

Tapachula de Córdova y Ordóñez, Chiapas a ____ de ____ del 2022.

AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO DE LA FEDERACION
TITULAR DE LA CELULA TERCERA INVESTIGADORA TAPACHULA
DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION Y LITIGACION EN EL
ESTADO DE CHIAPAS.
P r e s e n t e.

El que subscribe Perito Médico Oficial de la Procuraduría General de la República, designado por el Encargado de la Coordinación de Servicios Periciales, para intervenir en la Averiguación Previa citada al rubro, solicitado mediante oficio número 2/2018, respetuosamente emite, el siguiente:

DICTAMEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: "...Sírvasse designar perito en materia de **MEDICINA FORENSE**, para los efectos de que se sirva realizar lo siguiente:

1. INTERPRETACION MEDICA, del expediente clínico del Instituto Mexicano del Seguro Social, de esta ciudad de Tapachula, Chiapas, a nombre de **Luisa**, mismo que obra dentro de la presente indagatoria en la que se actúa, debiendo precisar el nombre del personal médico que intervino y la función que realizo cada uno de ellos.
2. Determinar si hubo MALA PRAXIS por parte de médicos pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social de esta ciudad de Tapachula Chiapas, en la intervención médica practicada al paciente **Luisa**

MÉTODO: La intervención de la suscrita se basa en diversas documenta medico legales que corren agregadas en las actuaciones de la presente averiguación previa, por lo que se realiza una revisión metodológica de las mismas, cabe mencionar que para tal efecto, se emplean los siguientes métodos.

Analítico: En el cual se disgrega un todo en sus partes constituyentes para conocerlas, investigar su naturaleza y describir sus características esenciales.

Inductivo-Deductivo: Con el que se desprenden las conclusiones que son las proposiciones representativas del dictamen en cuestión, en donde el objetivo es lograr un entendimiento lógico de los fenómenos, hechos o casos, partiendo de lo particular a lo general.

Sintético: Que consiste en la composición de un todo por la reunión de sus partes, ya una vez analizado el caso. Así como la literatura especializada y el apoyo bibliográfico médico legal correspondientes.

MATERIAL DE ESTUDIO: Carpeta de Investigación: que incluye el expediente clínico de la **C. Luisa** emitido por el Hospital Instituto Mexicano del Seguro Social de esta ciudad.

ANTECEDENTES

C. Luisa, mayor de edad, mexicana por nacimiento, por mi propio derecho, señalando como domicilio para ir y recibir notificaciones el despacho jurídico ubicado en esta ciudad de Tapachula, comparezco ante Usted con el debido respeto comparezco para exponer:

Que en términos del presente escrito vengo a realizar mi declaración en relación con los hechos que se investigan en el procedimiento administrativo señalando el rubro, cometidos en mi agravio los días 14 al 18 de octubre del 2017, por personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Zona número 1 de la Delegación Estatal en Chiapas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNICO: Actualmente tengo 23 años de edad, y en enero de este año me embarace, por lo que por ser mi primer embarazo, comencé a llevar un estricto control y cuidado tanto de manera particular como a través de la doctora Mayra en el consultorio 10 de la unidad de medicina familiar número 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social; mes a mes acudí a mis citas y cumplí estrictamente con las indicaciones de la doctora, me realizaron los estudios de laboratorios correspondientes y dos ultrasonidos, uno el 22 de junio en donde entre otras cosas se me informo el sexo del bebe y el segundo el 14 de septiembre del año en curso, que la bebe venia en perfectas condiciones y que sus signos vitales no presentaban anomalías, se consideraba como posible fecha de mi parto del 13 al 24 de octubre del año en curso, ya que para el 24 de octubre del mismo año, cumplía las cuarenta semanas, me explicó la citada doctora que a partir de la semana 37 podía dar a luz, dado que para ese momento la bebe ya era viable. Continué acudiendo a mis citas programadas, **en la consulta del día 27 de septiembre**, la doctora me informo que tenía que ya tenía 36 semanas, y me dio cita para el 04 de octubre de 2017; **en la cita del 04 de octubre** la doctora tal y como consta en la en el formato de “VIGILANCIA PRENATAL Y RIESGO OBSTETRICO”, determino en el apartado de “TRATAMIENTO”, lo siguiente: “explicó señales de alarma obstétrica. Fcf 145 por min se percibe movilidad fetal”, **para la última cita programada del 11 de octubre**, considerando junto con mi esposo ROGER que tenía ya 38 semanas, decidimos acudir al centro de Orientación Familiar de Tapachula, A.C., (HOSPITAL COFAT A.C.), en donde a las 9:52 horas de ese día me realizaron un ultrasonido, precisando el medico radiólogo Juan Carlos García Becerra el apartado de “CONCLUSION”: EMBARAZO DE 37.5 SEMANAS CON PUVI CEFALICO NO HAY EVIDENCIA DE CIRCULAR DEL CORDON UMBILICAL, PLACENTA CORPORAL ANTERIOR, GRADO II-III, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL, SEXO XX, PESO ACTUAL 3,457 GRAMOS Y FPP: 27 DE OCTUBRE DE 2017. Posteriormente a las 12:00 horas de ese mismo día acudimos a la cita de nuestro consultorio en donde la doctora después de ver el ultrasonido y revisarme concluyo “TRATAMIENTO”: “explico señales de alarma obstétrica. Se percibe movilidad fetal fcfc 145 or minuto. Trae usg obstétrico reportar embarazo de 37.5 sdg, placenta normal. Sexo xx sin evidencia de circular de cordón al cuello. Ya paso a gineco. En caso de alguna alarma obstétrica a urgencias toco”.

El día **El día 14 de octubre del año en curso aproximadamente a las 06:00 horas** comencé a sentir dolor en el vientre y estaba presentando sangrado vagina, por lo que le comente a mi esposo esa situación, al ver eso aproximadamente a las 08:00 de la mañana, llegamos al área de urgencias del Hospital General de zona número uno de la Delegación Estatal en Chiapas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y fue ingresada al área de tococirugía, en donde fui valorada por una ginecóloga de la cual no supe su nombre realizo un ultrasonido y el tacto vaginal, y me dijo que tenía un centímetro de dilatación y que la bebe estaba bien, pero que aún me faltaba tiempo para labor de parto, llamo a mi esposo para informarle lo mismo y nos ordenó que me fuera a mi casa y que cuando presentara más dolor, regresara. Retornamos a nuestro domicilio pero como a las **20:00 horas** se ese mismo día me continuaba tenía más dolor, sangrado y salida de líquido, por lo que mi esposo, mis papas y mi hermana me llevaron otra vez al seguro social, de nueva cuenta fui avalorada, esa vez por una doctora de nombre ZORAIDA, me hicieron ultrasonido y nos informaron que la bebe estaba bien que me iba a dejar observación, que el sangrado y dolor que presentaba era normal, después de que me ingresaron a observación en tococirugía como a **las 21:00 horas** me reviso el doctor Jesús, quien me realizo el tacto, pero sin decirme nada se fue y ahí permanecí desde esa hora, sin saber nada.

El día 15 de octubre del año 2017 A las 3:00 horas, paso una doctora de la que no supe su nombre a revisarme, me dijo que me programarían para cesárea por lo que me sorprendí, ya que en todo momento me dijeron que la bebe estaba bien y en posición para poderlo tener vaginal, le pedí que me explicaran la causa o razón de considerar mi parto para cesárea; ella me contesto que sería cesárea pero tenía que corroborarlo con el doctor Gallegos, se retiró pero ya no regreso para informarme. Aproximadamente como a las **8:00 horas** paso a revisarme el doctor Gerardo, le dije que tenía mucho dolor y sangrado, y que en la parte alta del vientre al lado de la costilla derecha tenía un dolor exageradamente muy fuerte y que me estaba provocando desmayo, el me contesto que los dolores eran normales que la salida de líquido y sangrado se debía a un tapón mucoso que se estaba rompiendo, pero que no representaba ningún riesgo para mí o él bebe, comenzó frente a mí a regañar a un grupo de ocho médicos que lo acompañaban, diciéndoles que yo no debía estar ahí ocupando un lugar, que no

necesitaba estar en observación, porque no tenía labor de parto, que debía estar en mi casa, después de eso llego una enfermera y me quito el suero y tal y como consta en la copia al carbón del alta los médicos Gerardo y Rigo, **a las 9:15 horas** me dieron de alta concluyendo “1.- Alta Transitoria. 2.- Cita abierta a urgencias ante datos de alarma (dolor obstétrico salido de líquido por vagina, sangrado, ausencia de movimientos fetales. 3.- Cita a la consulta externa de ginecología en 1 semana”. Mi familia me llevo a mi casa en donde continuaba sintiéndome cada vez peor, los dolores eran más fuertes así como la salida de líquido y el sangrado más abundante, debido a eso como a las 11:00 horas aproximadamente decidimos regresar al IMDD, en donde en el consultorio previo al área de labor de parto, fui atendida por el mismo doctor de apellido Urquieta quien antes de atenderme o revisarme me comenzó a regañar diciéndome que ya me había dicho que no tenía que estar ahí que me acaba de dar de alta, que tenía que estar en mi casa, le dije que aparte del dolor del vientre y las caderas, el dolor de la parte alta del vientre alado de la costilla derecha era excesivamente fuerte que ya no aguantaba más, sentía que me moría, fue entonces que me realizo el tacto pero no entendía porque me metía la mano completa en mi vagina, como estaba sintiendo demasiado dolor comencé a gritar y entonces se enojó y me dijo que no gritara porque espantaría a mis familiares, me hizo un ultrasonido, pero me dijo que no se apreciaba bien, me llevaron un área que decía radiología, para eso era ya aproximadamente **las 13:00 horas**, y ahí me hicieron otro ultrasonido, la persona que me practico el estudio me dijo que el líquido amniótico era muy turbio y que ya no se escuchaban latidos cardiacos de la bebe, me regresaron a tococirugía, en donde el doctor Urquieta reviso el ultrasonido y recuerdo exactamente que me dijo **“sea fuerte, el bebe ya no tiene vida, vamos a pasarla para que le pongan anestesia y se le calme el dolor”**, el doctor Urquieta, con ayuda de dos médicos más, me llevo a ver a mi esposo a un pasillo cercano al área de recuperación, ahí me dejaron hablar con mi esposo, como unos cinco minutos, y después me llevaron al área de recuperación en donde estuve como tres horas, sin saber que pasaría, comencé a tener demasiada fiebre, y me cubrían con una especie de cobertor; como **a las 15:00 horas** una doctora residente me realizo el tacto y me dijo que ya tenía 9 de dilatación que me llevarían a cirugía, fue entonces que comenzaron a vendarme de las rodilla hacia los pies y me pasaron al área de cirugía donde todo el tiempo estuve consiente porque me anestesiaron localmente y pude apreciar todo lo que me hacían, comenzaron a decir que pujara con fuerza y una doctora me comenzó a presionar mi vientre, entonces un médico molesto al ver que no podía expulsar a la bebe comenzó a presionar mi vientre juntando sus brazos y con los codos que pudieran expulsar a nuestra bebe ya muerta, sacaron a la bebe, escuche al médico de apellido Nepomuceno exclamar **“no trae el cordón en el cuello”** y en seguida procedió a cortar el cordón y colocaron a la bebe sobre una mesa y comenzaron a limpiarla para envolverla en unas sábanas azules. Me limpiaron y extrajeron la placenta y el mismo doctor Nepomuceno comenzó a costurarme después de ahí me llevaron a recuperación a un área denominada PVR, donde me dejaron con el catéter puesto, el cual me quitaron hasta las 19:00 horas. Ahí me informaron que en el transcurso del siguiente día me darían de alta.

El día 16 de octubre aproximadamente a las 10:00 horas, mi hermana se encontraba conmigo cuando paso a revisarme el medico de apellidos gallegos ella le pregunto al médico porque pretendían darme de alta si estaba muy mal, tenía dolor, me sentía débil y había tenido mucha fiebre, por lo que le contesto a mi hermana que revisaría mi expediente, poco después regreso y me dijo que no me daría de ala que me dejaría en recuperación, **como a las 11:30 horas** me subieron al piso 1 en la cama 97, del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El día 17 de octubre como me sentía muy mal y me estaba hinchando de todo el cuerpo, mi esposo solicito a los médicos que me realizaran un ultrasonido de mi matriz, por esa razón el Doctor de apellido Escobar, ordenó me realizaran el ultrasonido de mi matriz, el cual me hicieron como a las **13:00 horas; Como a las 16:00 horas** paso el medico en turno del cual no recuerdo el nombre y me dijo que el ultrasonido mostraba que estaba bien que no presentaba restos placentarios. Sin embargo como a las 21:00 horas paso otro médico del turno de la noche del cual no recuerdo su nombre o apellidos y como en ese momento estaba mi esposo conmigo él le pregunto cuál era el resultado del ultrasonido, y en ese momento el medico fue a revisar el expediente y nos informó que iniciaría ayuno porque me programaría a quirófano para el siguiente día, porque me practicaría legrado ya que tenía restos placentarios.

El día 18 de octubre a las 7:00 horas me comenzaron a vendar las pantorrillas y me tomaron muestras de sangre; **como a las 10:00 horas** me llevaron en una silla de ruedas a tococirugía, vi al doctor de apellido Escobar y me informo que él me

practicaría el legrado, después me quede dormida porque me anestesiaron por completo. Después como entre las 12:00 y 13:00 horas me trasladaron al área de recuperación. Como las 16:00 horas me subieron al piso 1 en la cama 95.

El día 19 de octubre de 2017 como a las 11:00 me dieron de alta y mi familia me traslado a mi casa. Ahí al platicar con calma, con mi esposo, mi hermana y mis papas supe que en la nota de atención medica de la misma fecha se había determinado como causa de muerte de mi bebe **cordón simple a cuello apretada**.

Resulta negligente, indignante, denigrante, violento y desinteresado el trato que mostraron el personal médico y de enfermería del área de tococirugía de Hospital General de Zona número 1 en la atención del parto de la suscrita y de mi bebe que tuvo como desenlace poner en riesgo mi vida y el de mi bebe, el cual pudo haber sido evitado si hubieran cumplido con sus deberes y obligaciones inherentes al servicio público que desempeñan.

La atención medica que me prestaron en la labor de parto, estuvo plagada de irregularidades y omisiones, al no considerar o tomar en cuenta el intenso dolor y sangrado que presentaba desde el día 14 de octubre, y no tener la vigilancia especializada de ginecología tanto la suscrita como la bebe, puesto que en lugar de tenerme en observación ingresada en el área de tococirugía en donde al presentarse condiciones negativas o complicaciones tuviera la posibilidad de que se me practicara cesárea decidieron en repetidas ocasiones enviarme a mi casa.

NOTA MÉDICA

FECHADA: 14/10/2017

Firmada por Dra. Zoraida

21:30 horas

100/70

FUR 17012017

FPP

EF FCF 136x'

Fem 23 a GI, embarazo intrauterino de 38.5 semanas de gestación con expulsión de tapón mucoso a las 06:00 horas, con movimientos fetales normales, no perdidas transvaginales, no datos de vasoespasmo, a la EF: cérvix posterior 2 cm de longitud dehiscente en su todo su trayecto, amnios íntegro y pelvis útil, Condilomatosis perineal. En los auxiliares de diagnóstico se reporta ultrasonografía del 11 de octubre de 2017 con embarazo de 37.5 semanas de gestación con placenta corporal anterior grado II-III, líquido amniótico de 11.9, fecha probable de parto: 27/10/2017.

NOTA DE INGRESO A TOCOCIRUGIA

FECHADA: 14/14/2017

Firmada por Dr. Gallegos

99325884

MIP Surazo

22:30 HRS.

T/A: 100/70

80x'

20x'

36.5°C

Se trata de la Sra. Aymé, paciente de 23 años de edad, quien ingresa proveniente de toco admisión, con los siguientes diagnósticos:

-Embarazo de 38.5 SDG /Prodromos TDP

Cuenta con los siguientes diagnósticos antecedentes de importancia para el padecimiento:

-AHF: interrogados y negados

-APNP originaria de Cacahoatan, residente de Tapachula, ama de casa, casada, preparatoria terminada adventista, O+.
Habita en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos de urbanización.

-APP: cronicodegenerativos, traumáticos, hemotransfusionales, quirúrgicos previos, alergias y toxicomanías negadas.

-AGO: Menarca a los 14 años, ciclos regulares, FUR 17. 01.17, FPP 24.10.17 IVSA 19 años, NPS 2, MPF: preservativo. GI
G1: refiere acudir a primer consulta de atención prenatal en el primer mes de gestación, hasta el momento con 8 consultas, refiere consumo de hematinicos, refiere haber realizado 3 USG en el transcurso del embarazo, el primero de ellos realizado en el segundo trimestre que reporto a palabras de la paciente FPP 18.10.17 no refiere condiciones patológicas durante la gestación

-PA: refiere iniciar padecimiento el día de hoy por la mañana, con presencia de sangrado transvaginal escaso acompañado de moco, además de presentarse minutos después dolor tipo cólico en región hipogástrica y región lumbar. Por lo que decide acudir a este nosocomio para su valoración.

-EF se refiere actualmente Afebril, niega algias, niega datos de vasoespasmo o bajo gasto. Percibe movimientos fetales presentes. Se encuentra consiente, neurológicamente integra y hemodinámicamente estable, con buena coloración de tegumentos, mucosas bien hidratadas. Abdomen globoso a expensas de útero gestante, con AFU de 34 cm, FCF de 138x PC SL DD. Genitales externos acorde a edad y sexo, presencia de condilomatosis perineal. Al TV cérvix posterior, 2 cm de longitud, dehiscente en todo su trayecto, amnios íntegro, pelvis útil. Extremidades íntegras y sin compromiso, sin edema, DPM normales.

-A: paciente de la tercera década de la vida, primigesta, con diagnósticos ya comentados, ingresa por presencia de condilomatosis perineal, se encuentra bajo vigilancia en trabajo de parto. Se encuentra estable

-IDX: embarazo de 38.5 SDG pródromos de trabajo de parto/condilomatosis perineal. NO OBSTRUCTIVA

-Plan: ayuno, vigilancia estrecha FCF y actividad uterina, vigilancia de pérdidas transvaginales, soluciones parenterales, estudios de laboratorio, **USG obstétrico.**

NOTA DE ATENCION MÉDICA

Luisa

15/10/2017 **08:00 HRS**

Frecuencia cardiaca: 70x´

Presión arterial 100-70x´

Temperatura 36.5

Frecuencia respiratoria 20x´

RIGO

Se trata de la Sra. **Luisa** de 23 años aun cursa con el dx de: 38.6 sdg prodonos e trabajo de parto/ condilomatosis perineal no obstructiva. Actualmente se refiere asintomática, refiere movs fetales, niega datos de vasoespasmo u bajo gasto, EF de buenas condiciones generales hemodinamicamente estable. Abdomen globoso a expensas de útero gravido con una AFU de 31cm pc sl ddm fcf de 144 lpm genitales normales para 1 edad y sexo tv cérvix dehiscente semiborrado no pérdidas transvaginales, extremidades íntegras y móvil con buen llenado capilar.

A; femenina de la tercera década de su vida cursa con el dx antes mencionado, la cual evoluciona estable, se encuentra en pródromo de

TDP: con una contracción de 40 sdg en 10 minutos, la lesión que presenta no es obstructiva era el trabajo de parto por lo que se valora egreso como alta transitoria.

Plan;

Estado; estable.

Pronostico; ligado a evolución

NOTA DE ATENCION MÉDICA

Luisa

15/10/2017 **09:15 hrs**

Frecuencia cardiaca 81x/min

Presión arterial 90/60

Temperatura 36.5

FIRMADA POR DR. GERARDO

RIGO

FECHA DE INGRESO: 14-10-2017

FECHA DE EGRESO: 15-10-2017

09:15 HRS

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Embarazo 38.4 asd/por FUM/ Condilomatosis vulvar

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Embarazo de 38.4 sdg por FUM/ Condilomatosis vulvar sin trabajo de parto.

Femenino de 23 años de edad, quien es ingresada por el servicio de toco admisión con pródromos de trabajo de parto y Condilomatosis vulvar.

Durante su estancia en el servicio se mantiene con adecuada FCF, sin progresión de la actividad, clínicamente Condilomatosis que no obstruye canal de parto.

Actualmente percibe movimientos fetales, actividad uterina no dolorosa espontánea.

EF; neurológico íntegro, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante AFU 34cm, PUVI cefálico, FCF 140.1x/min, movimientos fetales activos, sin actividad uterina, genitales sin pérdidas vaginales, V cérvix posterior cerrado formado, condiloma único en orquilla vulvar de 0,5cm.

Femenino de la tercera década de la vida, primigesta sin trabajo de parto Condilomatosis que no obstruye canal de parto por lo que se decide egreso transitorio.

Plan;

1. Alta transitoria.
2. Cita abierta a urgencias ante datos de alarma (dolor obstétrico salido de líquido vagina, sangrado, ausencia de movimientos fetales).
3. Cita a la consulta externa de ginecología en 1 semana primera vez.

ULTRASONIDO OBSTETRICO

TAPACHULA, CHIAPAS, A 15 DE OCTUBRE DEL 2017

13:34 HORAS

Producto único intrauterino, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso anterior a la izquierda, el cual no presenta frecuencia cardiaca visible ni medible, sin movimientos y pérdida de la actitud fetal.

No hay datos de visceromegalias ni malformaciones mayores. Edad gestacional calculada de 39.4 SDG por fetometría.

Líquido amniótico, con índice de 6, de aspecto turbio +++/+++. Se identifica una circular de cordón umbilical a cuello al momento del estudio. La placenta con implantación fundica corporal anterior grado III de madurez según Grannum, cotiledones definidos, sin evidencia de desprendimientos y/o hematomas. El cérvix es homogéneo y el Orificio Cervical Interno está cerrado.

Impresión diagnóstica:

1. **OBITO** de 39.4 semanas de gestación.
2. **CIRCULAR DE CORDON UMBILICAL A CUELLO.**

3. PLACENTA FUNDICA CORPORAL ANTERIOR Grado III, cotiledones definidos, sin evidencia de desprendimientos y/o hematomas.
4. Índice de líquido amniótico de 6, OLIGOAMINOS LEVE, aspecto turbio (a considerar meconio)
5. XX. Peso estimado de 3,797 gramos.
6. A correlacionar clínicamente.

Atentamente

Dr. Adrián Ced especialidad 6926129

Medico Radiólogo matricula 99078662

DECLARACION

DR. GERARDO

Quiero decirles que después de haber pasado la visita en hospitalización de las 07:00 a las 09:00 de la mañana del día 15 de octubre del 2017, ingrese al área de tococirugía para el pase de visita correspondiente encontrando a la paciente **Luisa**, que había ingresado la noche previa del 14 de octubre de 2017, con diagnóstico de primigesta con embarazo de 38.4 semanas de gestación ,sin trabajo de parto y Condilomatosis perineal la cual fue valorada por el médico en turno que indica que la paciente se encuentra sin trabajo de parto , con feto vivo en buenas condiciones y el motivo del ingreso que fue la Condilomatosis perineal era no obstructivo del canal de parto por lo que no era indicativo de cesárea de urgencia en ese momento . Una vez que yo la valore reitero lo descrito por el ginecólogo del área de tococirugía basado en el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal descrito en el partograma que contiene el expediente clínico, por lo que no habiendo indicación para el ingreso al área de tococirugia por trabajo de parto como lo marca la guía de práctica clínica de la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo que dice “ deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presenten contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 min, dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales que incluyen borramiento cervical mayor de 50 a 80 % y dilatación de más de 3 o 4 centímetros” y de acuerdo a las notas medicas del ginecólogo de admisión que ingresa a la paciente ,el ginecólogo que la vigila durante toda la noche y la mía propia , la paciente se encontraba sin trabajo de parto con un cuello posterior cerrado y formado por lo que decidí otorgarle alta transitoria a su domicilio dándole indicaciones de urgencia obstétrica como lo recomienda la guía práctica clínica antes mencionada que dice “ informar a las pacientes y a su familiar las manifestaciones de alarma obstétricas y así ser revalorada tales como: sangrado transvaginal ,dolor, contracciones uterinas ,cefalea , acufenos, fosfenos , edema de cara y manos , salida de líquido transvaginal y disminución de movimientos fetales” como consta en la nota de alta que se encuentra en el expediente clínico firmada y reconocida por mi persona y de la cual tiene copia el familiar y la propia paciente y por ultimo comento lo que dice la guía práctica clínica mencionada previamente “es recomendable que las mujeres con de bajo riesgo que no estén en la fase activa de trabajo de parto , no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias”, cerca de la 12:30 horas regresa paciente del área de admisión de tococirugía refiriendo dolor intenso, continuo y que había iniciado después de haberse bañado en su casa y haber tomado una taza de chocolate según me lo refirió la propia paciente , proceso a explorarle encontrándola inquieta , pujando con una actividad uterina anormal , es decir tenia polisistolia que significa número de contracciones mayores a o normal para un trabajo de parto , ausculte frecuencia cardiaca fetal no encontrando dicha frecuencia , realice tacto vaginal encontrando un cérvix o cuello prácticamente borrado con 2 a 3 cm de dilatación, membranas integras y que reitero no correspondía a un trabajo de parto normal por lo que le interrogué preguntándole si había sido manipulada por alguien como una partera por ejemplo, había tomado algún medicamento o le habían aplicado en la vía vaginal a lo que me contesto que solamente una taza de chocolate que le había dado su suegra , la ingrese al área de toco cirugía con diagnóstico de polisistolia con probable óbito y con sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta como consecuencia de la propia polisistolia, solicite ultrasonido para confirmación diagnóstica reportándome óbito con circular de cordón umbilical al cuello situación no descrita en ultrasonido previos incluyendo el del día 11 de octubre de 2017, realizado de forma privada por un médico radiólogo que labora en esta institución . Una vez establecido el diagnostico hable con el esposo de la paciente, le explique ampliamente lo que estaba ocurriendo y las probables causas refiriéndole también que le íbamos a aplicar analgesia obstétrica para aminorar el dolor de la paciente y abreviar el parto s lo cual el me firmo en la otra nota medica que estaba enterado y de acuerdo por el dicho de mi persona, eso es todo lo que tengo que manifestar.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS:

Para ilustrar claramente el presente dictamen es importante señalar algunos conceptos que se usan aquí, con el propósito de que quede explícita la terminología que se maneja por lo que debemos definir los siguientes términos:

IATROPATOGENIA: Todo desorden, alteración o daño en el cuerpo del paciente originado por la actuación profesional del médico.

LEX ARTIS MÉDICA: El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo; principios éticos de la práctica médica. El conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

MALA PRAXIS: Mala práctica en este caso MÉDICA estará determinada cuando exista IMPERICIA, NEGLIGENCIA o IMPRUDENCIA.

IMPERICIA: Falta de las habilidades o conocimientos técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada arte o profesión. Existente cuando en demasiada situación el médico no actúa como lo haría cualquiera de sus colegas o la mayoría de los mismos, en igualdad de condiciones, con los conocimientos, habilidades y cuidados exigidos.

NEGLIGENCIA: Incumplimiento de los principios inherentes al arte o profesión; esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, se hace. Es decir que teniendo la pericia, los conocimientos y la capacidad necesaria, no se pongan al servicio en el momento que se necesitan. Es lo contrario al servicio del deber.

IMPRUDENCIA: es lo opuesto a la prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultaran de esa acción u omisión.

INOBSERVANCIA: No acatar o conducirse con apego a lo establecido por las normas o reglas de la legislación vigente.

INTERCONSULTA: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA: Al procedimiento médico administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

RESUMEN CLINICO: Al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.
Deberá tener como mínimo: padecimiento actual diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

URGENCIA: A todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.

EXPEDIENTE CLINICO: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con

arreglo a las disposiciones sanitarias. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre, completo, así como la firma de quien lo elabora.

ANÁLISIS MÉDICO LEGAL.

Con base en lo anteriormente, expuesto se llega a las siguientes:

CONCLUSION

UNICA.- Eventualmente ante la situación de la paciente, existió negligencia por parte del personal quien fue incluida en la evaluación de la paciente mientras se encontraba dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, aunque bien es cierto que lo que declara el Dr. Gerardo que las pacientes con bajo riesgo deben de ser enviadas al domicilio y estar bajo observación y en caso de mostrar cualquier signo deberá ser enviada de nueva cuenta a urgencia, pero la misma guía de la práctica clínica sobre la vigilancia y manejo de del trabajo de parto de bajo riesgo dice dentro de sus recomendaciones “El personal de salud debe brindar un trato respetuoso, profesional y apegado a aspectos éticos y de derechos humanos a las pacientes que soliciten atención durante el embarazo y parto” el cual no fue realizado por parte del personal de salud, puesto que al momento de llegar nuevamente la paciente al no soportar el dolor el medico tomo una actitud poco profesional, gritándole que se callara. La misma guía antes mencionada también dice “No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard, monitor o doptone) de la frecuencia cardiaca fetal en embarazos de bajo riesgo posterior a la contracción uterina, cada 30 minutos” el cual no fue llevado a cabo por el mismo personal que la atendió, pues, en sus visitas simplemente le realizaban tacto vaginal sin revisar de manera manual la frecuencia cardiaca fetal y los médicos llegaban a revisión en tiempos muy prolongados (mayor a 2 horas). Cabe recalcar que en los estudios de imágenes se le dificultaba la frecuencia cardiaca fetal por lo que se debió de realizar otro método para poder tener la FCF, la guía de práctica clínica sobre la vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo dice: Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones: Trabajo de parto prolongado. Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina), dificultad de auscultación de foco fetal. Agregando lo siguiente: Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos. También escrito en la guía ya antes mencionada.

De acuerdo a la Guía de Referencia Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único menciona que uno de los factores de riesgo de muerte fetal es la disminución del líquido amniótico el cual el Dr. Gerardo menciona que existe un índice de líquido amniótico de 6 definiéndolo como oligoamnios (muy poca cantidad de líquido amniótico) donde tener este porcentaje es criterio para haber realizado una cesárea (según la Revista Médica Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo). Una forma de haber detectado el riesgo de muerte fetal es: Desaparición de percepción de los movimientos fetales, malestar general, mismo escrito en la Guía de Referencia Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único.

En conclusión si hubo Mala Praxis porque a pesar de tener las herramientas y los métodos para haber sospechado de un riesgo de muerte fetal, no se realizó, ignorando el riesgo que se ocasiono.

ATENTAMENTE
EL PERITO MÉDICO OFICIAL

DRA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- **Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único (México)**
- **Vigilancia y Manejo del TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (México)**
- **Revista Médica - Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo**

ANEXOS. Ninguno.