar que estaba asintomática... Que mi primera consulta fue el 29 veintinueve de enero de 2014 dos mil catorce... era su segunda cita de control de embarazo y cuando llega conmigo ella ya se encontraba con 16 dieciséis semanas de embarazo... la segunda consulta se la doy el 11 once de marzo de 2014 dos mil catorce, cuando ya ella presentaba un embarazo de 22 veintidós semanas... Se le dio a conocer signos de alarma. Se le orientó para planificación familiar de lactancia y alimentación...ella fue revisada el día 15 quince de abril de 2014 dos mil catorce, por el Doctor Rojas, por lo cual la vuelvo a ver hasta el 16 dieciséis de mayo de 2014 dos mil catorce, donde ella ya presentaba un embarazo de 30 treinta semanas, en esa fecha ordené yo se le realizara el tamiz gestacional, esto por Protocolo para control de toda mujer embarazada, lo cual atendiendo al resultado del tamiz gestacional realicé hoja de referencia y contrarreferencia para canalizarla al Hospital Comunitario para que pueda ser revisada por Ginecólogo, en este sentido debo de señalar que por Protocolo después de la semana 28 veintiocho de embarazo, se manda para control Ginecológico a toda mujer embarazada, aunado a que el tamizaje gestacional arrojó 187 ciento ochenta miligramos de glucosa, por lo cual para efecto de descartar diabetes gestacional se tiene que mandar a Ginecología para que sea éste quien descarte la posibilidad de que la madre pueda tener diabetes gestacional... el día 18 dieciocho de junio de 2014 dos mil catorce, yo vuelvo a ver a la paciente cuando ella presenta 36 treinta y seis semanas de gestación..., en la cual establecí lo siguiente: “Femenina acude a control prenatal. Asintomática. Buena coloración de tegumentos. Orofaringe normal. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con fondo uterino de 33 treinta y tres centímetros. Foco cardíaco fetal de 149 ciento cuarenta y nueve por minuto. Impresión Diagnóstica: Embarazo de 33 treinta y tres semanas. Haciendo mención a la paciente que tenía cita para el 02 dos de julio de 2014 dos mil catorce, con Gineco-obstetricia para análisis”. Quiero agregar que en esta fecha en que yo la revisé no observé ningún signo de alarma obstétrica, y en cuanto a la posible diabetes gestacional lo que nos puede preocupar es lo grande del producto, pero esto se descarta por ultrasonido y en la hoja de contrarreferencia que realiza el Hospital Comunitario reporta: “ultrasonido corresponde a 33 treinta y tres semanas, líquido amniótico normal, placenta fúndica posterior, grado 1, 2”, en el cual no se establece ni peso, ni tamaño del producto o que se mencione producto macrosómico...”.

Ahora bien, en el sumario se cuenta con el expediente clínico de la atención médica proporcionada a la señora **XXXXX** con antelación, durante y posterior al parto, lo que proporciona la información que se concatena con la **Opinión Médica emitida por la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, agregada a ala presente respecto a los hechos que nos ocupan, y en la cual se expuso que el plexo braquial, es una red de fibras nerviosas que inervan las extremidades superiores, que se extiende desde el cuello hasta la axila en los seres humanos, éste se origina generalmente en los segmentos cervicales, y en el primero correspondiente de la médula espinal torácica (C5-C8, T1), pero las variaciones son infrecuentes.

Se indica además que el Síndrome de Duchenne-Erb o parálisis braquial superiores, con el que fue diagnosticado la hija de la quejosa, atentos al expediente clínico correspondiente, es aquél que se produce por lesión de C5 y C6, en ocasiones C7, se caracteriza por abducción y rotación interna del hombro, extensión y pronación del codo, flexión del carpo y los dedos de la mano, representación más frecuente de LPBO (lesión obstétrica del plexo braquial).

Cabe en este punto, considerar que a juicio del doctor José J. Santoja Lucas, quien llegó a ocupar el cargo de jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital General Universitario de Valencia, con reconocimiento en el tema de ginecología en el medio de la medicina, retomó el concepto de la **distocia de hombros** como: *“la producida cuando, tras la salida de la cabeza fetal, se detiene la progresión del parto. Algunas veces se llega a completar, en mayor o menor grado, la rotación externa pero nunca se produce el descenso con el desprendimiento de los hombros, aun si se utilizan las maniobras habituales de asistencia.”*

Variedades.- La alteración mecánica se produce cuando con la expulsión de la cabeza los hombros no se introducen en el canal del parto, en una situación de desequilibrio entre los diámetros pélvicos y el diámetro bisacromial. El problema puede afectar a cualquiera de los hombros o a ambos.

Ha referido en cuanto a la prevención de la distocia: *Aunque la macrosomía fetal es el factor de riesgo más relevante, su valor en la prevención de la distocia de hombros es bajo, pues la estimación ecográfica del peso fetal, tiene un error medio de $\pm 8\%$ en la gestación a término, pero con fetos grandes supera el 12% , y aunque la precisión se puede mejorar si se incluyen los datos clínicos relacionados con la macrosomía, los errores medios se mantiene aún próximos al 10% . **Las relaciones de la macrosomía fetal con la distocia de hombros, están claras, pues la frecuencia aumenta con el peso fetal, pero el 60 % de estas distocias se producen en fetos de menos de 4000 g.** Tomando como eje fundamental la macrosomía fetal en la prevención de la distocia de hombros, esta prevención se reduce en 2 puntos: **La profilaxis de la macrosomía:** Ajustando las dietas de las pacientes obesas, evitando ganancias ponderales excesivas y controlando adecuadamente todas las formas de diabetes. **El diagnóstico preciso de la macrosomía,** optando por la vía abdominal del parto, si el peso estimado del feto es mayor de 5000 g., en la población general, que se reduce a 4500 g. en las diabéticas. Otro factor es la **aplicación estricta de la tocurgia vaginal**, pues más del 50 % de los casos ocurren tras intervenciones tocúrgicas: Fórceps o Ventosa.*

I.- Maniobras de primer nivel: Son manipulaciones externas que tratan de modificar la estática (dimensiones) y la dinámica (posiciones) de la pelvis y del feto.

Maniobra de McRoberts: Es la elección primera y su aplicación, junto a la presión suprapúbica suele solucionar el 60 % de las distocias de hombros. Su eficacia se ve favorecida si se completa la rotación externa. La maniobra consiste en provocar una hiperflexión de las caderas de las gestantes bien con su propia colaboración o con la de dos ayudantes. La modificación pélvica que produce es la apertura del ángulo lumbosacro, con aplanamiento de la pelvis de unos 6°, lo que facilita el descenso del hombro posterior. No produce modificaciones apreciables en los diámetros de la pelvis en ningún nivel.

Maniobra de Manzatti: Se realiza de forma simultánea a la maniobra anterior, mientras el asistente tracciona suavemente hacia abajo de la cabeza, de la forma habitual, un ayudante realiza una presión suprapúbica sobre el hombro anterior, de forma oblicua, en sentido postero-anterior del tórax fetal, pues esta presión no solo fuerza el desacomodamiento de este hombro de la sínfisis del pubis, sino también disminuye el diámetro bisacromial.

Luego, La distocia de hombros es una distocia muy grave y poco predecible mediante la valoración aislada de los factores de riesgo. **Su profilaxis, mediante la inducción electiva o la cesárea, solo esta justificada en casos en que la sospecha de la macrosomía es extrema, pero también se justificaría si junto a una sospecha de macrosomía menos extrema concurren otros factores, en especial los relacionados con una evolución lenta del II periodo del parto.** Si ocurre una distocia de hombros, un protocolo de resolución reglado, con un buen entrenamiento de todo el personal del paritorio puede mejorar sus resultados y evitar, en lo posible, la morbilidad. Fuente: HYPERLINK "http://www.uv.es/~jjsanton" <http://www.uv.es/~jjsanton>

Así en la **Opinión Médica** emitida por la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, se consideró que la LPBO (lesión obstétrica del plexo braquial) es multifactorial y se requiere identificar los factores de riesgo como condiciones maternas (anormalidades uterinas, diabetes, desproporción céfalo-pélvica y obesidad), características del neonato (macrosomía, presencia de una costilla vertical, presentación transversa, APGAR a los 5 min), eventos intraparto (mecanismos forzados en la labor de parto, uso de fórceps, presentación podálica, distocia de hombros, fractura de clavícula, parto prolongado y periodo expulsivo precipitado, considerar cesárea en forma oportuna), condiciones neonatales posteriores al parto (neoplasia, infección, compresión extrínseca y edema), antecedentes del hermano con LPBO, derivación tratamiento quirúrgico en forma oportuna.

Misma opinión médica que consideró la información de la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo** para llegar a su conclusión, según sus referencias de su página 16.

Ahora, tal **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo**, incluye el **Cuadro I Control prenatal de la mujer con diabetes y embarazo**, que establece el control específico que debe mantenerse con la paciente, el cual advierte:

“Primer contacto.- Realizar historia clínica completa y exámenes prenatales Optimizar control glucémico. Si es pregestacional solicitar hemoglobina glucosilada, pruebas de función renal y solicitar valoración oftalmológica (si la última fue hace más de un año), perfil tiroideo en pacientes con diabetes tipo 1

7-9 SDG Ultrasonido para determinar vitalidad y edad gestacional

11-14 SDG Ofrecer ultrasonido

11-14 SDG para identificar marcadores para cromosomopatías, así como solicitar marcadores bioquímicos (PAPP-A y f-βHGC si se cuenta con reactivo)

16-20 SDG Valoración oftalmológica, si la paciente tiene datos de retinopatía preexistente Solicitar marcadores bioquímicos (AFP, uE3, inhibina A, hGC si se cuenta con el reactivo) Solicitar ultrasonido estructural entre las semanas 18 a 22 con imagen de cuatro cámaras.

28 SDG Ultrasonido obstétrico Valoración oftalmológica, si la solicitada en el primer contacto fue normal en pacientes con diabetes preexistente

32 SDG Prueba sin estrés Ultrasonido obstétrico Valorar casos: perfil biofísico y ultrasonido Doppler

36 SDG Prueba sin estrés Ultrasonido obstétrico Valorar casos: perfil biofísico y ultrasonido Doppler Orientar a la paciente sobre tiempo y modo de nacimiento del bebé y analgesia y anestesia

38-40 SDG Pruebas de bienestar fetal Inducción del trabajo de parto o cesárea según las condiciones obstétricas

Así también, la guía de referencia, alude a la atención a brindar a la paciente durante el parto, estableciendo:

Atención intraparto.- Se ha observado que a las pacientes con diabetes usualmente se les realiza operación cesárea, sin embargo, se ha demostrado que no existe mejoría en los resultados perinatales interrumpiendo el embarazo vía abdominal con base en el diagnóstico de diabetes.

A las mujeres embarazadas con diabetes sin otras enfermedades que incrementen la morbilidad o mortalidad, que tienen un crecimiento normal del feto con un control metabólico adecuado y pruebas de bienestar fetal normales, se les debe ofrecer parto programado después de la semana 38 mediante inductoconducción, si no existen otras condiciones obstétricas que interfieran.

A las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico o clínico de macrosomía fetal se les debe informar los riesgos de un parto vaginal, así como los beneficios de la resolución del embarazo vía abdominal.1 (E-1)

La vía de elección del nacimiento se deberá basar en las condiciones obstétricas.

La diabetes no debe ser considerada una contraindicación para intentar un parto vaginal, incluso después de una cesárea previa.1 (R-B)

Durante el trabajo de parto y el nacimiento, la glucosa sanguínea capilar debe ser monitoreada cada hora y mantenerse entre 80 y 120 mg/dL.

En las mujeres con diabetes tipo 1 debe administrarse por vía intravenosa dextrosa y perfusión de insulina desde el inicio de trabajo de parto.

En las mujeres con diabetes cuyos niveles de glucosa en sangre son mayores de 120 mg/dL, se recomienda la infusión de insulina y dextrosa intravenosa durante el trabajo de parto y en el momento del nacimiento (cuadro II).36, 37 (R-C)

Cabe mencionar que de acuerdo a la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo**, el expediente clínico de la quejosa, da cuenta de la nota de referencia del CAISES al Hospital Comunitario de Cortazar, ante la presencia de la paciente con 30.3 semanas de gestación, arrojando en el tamizaje gestacional 187 ciento ochenta miligramos de glucosa (mg/dl) por lo cual era necesario descartar diabetes gestacional.

Ante ello, fue el doctor **Juan Sylvestre Gutiérrez Campos**, médico especialista en Ginecología y a la vez Director del Hospital Comunitario de Cortazar, estableció que el tamiz realizado en el CAISES a la inconforme, arrojó que la misma presentó un nivel de glucosa de 187, sugiriendo que se corroborará para establecer manejo adecuado.

Advirtiéndose del expediente clínico la consulta del día 01 de agosto del 2014, con 38.3 semanas de gestación, en la que se estableció que el tamizaje del 27 de julio del mismo año, la paciente presentó 106.65 (mg/dl), realizándose el ultrasonográfico, en parámetros normales, con dieta con tratamiento por antecedentes de obesidad, todo ellos de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo,

Siendo que la Opinión Médica emitida por la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, advierte que al caso particular, la quejosa recibió la atención médica que se requirió al momento del parto, de acuerdo a la buena praxis en la resolución del parto con distocia de hombros, pues concluyó:

“...CONCLUSIONES:...PRIMERA.- La atención brindada por parte de los médicos que atendieron a la C. XXXXX se ajustó a la obligación de los medios de seguridad, ya que se apegaron a la buena praxis en la resolución del parto con distocia de hombros, las maniobras realizadas estaban plenamente justificadas, además de informar en tiempo y forma a la madre del menor las complicaciones que se presentaron en el evento obstétrico...”

Con los elementos de prueba previamente expuestos es posible colegir que la actuación de la doctora **María del Rocío Arellano Villagómez** y el doctor **Tomás Martín Guzmán Esquivel**, durante la atención del parto, prevista en la nota de ingreso a urgencias del día 2 de agosto del año 2014 dos mil catorce, no implicó la **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, dolida por **XXXXX**.

No obstante lo anterior, el expediente clínico de la quejosa no muestra datos, que de acuerdo a la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo**, se hayan agotado las recomendaciones de la semana 32 de gestación, correspondientes a la aplicación de la **Prueba sin estrés Ultrasonido obstétrico** para valorar casos: perfil biofísico y ultrasonido Doppler, ni así que a la semana 36 de gestación se le haya programado para Prueba sin estrés Ultrasonido obstétrico Valorar casos: perfil biofísico y ultrasonido Doppler Orientar a la paciente sobre tiempo y modo de nacimiento del bebé y analgesia y anestesia. Dicho expediente clínico tampoco da cuenta de la programación de las citas correspondientes para tal efecto, a las cuales la parte lesa se haya negado a realizar o no acudido a su cita.

De ahí que este organismo recomiende a la autoridad de salud, el inicio de procedimiento administrativo en el que se logre dilucidar si la cabal actuación prevista en la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo**, así como en las normas y lineamientos en el tema, -en la atención de **XXXXX**- hubieran permitido prever la distocia de hombros de la bebé, ello en planeación de un parto que concediese mayores beneficios de salud a la entonces recién nacida **M1**; y de ser el caso, se deslinden la responsabilidades correspondientes y se atiendan las consecuencias legales derivadas del presente.

B) Falta de atención médica para el tratamiento de la Distocia de Hombros (DH) de su hija recién nacida M1

XXXXX, aseguró que su hija no recibió la atención ni tratamiento adecuado para la lesión de plexo braquial derecho, pues refirió:

“...me la canalizaron al área de traumatología y ortopedia del Hospital General de la ciudad de Celaya, Guanajuato, en donde una vez que fue atendida me indicaron que mi menor hija tenía una lesión de plexo braquial derecho, pero por esta situación a ella no le brindaron algún tipo de medicamento, o tratamiento para tratar su lesión, sino que solamente me la canalizaron al Hospital General de Salamanca, dejando abierta las citas en forma mensual en el área de pediatría, donde solamente me la atendieron una vez pero no hubo más atenciones ya que me decían que el doctor estaba ocupado...”

Al respecto, el doctor **Juan Sylvestre Gutiérrez Campos**, Director del Hospital Comunitario Cortazar, Guanajuato, informó que luego de su nacimiento, la bebé permaneció hospitalizada, confirmándose el diagnóstico de Lesión de Plexo Braquial, secundario a Maniobras para extracción por Distocia de hombros + Producto macrosómico, con datos neurológicos de Parálisis de Miembro Torácico Derecho Secundario a Lesión de Plexo Braquial (Parálisis de Erb), siendo dada de alta el 10 de agosto del 2015, pues aludió:

“...La Sra. XXX permanece hospitalizada por 24 horas y es dada de alta el día 3 de agosto a las 18 hrs, por mejoría y con evolución clínica sin complicaciones...La Recién Nacida queda hospitalizada en cuneros, con Diagnóstico de Lesión de Plexo Braquial, secundario a Maniobras para extracción por Distocia de hombros + Producto macrosómico, permanece en cuneros por espacio de 4 días...siendo valorada por la Doctora Valeria Mejía, médico pediatra, quien confirma datos neurológicos de Parálisis de Miembro Torácico Derecho Secundario a Lesión de Plexo Braquial (Parálisis de Erb), siendo dada de alta por mejoría 8 días después de nacida el 10 de agosto...”

Por su parte, la doctora **Silvia Trejo Delgado**, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, voluntaria de la Clínica Musculo- Esquelético de las Voluntarias Vicentinas de Cortazar, A.C., mencionó que luego de su diagnóstico a la recién nacida, respecto de la lesión de “plexo braquial” y ante la mención de la afectada sobre escasos recursos económicos, canalizó a la afectada en fecha 25 veinticinco de octubre de 2014 dos mil catorce, al DIF Municipal de Cortazar, Guanajuato, en donde tal profesionista realiza valoraciones médica, entregándole copia de sus notas médicas, lugar en donde yo también realizo valoraciones médicas, sin que la quejosa haya acudido a dicha Institución, pues declaró:

“...yo valoré a la menor recién nacida XXXXX, encontrando que presentaba mínima movilidad de dedos y mano derecha, y nula movilidad del hombro y codo del mismo brazo, en tal sentido yo diagnosticué que era una lesión de “plexo braquial” por lo cual debería de realizarse un plan de electro-estimulaciones en todo el brazo derecho y movilizaciones asistidas al brazo derecho, técnicas de retorno sensoriomotor a miembro derecho, así como estimulación múltiple temprana...Atendiendo a que la ahora quejosa me refirió que tenía recursos económicos muy limitados, es por lo que en fecha 25 veinticinco de octubre de 2014 dos mil catorce, yo la canalicé al área de rehabilitación del DIF Municipal de Cortazar, Guanajuato, entregándole copia de mis notas médicas, lugar en donde yo también realizo valoraciones médicas, precisando que a la fecha no ha acudido a valoración conmigo en dicha Institución...”

En tanto que, la doctora **Karoline Ávila Estrada**, Médico Cirujano adscrita al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, mencionó la atención que brindó a la bebé de la quejosa, los días 7 y 9 de agosto del 2014, durante su hospitalización, ya que indicó:

*“...refiero que **tuve a la vista por primera ocasión a una menor recién nacida de apellidos XXXXX, el día 07 siete de agosto de 2014 dos mil catorce, a las 23:55 veintitrés horas con cincuenta y cinco minutos, donde asenté en mi nota médica lo siguiente: “Recién nacido, de término, en su quinto día de estancia y vida, con diagnóstico de asfixia neonatal, trauma obstétrico, hiperbilirrubinemia, sepsis neonatal, tranquila, reactiva, bien hidratada, no datos de dificultad respiratoria, fontanela anterior normotensa, campos pulmonares buen murmullo vesicular, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, abdomen peristalsis adecuada, no distensión, no megalias, extremidad con alteración, genitales acordes a edad y sexo, paciente pendiente toma de biometría hemática de control al día siguiente, tolerando bien las tomas de la vía oral, con mejoría clínica...En lo que respecta a la nota de fecha 09 nueve de agosto de 2014 dos mil catorce, efectuada a las 22:30 veintidós horas con treinta minutos, preciso que asenté lo siguiente: “Recién nacido a término, en su séptimo día, con diagnósticos antes mencionados, se encuentra tranquila, reactiva de buena coloración e hidratación, sin datos de dificultad respiratoria, eutérmino, fontanela anterior normotensa, ruidos cardiacos de buena intensidad, sin agregados, campos pulmonares, buen murmullo vesicular, abdomen, peristalsis adecuada, no megalias, genitales acordes a edad y sexo, extremidades de buen tono, sin movilidad la torácica derecha, paciente estable, ya no ictérica, tolerando bien las tomas, continua en observación...”***

Así mismo, la doctora **María Luisa Cruz Ayala**, Médico Cirujano y Homeópata adscrita al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, citó la atención que brindó a la hija de la inconforme los días 6 y 8 de agosto del 2014 dos mil catorce, durante su hospitalización, mencionando:

“...nota médica de fecha 06 seis de agosto de 2014 dos mil catorce, realizado a las 16:51 dieciséis horas con cincuenta y un minutos, en la que establecí: “Femenino de término macrosómico, en su cuarto día de estancia, con diagnóstico de macrosómico/trauma obstétrico, asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia multifactorial, potencialmente infectado por maniobras de reanimación FC/120 FR62x’ T: 36°, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen no distendido, con sonda orogástrica cerrada, y tolerando (25 o 15) mililitros por toma, extremidades la superior derecha sin movilidad, buen llenado capilar distal. Ver indicaciones en hoja “Especial Indicaciones”. En cuanto a la nota médica de fecha 08 ocho de agosto de 2014 dos mil catorce, efectuada a las 16:11 dieciséis horas con 11 once minutos, hago mención que mi anotación fue: “Paciente femenino en su sexto día de vida, la cual se encuentra activa y reactiva a estímulos metabólicamente bien controlada, tolerando vía oral en forma adecuada, a la exploración física con buena coloración y estado hídrico FAN (Fontanela anterior normotensa), con ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, campos pulmonares bien ventilados, sin estertores ni sibilancias, abdomen blando no distendido, extremidades la superior derecha con vendaje, buen llenado capilar distal”...”. (Foja 220 a 221).

Al igual que lo mencionó la doctora **María Guadalupe Flores Medina**, Médico General adscrita al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, respecto de la valoración que realizó de la recién nacida hospitalizada, ello el día 3 de agosto del 2014, pues mencionó:

“...no tuve ningún tipo de intervención al momento de su parto, sino que únicamente me correspondió darla de alta el día 03 tres de agosto de 2014 dos mil catorce, a las 13:30 trece horas con treinta minutos... a la recién nacida de apellido XXXXX, me correspondió valorarla el día 3 tres de agosto de 2015 dos mil catorce, a las 10:00 diez horas, asentando en mi nota médica lo siguiente. “Recién nacida femenina, con diagnóstico ya mencionados, en su primer día de vida extrauterina y estancia intrahospitalaria, uresis y evacuaciones presentes y buena saturación de oxígeno. Exploración física: Activa, reactiva, buena coloración e hidratación, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, campos pulmonares limpios y bien entilados, abdomen blando depresible, no megalias, extremidad superior derecha con disminución de la fuerza y no la moviliza, pulsos periféricos presentes y buen llenado capilar...”.

El doctor **Randall Cárdenas Xala**, Médico General adscrito al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, también externó la atención del recién nacida durante su hospitalización, al señalar:

“...atendí a la menor recién nacida de apellido XXXXX, en fecha 04 cuatro de agosto de 2014 dos mil catorce, a las 22:00 veintidós horas, esto a razón de visita de la guardia médica nocturna, en donde como nota médica asenté lo siguiente: “Enterado de paciente de producto macrosómico/asfijado/parálisis del miembro torácico superior derecho. Actualmente activo, con tinte ictérico, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible, muñón umbilical sin complicación, se continúa la referencia para colocación del catéter”...”.

En semejanza obra la atención brindada por el doctor **Josué Francisco Ruiz Soria**, Médico Cirujano y Partero adscrito al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, esto al mencionar:

“...en relación con la menor de nombre M1 a mí me correspondió pasar visita los días 03 tres de agosto de 2014 dos mil catorce, a las 02:30 dos horas con treinta minutos, donde como nota médica de evolución asenté lo siguiente: “Paciente femenina, recién nacida, cursando 11 once horas de vida extrauterina y de estancia intrahospitalaria, por diagnóstico de asfixia recuperada, macrosómico y distocia de hombro. Al pase de visita pacientita en ayuno con destrostis de 119, sin distres respiratorio, hemodinámicamente estable, neurológicamente estable, con buena movilidad de extremidad, reflejos presentes y buena saturación de oxígeno de 95%...nuevamente pasé visita a la menor en mención el referido día 03 tres de agosto de 2014 dos mil catorce, a las 23:00 veintitrés horas, registrando como nota de evolución, lo siguiente: “Paciente femenina, recién nacida de 1 un día, de estancia intrahospitalaria y vida extrauterina. Al paso de visita se reporta sin distres respiratorio, en ayuno, aún sin movilidad de la extremidad superior derecha. Signos vitales estables, sin fiebre, muy irritable. Exploración física: Temperatura 36.5°. Frecuencia respiratoria de 50x’. Frecuencia Cardíaca de 130x’. 98% de saturación de oxígeno. Destrostis de 90 miligramos/10 decilitros. Activa y reactiva. Irritable. Buena colocación de tegumentos. Hidratada. Fontanela anterior normotensa. Cuello sin adenopatías. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen blando depresible. No distendido. Peristalsis presente. No viceromegalías. Extremidad superior derecha sin movilidad en la misma...”.

Actuación del personal médico que a su vez fue avalada por la enfermera **Maritza del Carmen Mancera Chávez**, la cual también indicó la atención en favor de la recién nacida, tomándole destrostis, según indicaciones médicas, debiendo mantener su temperatura en una cuna radiante, con oxígeno con casco cefálico, sonda orogástrica abierta a gravedad para efecto de drenar cualquier posible líquido que pudiera tener en el estómago, oximetría continua, además de vigilar datos de dificultad respiratoria y control de líquidos por turno, pues manifestó:

“...ese día yo recibí en el turno nocturno de parte de la enfermera Alejandra Granados, entre otros pacientes a la menor M1, de quien recuerdo ese día había nacido sin poder precisar la hora de este evento, y también recuerdo

observando mi nota de enfermería que a la menor de referencia, se le tomó su destrostis a las 24:00 veinticuatro horas, esto atendiendo a las indicaciones señaladas por el médico general, siendo que además de esta toma de glucosa como indicaciones se nos plasmó que a la menor debíamos de mantener su temperatura en una cuna radiante, oxígeno con casco cefálico a 3 tres litros por minuto, sonda orogástrica abierta a gravedad (a efecto de drenar cualquier posible líquido que pudiera tener en el estómago), oximetría continua (mantener en un monitor una revisión de nivel de oxígeno en su sangre y de su ritmo cardíaco), vigilar datos de dificultad respiratoria y control de líquidos por turno...”

En concordancia con el dicho de la enfermera **Rosa García Juárez**, también refirió atención a la recién nacida, consistente en vendaje de brazo derecho y fototerapia, según indicación médica, al citar:

“...de acuerdo a las anotaciones que realicé en mi referido registro de enfermería, que el día 08 ocho de agosto de 2014 dos mil catorce, se me indica por parte del especialista realizar vendaje del brazo derecho de la bebé. Por último quiero puntualizar que dentro de los cuidados de enfermería también se estuvo realizando fototerapia a la menor, que consiste en brindarle radiación con una aparato para disminuir la cantidad de bilirrubina en sangre, así como realizar el balance estricto de líquidos indicado por el (la) Pediatra, además de medirle la glucosa cada 24 veinticuatro horas, puntualizando que siempre se obtuvieron parámetros normales en todas las indicaciones que le realizamos...”

Ahora bien, el contexto planteado por los profesionales de la salud de mérito, se abona con la **Opinión Médica emitida por la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, en consonancia con el expediente clínico de la recién nacida hija de la quejosa, mismo que obra en el sumario, y que da cuenta de la debida atención que la entonces recién nacida, recibió por parte de la autoridad de salud, ello en relación con las constancias que en cuanto a la misma obran en el sumario, pues advierte:

“...es importante señalar que existe valoración de manera particular a las tres semanas de nacida (23/08/14) por parte de la Dra. Silvia Trejo, médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación de la clínica de Voluntarias Vicentinas de Cortazar, en donde encontró a la exploración física, movilidad mínima de los dedos mano derecha, nulo hombro y codo, no control de cuello ni tronco, movilidad MTI y MsPs NL, inicio tratamiento e indico cita en 8 semanas.

Existe una cita suscrita por el Dr. Eduardo Villalobos, Director General del Régimen Estatal de Protección Social de Salud, en donde se otorgó una cita gestionada a través del gestor de seguro popular del CAISES de Celaya, para el servicio de neurología del Hospital Pediátrico de León, Guanajuato el día 05 de noviembre del 2015, y la misma se encuentra recibida por la Sra. XXXXX.

Existe un informe suscrito por el Dr. Juan Silvestre Gutiérrez Campos, Director del Hospital Comunitario de Cortazar, el día 15 de septiembre del 2015; en donde se estableció plan de manejo y se efectúa referencia al servicio de traumatología y ortopedia a hospital general de Celaya.

El tratamiento conservador (inmovilización) es el tratamiento de inicio seguida de rehabilitación que debe indicarse de forma temprana, lo cual se realizó de manera adecuada por el servicio de pediatría en el Hospital Comunitario de Cortazar. Durante la primera semana posterior a la lesión se deben evitar los movimientos del miembro afectado con el fin de no traccionar el plexo, iniciar la terapia física desde los 7 días de vida y continuarla por lo menos a los 4 años de edad para mantener el arco de movilidad de la extremidad afectada.

Los objetivos de tratamiento de rehabilitación en LBPO son: mantener un rango adecuado de movilidad articular, fuerza muscular, mejorar la sensibilidad, lograr un adecuado desarrollo psicomotor, prevenir contracturas y desequilibrio muscular. Por lo cual se debe continuar con la terapia física de una eventual cirugía reconstructiva y apego a la misma para una mejor recuperación funcional...”

“...CONCLUSIONES:...SEGUNDA.- La atención brindada por parte de los médicos que atendieron a la menor M1, se ajustó a la obligación de medios y seguridad, en apego a la buena praxis o lexartis médica y la emisión de una referencia al siguiente nivel de atención de manera escalonada y oportuna...”

Luego entonces, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados no resultó posible tener por probado al menos de manera indiciaria el punto de queja expuesto por la parte lesa; razón por la cual esta Procuraduría no realiza juicio de reproche en contra del doctor **Tomás Martín Guzmán Esquivel**, adscrito al Hospital Comunitario de Cortazar, Guanajuato, lo anterior respecto de la **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencia del Sector Salud** reclamada por **XXXXX** en agravio de su hija M1.

En mérito de lo anteriormente expuesto en razones y fundado en derecho, resulta procedente emitir los siguientes resolutivos:

RECOMENDACIÓN

ÚNICA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se inicie procedimiento administrativo en el que se dilucide si la cabal actuación prevista en la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el Embarazo**, así como en las demás normas y lineamientos relativos al tema, -en la atención de **XXXXX**- hubiesen permitido la planeación de un parto que concediese mayores beneficios de salud a **M1**, lo anterior respecto de la distocia de hombros observada en la presente; y en su caso, se establezcan las responsabilidades y consecuencias legales que conforme a derecho procedan.

La autoridad se servirá informar a este organismo, si acepta la presente recomendación en el término de 5 cinco días hábiles siguientes a su notificación, y en su caso, dentro de los 15 quince días naturales, aportará las pruebas de su debido y total cumplimiento.

NO RECOMENDACIÓN

ÚNICA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **No Recomendación** al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, por la actuación de la doctora **María del Rocío Arellano Villagómez** y el doctor **Tomás Martín Guzmán Esquivel**, en cuanto a la imputación que llevó a cabo **XXXXX**, misma que hizo consistir en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por dependencias del Sector Salud** en agravio de su hija **M1**.

Notifíquese a las partes.

Así lo acordó y firmó el licenciado **Gustavo Rodríguez Junquera**, Procurador de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato.

