



RECOMENDACIÓN NO. 15 /2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DE ACCESO A LA SALUD DE V1, Y AL DERECHO DE ACCESO A LA SALUD, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE UN RECIÉN NACIDO ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ciudad de México, a 30 de junio de 2020.

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B, de la Constitución Federal; 1º y 3º, párrafo segundo; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como del 123, 128 a 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/1077/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.



2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
MR	Médico o Médica Residente

4. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación y evitar repeticiones innecesarias, se aludirá a las diversas instituciones y dependencias con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:



Institución	Acrónimo
Organización Mundial de la Salud	OMS
Objetivos de Desarrollo Sostenible	ODS
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CoIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Hospital General Tacuba del ISSSTE	H.G. de Tacuba
Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE	Hospital 1° de Octubre
Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido	UCIREN
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Semanas de Gestación	SDG



Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas	NOM-001-SSA3-2012
Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria	VAFO

I. HECHOS.

5. El 26 de enero de 2018, se recibió en este Organismo Nacional la queja interpuesta por V3, en la cual denunció actos violatorios en agravio de él, su esposa, y su recién nacido, cometidas por personas servidoras públicas adscritas al Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, derivadas de las complicaciones durante el trabajo parto y la inadecuada atención médica otorgada a su hijo recién nacido que resultaron en su fallecimiento.

6. En el escrito de queja V3 señaló que el 24 de agosto de 2016, su esposa V1, mujer de 23 años de edad, acudió al Hospital General Tacuba del ISSSTE para llevar su control prenatal. El 28 de septiembre de ese año, contando con 17 semanas de gestación, fue derivada al Hospital 1° de Octubre de la misma institución para continuar con dicho control, debido a que le fueron diagnosticadas alteraciones cardíacas (prolapso de válvula mitral e insuficiencia mitral leve). El 17 de octubre de 2016, acudió a la primera consulta al área de Perinatología y ahí



continuó con el seguimiento al control prenatal y con sus consultas en el área de Cardiología.

7. El 30 de enero de 2017, V1 con 35 semanas de gestación, ingresó aproximadamente a las 10:30 hrs. al área de urgencias de Hospital 1° de Octubre, debido a que comenzó con el trabajo de parto. A las 17:19 hrs. le fue practicada una cesárea de manera urgente, debido a una hemorragia que presentó en ese momento, aunado a que contaba con una cirugía previa de cuerpo uterino. Durante la cesárea fue necesario aplicarle anestesia general debido a una atonía uterina y una hemorragia anteparto.

8. Ese día a las 17:19 hrs. se registró el nacimiento de V2, de sexo masculino, Apgar de 8/8, peso de 2,865 kg y talla 47 cm. En su queja, V3 señaló que estuvo presente durante la cesárea de su esposa, en donde percibió que tuvo una hemorragia durante la cirugía que no afectó a su hijo, ya que lo escuchó llorar y se encontraba en perfectas condiciones. Aproximadamente treinta minutos después, una enfermera hizo de conocimiento a V1 que el recién nacido tenía dificultades para respirar, por lo que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido (UCIREN), en donde permaneció internado para su atención.

9. Durante la estancia de V2 en la UCIREN iniciaron ventilación mecánica asistida y les informaron sobre el diagnóstico de sospecha de neumonía uterina. El 8 de febrero les hicieron saber de la gravedad en la que se encontraba V2, presentando sepsis temprana arterial pulmonar. El día 11 del mismo mes y año un médico les dio a conocer el cierre exitoso del conducto arterioso.

10. El 13 de febrero V1 y V3 observaron que V2 comenzó a hincharse, a lo que el personal médico les comunicó que su hijo presentaba una falla orgánica múltiple, sin que les dieran explicaciones. Al día siguiente, el 14 de febrero a las 1:55 hrs., V2 presentó paro cardiorespiratorio, por lo que le aplicaron maniobras de reanimación, sin que resultaran exitosas, falleciendo a las 2:05 hrs. En el certificado



de defunción el personal médico asentó que la causa de muerte había sido Hiperkalemia, falla renal aguda y choque séptico.

11. Ante el fallecimiento V1 y V3 solicitaron la intervención de esta Comisión Nacional, ya que desconocen lo que ocurrió con su hijo recién nacido V2.

12. En razón de la recepción de la queja, esta Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/4/2018/1077/Q, solicitó información al ISSSTE y realizó las diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

13. Escrito de queja del 26 de enero de 2018, suscrito por V3, en el que relató los hechos por los que se inconforma de una posible violación a los derechos humanos.

14. Acta circunstanciada de 31 de enero de 2018, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación que se sostuvo con V3, en la que este último reiteró los hechos materia de la queja y señaló la atención médica negligente que recibió el recién nacido V2 desde su nacimiento registrado el 30 de enero de 2017 hasta el 14 de febrero de ese mismo año, fecha en que falleció.

15. Oficio número V4/24615, del 23 de abril de 2018, por el que este Organismo Nacional solicitó información a la autoridad presunta responsable.

16. Oficio SG/SAD/JSCDQR/02034-4/18, del 22 de mayo de 2018, mediante el cual el ISSSTE dio respuesta a la solicitud de información de este Organismo Nacional y remitió lo siguiente:

16.1. Informe médico del servicio de neonatología sobre el caso del recién nacido V2.



16.2 Expediente clínico del recién nacido V2.

17. Oficio SG/SAD/JSCDQR/02805-4/18, de 28 de junio de 2018, por el que el ISSSTE remitió lo siguiente:

17.1 Informe suscrito por la AR1, Médica Especialista en Ginecología y Obstétrica, respecto de la atención médica otorgada a V2.

17.2 Copia del expediente clínico de la atención Prenatal otorgada a V1 en el H.G. de Tacuba.

18. Copia de oficio 090201.1/069/Q-042/2018-06, de 8 de junio de 2018, firmado por el Director del Hospital Regional 1º de Octubre, al que anexó lo siguiente:

18.1 Informe médico suscrito por AR3, adscrito a Ginecología y Obstetricia.

18.2 Informe médico firmado por AR11. Adscrita a Servicio de Neonatología.

18.3 Informe médico de AR13 pediatra Neonatóloga.

18.4 Informe médico signado por AR8, pediatra Neonatólogo.

18.5 Informe médico de AR7 Pediatra Neonatólogo.

18.6 Informe médico firmado por AR12, adscrito al servicio de Neonatología.

18.7 Certificado de defunción

18.8 Expediente clínico relacionado con la atención médica de V2.

19. Acta circunstanciada de 21 de agosto de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar las manifestaciones de V1 respecto de la,



atención médica que recibió en el Hospital 1º de Octubre, así como las secuelas en su salud derivadas de la cesárea que le fue practicada el 30 de enero de 2017.

20. Opinión Médica emitida por el Área Médica de la Cuarta Visitaduría General

21. Acta circunstanciada de 30 de septiembre de 2019, en la que se hace constar que V1 y V3, aceptan el procedimiento de Conciliación.

22. Actas circunstanciadas de 3 y 9 de octubre de 2019, en las que hacen constar las brigadas de trabajo entre personal de este Organismo Nacional y del ISSSTE, en las que se mencionan que se informará si el caso de V3, se encuentra ante el Subcomité de Quejas Médicas, así como que no fue posible establecer si existe investigación ante el Subcomité de Quejas del ISSSTE, ya que por los mismos hechos se tiene el antecedente de que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene un expediente en trámite, relacionado con los hechos.

23. Escrito de 22 de agosto de 2019, suscrito por V1 y V3, en el que mencionan la atención que recibió la agraviada desde su ingreso al Hospital 1º de Octubre, a las 9:10 hrs. hasta que fue dada de alta el 5 de febrero de ese mismo año; asimismo, relata la atención que recibió en el H.G de Tacuba de ese mismo Instituto, a partir del 13 de julio de 2018 y agregó lo siguiente.

23.1) Copias relacionadas con el expediente clínico V1 en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE.

23.2) Copias del expediente clínico de V1, relacionadas con la atención médica que se le otorgó en el H.G. de Tacuba del ISSSTE, posterior al parto.

24. Oficio número DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/03850-4/19, de 27 de agosto de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió lo siguiente:



24.1 Transcripción mecanográfica de la nota de cardiología suscrita por médica cardióloga, así como notas de enfermería.

25. Oficio DNSyC/SAD/0024/20, suscrito por la Subdirectora de Atención al Derechohabiente, mediante el cual informa que el Comité de Quejas del ISSSTE, en su Décima Séptima Sesión Extraordinaria 2018, celebrada el 8 de octubre de 2018, declaró improcedente la Queja Médica interpuesta por V3 ante la Comisión de Arbitraje Médico. Resolución que fue confirmada por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE en su Vigésimo Cuarta Sesión Ordinaria de 16 de diciembre de 2019, por lo que ese Instituto no se encuentra en condiciones de cumplir a cabalidad con la conciliación emitida por este Organismo Nacional.

26. Acta circunstanciada de 17 de abril de 2020, en la que se hace constar la atención médica que recibió V1 en el Hospital 1º de Octubre desde que ingresó el 30 de enero de 2017 hasta que se le realizó la cesárea; asimismo, hace mención de que la CONAMED llevó a cabo una junta conciliación con el ISSSTE, pero ese Instituto no aceptó la responsabilidad médica y por tanto, no aceptó indemnizar.

27. Acta circunstanciada de 26 de mayo de 2020, en la que se hace constar las manifestaciones de V1, respecto de la atención médica posterior a la cesárea, así como las secuelas de la misma y las intervenciones que ha tenido para recuperar su salud.

28. Ampliación de opinión médica emitida por el Área Médica de la Cuarta Visitaduría General de 29 de junio de 2020.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

29. El 16 de mayo de 2017, V1 y V3, acudieron a la CONAMED para interponer Queja, sin embargo, el ISSSTE informó que en la décima séptima sesión extraordinaria en 2018 del Comité de Quejas Médicas declaró improcedente la queja médica al no existir deficiencia médica, negativa o imposibilidad institucional



determinando por lo que no ha lugar la indemnización, argumentando en ello la no aceptación de la conciliación.

30. Posteriormente y como parte del procedimiento de queja desarrollado en esta Comisión Nacional, el caso fue analizado nuevamente el 16 de diciembre de 2019 en la sesión vigésimo cuarta del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, informando que dicho Comité no modificó su postura y resolviendo en segunda ocasión como improcedente el acto reclamado y no procedía el pago de la indemnización, por lo que esta institución no aceptó la Propuesta de conciliación presentada mediante el oficio V4/80573 del 14 de noviembre de 2019.

31. V1 y V3 informaron a esta Comisión Nacional que no han presentado otra queja administrativa o denuncia penal alguna por los hechos.

IV. OBSERVACIONES.

32. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2018/1077/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos, derecho acceso a la salud y a una vida libre de violencia a V1, así como el derecho a la salud, a la vida y al interés superior de la niñez de V2.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, EN RELACIÓN CON LA ADECUADA ATENCIÓN MÉDICA.

33. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, por tanto, debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las



condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades. Tiene como finalidad que el Estado, en todos sus niveles, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, conforme a los artículos 1° y 4°, párrafo cuarto de la Constitución Mexicana, que prevén el derecho de toda persona a la protección de la salud, de manera especial el noveno párrafo establece que: “*Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral*”.

34. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”¹.

35. Esta Comisión Nacional considera que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad [...]*” .

36. El derecho de acceso a la salud es de tal importancia que se encuentra protegido por una gran diversidad de instrumentos internacionales, como en el

¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala, Novena Época. Materia Administrativa. Tesis Jurisprudencia “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009. Tesis: 1a./J. 50/2009. Registro 167530.



artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12.

A.1 Derecho de protección a la salud de la mujer durante el embarazo y el puerperio.

37. Para la presente Recomendación se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*”, por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”.

38. De acuerdo con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODS), México ha avanzado de manera relevante en el porcentaje de partos con asistencia de personal capacitado, al pasar de 76.7% en 1990 a 98.2% en 2015. Conforme a estos mismos indicadores, el número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada desde 2011 superó la meta establecida de 5.0, ubicándose actualmente en 5.35 consultas.

39. Por su parte en los ODS, se establece reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos y niños, en este sentido se destaca el objetivo número 3, mediante el cual el Estado se obliga a asegurar una vida sana,



al igual que promover el bienestar para “todos en todas las edades”; y el 5, encaminado a alcanzar la igualdad de género “y empoderar a todas las mujeres y niñas” (“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, medidas 7.3 y 7).

40. En específico sobre el control prenatal, la UNICEF y la OMS resaltan la relevancia de acudir al menos a cuatro visitas prenatales con el objeto de prevenir y tratar con oportunidad las complicaciones en la salud de las mujeres embarazadas, así como el acceso de una salud adecuada en el momento adecuado, sin demérito de lo establecido como meta por los ODS.

41. La OMS ha señalado que “La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja”²

42. . (El Director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS, Dr. Anthony Costello, ha señalado que «Un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud», señaló”.³

43. El artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño recoge dicha interconexión entre la atención a la madre y el derecho de la niñez en gestación al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en “asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”. El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 “sobre el derecho

² La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Comunicado de Prensa. 7 de noviembre de 2016. <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

³ Ibidem.



del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”*⁴.

44. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁵.

45. Por lo anterior, la Comisión Nacional apunta que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de que su salvaguarda se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer embarazada.

46. Bajo esa premisa, este Organismo Autónomo considera que la prestación del servicio médico que se brinde a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que

⁴ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016CNDH. Recomendación General 15.Párr. 18.

⁵, Ídem.párrafo. 21.



podieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud.

47. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica que recibió V1 durante su embarazo y parto, así como la atención del recién nacido V2, en las que se advirtieron una serie de irregularidades que derivaron en el fallecimiento de V2.

A.2 Derecho de protección a la salud de la niñez, especialmente del recién nacido.

48. El derecho de protección a la salud de la niñez se encuentra reconocido en el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño que señala: *“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*. Complementariamente en el párrafo 2 determina que se adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil.

49. En el desarrollo de este derecho, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, determina que “[...] *la salud infantil desde la óptica de los derechos del niño, en el sentido de que todos los niños tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.*”

50. Además, interpreta que el derecho del niño a la salud, como “[...] *derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el*



*derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud [...]*⁶

51. La Agenda de Desarrollo 2030, establece en el ODS 3.2 “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos”.⁷

A.3 Atención médica por cardiopatías a V1 en distintos hospitales del ISSSTE

52. En el presente caso es importante precisar que V1 desde el 15 de abril de 2014, recibió atención médica por parte del ISSSTE, iniciando en la Clínica de Medicina Familiar Legaria, de ahí fue referida al servicio de cardiología del H.G de Tacuba, de esa misma Institución, debido a que fue confirmado el padecimiento de prolapso mitral que tres años y medio atrás fue diagnosticado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que, a partir del 9 de mayo de 2014, el ISSSTE le proporcionó tratamiento médico y el correspondiente seguimiento. Cabe mencionar que, de la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión, del análisis del expediente clínico se observó que esta atención médica fue oportuna y adecuada. Incluyendo el periodo de embarazo, durante el cual dieron seguimiento a la cardiopatía y que no señalaron que el desarrollo estuviera comprometido o que el nacimiento requería de ser de alguna manera particular para una adecuado seguimiento y atención.

53. El prolapso valvular mitral es una alteración anatómica que “involucra la válvula mitral, la cual separa las cámaras superior e inferior del lado izquierdo del corazón, en esta afección, la válvula no cierra normalmente” y es considerada una condición

⁶ Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, párr. 2.

⁷ <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>



benigna, puede presentar complicaciones con severidad variable, como la endocarditis, la insuficiencia mitral, los eventos embólicos y las arritmias.

A.4 Atención Prenatal de V1 en la Clínica de Medicina Familiar Legaria, en el H.G de Tacuba y en el Hospital 1 de Octubre todos del ISSSTE.

54. La atención médica prenatal que llevó V1 fue proporcionada en diversas Unidades de atención médica del ISSSTE, la cual comenzó el 04 de agosto de 2016 en la Clínica de Medicina Familiar Legaria, de donde fue referida al servicio de ginecología del H.G de Tacuba, por presentar embarazo de 9 semanas de gestación (SDG) con factores de riesgo obstétrico (cistitis y vaginitis crónica con desarrollo de E-coli en exudado vaginal sin respuesta a múltiples tratamientos prescritos en diversas ocasiones, enfermedad cardíaca), y fecha probable de parto del 26 de marzo de 2017.

55. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional esta remisión fue adecuada, dando cumplimiento a *Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo*⁸, en la que establece, que las pacientes que cursen con embarazo complicado o factores de alto riesgo para resultados adversos enviarlas a segundo nivel de atención médica.

56. Asimismo, la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Cardiopatía en el embarazo*⁹, recomienda referir a una unidad médica hospitalaria que cuente con un equipo multidisciplinario capacitado y con la tecnología adecuada.

57. Cabe señalar que médica general de la Clínica familiar, quien atendió a V1 omitió establecer en la referencia, el tratamiento prescrito para los padecimientos de cistitis y vaginitis crónica, lo cual, en caso de no haberlo indicado, expuso a V1 a complicaciones como agravamiento de los procesos infecciosos.

⁸ Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009.

⁹ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Cardiopatía en el embarazo. México: Secretaría de Salud, 2011.



58. El 26 de agosto de 2016, V1 se presentó en el servicio de Gineco-Obstetricia del H.G. Tacuba, donde AR1., integró el diagnóstico de embarazo de 12.5 SDG, y describió las siguientes enfermedades cardiacas: prolapso de válvula mitral, insuficiencia mitral leve y taquicardia supraventricular controlada. En ese momento V1 negó datos de vasoespasmo y contracciones uterinas; también, refirió cursar con sensación continua de orinar y presencia de flujo abundante amarillento, espeso y no fétido, datos sugestivos de vaginitis infecciosa.

59. En ese tenor, de manera adecuada la AR1, solicitó estudios de laboratorio prenatales, incluyendo exudado vaginal; sin embargo, en la nota médica no se estableció el tratamiento para el proceso infeccioso, lo cual pudo agravar la infección y/o amenaza de aborto, aclarando que éste último (amenaza de aborto) no se presentó, por lo que es posible que el tratamiento no se haya registrado en la nota médica. La citada omisión incumplió la NOM-004-SSA3-2012.

60. Cabe señalar que V1 tuvo revisiones los días 29 de agosto, 22 y 26 de septiembre, todos de 2016, en esta última se le realizó ultrasonido, donde se asentó embarazo de 17 SDG con producto único vivo y sin alguna alteración. Además, se le realizó exudado cervicovaginal y cultivo de orina (urocultivo), resultando la inexistencia de infección vaginal o en vías urinarias y, posteriormente, de los diagnósticos emitidos el 28 de septiembre de 2016, se decidió su referencia a tercer nivel de atención para su manejo por el antecedente de enfermedades cardiacas de V1.

61. Ante lo descrito en la atención médica respecto del flujo espeso amarillo no fétido, la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de Atención*¹⁰, refiere que el personal clínico y la paciente deben diferenciar entre descarga vaginal o secreción vaginal normal debida a los cambios hormonales pre

¹⁰ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de Atención Secretaría de Salud; 11 de Diciembre de 2014. Pág. 8.



y post-ovulatorios y anormal (lechosa o blanquecina, amarillenta, fétida semejando olor a pescado, pruriginosa, o ardor en genitales), siendo necesario contar con una herramienta clínica actualizada para ofrecer prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de vaginitis infecciosas, ya que estas afectan la calidad de vida de las mujeres y durante el embarazo aumenta la probabilidad de ruptura prematura de membranas.

62. La cervicovaginitis infecciosa, es la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozooario por tricomonas vaginalis.

63. En la paciente con embarazo y presencia de vaginitis bacteriana se debe tratar medicamente e informar a la paciente y a su acompañante que el no tratarla aumenta el riesgo durante el embarazo de abortos, partos prematuros y ruptura prematura y endometritis, por lo que debe de ser tratada y vigilada con fines de evitar estas complicaciones.¹¹

64. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, de forma apropiada se indicó el envío de V1 a un tercer nivel de atención, debido a que presentaba datos de embarazo de alto riesgo por sus enfermedades del corazón. Sin embargo, de forma inadecuada la AR1 ante los datos clínicos de cervicovaginitis infecciosa, de manera inadecuada omitió su tratamiento, lo cual expuso a V1 a un aumento en el riesgo de morbimortalidad materna y fetal, toda vez que el no tratar el proceso infeccioso vaginal condicionaba un aumento en el riesgo de abortos, partos prematuros y ruptura prematura, endometritis.

65. El 17 de octubre de 2016, V1 fue valorada en el servicio de Perinatología del Hospital 1° de Octubre, donde se determinó que contaba con 20.1 semanas de gestación, cardiopatía o enfermedad materna e infecciones urinarias y vaginales, cervicovaginitis mixta, y como plan indicó abrir expediente, cita en 2 semanas para

¹¹ Ídem. Pág 27.



ultrasonido, medidas de urgencia obstétrica, cita abierta a urgencias, multivitamínico, laboratorios de control, interconsulta a Cardiología, nitrofurantoína¹² cápsulas una cada 8 hrs. por 10 días, y clindamicina con ketoconazol¹³ óvulos uno cada 24 hrs. por 7 días vía vaginal. Diagnósticos y tratamientos que, conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional fueron acordes a las Guías de Práctica Clínica y a la bibliografía médica aplicable al caso.

66. El día 04 de noviembre de 2016, la paciente fue valorada por una médica residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia) en el Hospital 1º de Octubre, quien reportó embarazo de 22.5 SDG y enfermedad materna del corazón en seguimiento. También, reportó ultrasonido con medidas fetales en promedio para la etapa del embarazo, líquido amniótico y placenta normales. Además, indicó cita abierta a urgencias y programó ultrasonido de control en tres semanas.

67. El mismo 04 de noviembre de 2016, se reportó exudado vaginal y cultivo de orina (urocultivo) con presencia de dos microorganismos: *Escherichia Coli* y *Enterococcus Faecalis*, los cuales se confirmaron los días 09 y 10 de noviembre de 2016, así como los antibióticos sensibles para los citados agentes infecciosos. También, se realizó examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático y química sanguínea con resultados en parámetros normales. La biometría hemática registró datos de anemia leve.¹⁴

68. El 28 de noviembre, V1 fue atendida por AR1 del servicio de Perinatología del Hospital 1º de Octubre. De la exploración física se encontró a V1 con buen estado general, presentaba taquicardia y el producto de la gestación vivo con parámetros

¹² Nitrofurantoína: medicamento bactericida específico contra infecciones del aparato urinario. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Nitrofuranto%C3%ADna.htm.

¹³ Clindamicina y Ketoconazol: antibiótico indicado en el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana causada por *Bacteroides spp*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp*, *Mycoplasma hominis*, así como por otros gémenes anaerobios. Por su acción antimicótica está indicado en el tratamiento de Candidiasis vaginal y vaginitis mixta. https://medicamentosplm.com/Home/productos/trexen_duo_capsulas/13/101/10177/14.

¹⁴ Hemoglobina 11.4 g/dl (normal: 14-18 g/dl), y hematocrito 35.5% (normal: 42 a 52%).



normales e indicó adecuadamente suplemento de hierro al diagnosticar anemia leve.

69. Sobre el reporte de E. Coli en el exudado cervicovaginal y cultivo de orina, AR1 indicó cita en 4 semanas, medidas de urgencias sin describirlas, multivitamínico, trexen duo (ketoconazol con clindamicina) óvulos cada 24 horas por 7 días, nitrofurantoína cada 8 horas por 10 días y solicitó estudios de laboratorio de control.

70. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de Atención*¹⁵, recomienda que toda mujer con historia de descarga vaginal anormal persistente debe ser examinada clínicamente, pero en este caso AR1 difirió el tacto vaginal, lo cual fue inadecuado, toda vez que la citada doctora debió corroborar las características de la secreción vaginal, para tener mayores elementos para diagnosticar y con ello proporcionar el tratamiento adecuado, tomando en cuenta que estas infecciones eran persistentes y podían generar un riesgo para el binomio materno fetal, no obstante, se considera que el plan médico en general fue el adecuado.

71. El 19 de diciembre de 2016, se reportó ultrasonido realizado a V1, con embarazo de 29.1 SDG, frecuencia cardiaca fetal, placenta y líquido amniótico dentro de parámetros normales. Por lo que el embarazo evolucionaba de manera adecuada con buen desarrollo del producto de la gestación.

72. El 02 de enero de 2017, se reportó exudado vaginal realizado a V1, reportando la presencia de “MICROORGANISMO 1 ENTEROCOCCUS FAECALIS. MICRRORNANISMO 2 ESCHERICHIA COLI”, confirmando que la infección vaginal por ambos microorganismos persistía.

¹⁵ Ibid. Secretaría de Salud; 11 de Diciembre de 2014. Pág. 17.



73. El 16 de enero de 2017, en el Hospital 1° de octubre, V1 fue valorada en el Servicio de Perinatología por AR2, describiendo embarazo de 33.1 SDG, movimientos fetales presentes, sin pérdidas transvaginales, no refirió sintomatología urinaria, presencia de flujo vaginal no fétido y sin edema de miembros inferiores, no actividad uterina (contracciones) y negó otra sintomatología, otra vez, sin llevar a cabo tacto vaginal. El examen general de orina arrojó infección en vías urinarias, sin más descripción y, como plan indicó cita en una semana, multivitamínico, gentamicina¹⁶ 160 miligramos intramuscular cada 24 horas por 7 días, y refirió se encontraba pendiente el resultado de urocultivo.

74. La Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional señala que conforme a la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención*, la infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, conlleva a un incremento significativo en la morbilidad tanto en la madre como en el feto.

75. La complicación más frecuente debido a infección de vías urinarias bajas en la mujer embarazada es el parto prematuro siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal; representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez. Su frecuencia se estima en 5 al 10% de todos los embarazos y de acuerdo a publicaciones la cifra es de 6.73%.¹⁷

76. Es por ello que la Opinión Médica de esta Comisión Nacional indica que, con relación a lo descrito en la bibliografía médica y en la atención médica brindada por

¹⁶ Gentamicina: antibiótico aminoglucósido de amplio espectro. Actúa sobre bacterias gramnegativas aerobias, incluyendo enterobac-teriáceas, Pseudomonas y Haemophilus. Actúa también sobre estafilococ-
(Staphylococcus aureus y Staphylococcus epidermidis) incluyendo cepas productoras de penicilinas, tiene actividad muy limitada sobre estreptococos. Indicada en infecciones genitourinarias que incluye infecciones complicadas y recidivantes.
http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Gentamicina%20Iny.htm

¹⁷ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención. Pág. 8 .



la AR2 el día 16 de enero de 2017, es posible establecer que acertadamente indicó tratamiento para la infección de vías urinarias toda vez que su evolución condicionaba un aumento de resultados adversos. Sin embargo, el mismo día V1 refirió la presencia de flujo vaginal no fétido y AR2 omitió realizar la exploración vaginal para corroboración diagnóstica, pasando inadvertido lo establecido en la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de Atención*.

77. Se advierte que AR2 no consideró los múltiples procesos infecciosos cervicovaginales. En ese sentido, cabe mencionar que el 02 de enero de 2017, se reportó la presencia de *Enterococcus Faecalis* y *Escherichia Coli* en exudado vaginal, así como el listado de antibióticos sensibles para ambos microorganismos, en el cual no se encontraba la gentamicina para el *Enterococcus Faecalis*; situación que no fue considerada por AR2, lo que aumentó el riesgo de resultados adversos de V1, como: ruptura prematura de membranas y/o parto prematuro, resaltando que el 30 de enero de 2017, V1 presentó la citada complicación obstétrica, es decir, parto pretérmino, tal como se describirá más adelante.

78. Como última atención prenatal se encontró el ultrasonido realizado a V1 el 25 de enero de 2017 en el Hospital Regional 1° de octubre en el Servicio de Perinatología, en el que se asentó embarazo de 34.6 semanas, feto único vivo con movimientos, con frecuencia cardíaca fetal, placenta y líquido amniótico normales, otorgando cita en una semana para realizar registro cardiotocográfico para corroborar el bienestar fetal.

79. Con relación a todo lo anterior, se evidencia que en el control prenatal a V1 se le realizaron múltiples laboratorios y referencias al segundo nivel de atención por parte del personal médico de la Clínica de Medicina Familiar Legaria del ISSSTE, además de atenciones médicas por personal médico del servicio de Cardiología y Ginecología y Obstetricia, el envío al tercer nivel de atención por parte del personal médico del H.G de Tacuba del ISSSTE, así como laboratorios, estudios de gabinete



y atenciones médicas de Perinatología y del servicio Cardiología en el Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE, lo cual fue apropiado.

80. A pesar de la atención señalada, se evidencia que AR1 no proporcionó tratamiento para infecciones que presentaba V1, a pesar de haberla remitido adecuadamente al tercer nivel de atención y fue hasta su siguiente cita el 17 de octubre de 2016 que le proporcionaron tratamiento médico adecuado para este padecimiento, con lo que se puede inferir que durante 19 días no conto con tratamiento, exponiéndola a los efectos de esta.

A.5. Inadecuada atención médica durante el Parto a V1 en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE.

81. El 30 de enero de 2017 a las 10:48 hrs., se presentó V1 al servicio de urgencias del Hospital 1º de Octubre, donde AR3 y 3 médicos residentes quienes establecieron que el motivo de consulta era la sensación de un cuerpo extraño en la región vulvar o región genital externa, con comezón de 2 días y presencia de flujo vaginal amarillento, refiriendo V1 que en ese momento se encontraba con manejo a base de metronidazol de 5 días vía vaginal, haciendo mención respecto a las infecciones de vías urinarias y vulvovaginales recurrentes, sin requerir hospitalización.

82. En la nota médica se agregó *“abdomen en gestación, sin palpase actividad uterina, con movimientos fetales; al tacto vaginal con temperatura normal, dilatación del cérvix de 5 centímetros y 50% de borramiento, confirmando que V1 se encontraba en trabajo de parto activo”*.

83. Sobre la situación del feto, señalaron que contaba con frecuencia cardiaca normal¹⁸, tamaño correspondiente a 35.3 SDG, peso estimado de 2847 gr., placenta

¹⁸ 148 latidos por minuto.



madura¹⁹, líquido amniótico normal²⁰, índice de Bishop²¹ de 9, considerando la dilatación, borramiento, posición y altura de la presentación, estableciendo un 95-99% de probabilidad de éxito en la conducción del trabajo de parto, por lo que se decidió su ingreso para vigilancia de binomio materno fetal.

84. Sobre el arribo de V1 al área de Urgencias del Hospital 1° de Octubre, la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional señala diversos elementos de observación. El primero es que V1 cursaba con datos clínicos compatibles con vaginitis por tricomoniasis con tratamiento médico sugerido por las Guías de Práctica Clínica. En ese tenor, cabe mencionar que la citada infección aumento el riesgo de parto pretérmino, complicación obstétrica que presentaba en ese momento V1, relacionándose con la atención prenatal otorgada a V1.

85. Otro elemento de observación es que el AR3, junto con el personal médico residente, determinó que V1 cursaba con trabajo de parto en fase activa; sin embargo no se consideró la edad gestacional de 35.1 SDG; es decir que presentaba un parto pretérmino, complicación obstétrica que pasó inadvertida por el personal médico que valoró a V1 a su ingreso.

86. Al respecto, era aplicable la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretérmino*, ésta refiere que el Parto pretérmino tardío es aquel en el nacimiento se da entre las 34 semanas con 0 días hasta las 36 semanas con 6 días de gestación.”²² Asimismo, señala que el “parto pretérmino representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en 70% con la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, la madre y sus

¹⁹ *Placenta fundica grado III de maduración.*

²⁰ *ILA de 15 cm.*

²¹ Cuando los parietales fetales no han rebasado totalmente el estrecho superior de la pelvis materna y el feto aún no se ha encajado y por la exploración vaginal puede ser rechazado de la pelvis materna.

²² *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretérmino.* México, CENETEC; 2017. pg.7.



familias. Los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino son de gran trascendencia para las familias, la sociedad, las instituciones y los gobiernos²³.

87. La misma Guía de Práctica Clínica establece que derivado de un metaanálisis de 2003, que incluyó 18 estudios y 20,232 mujeres con embarazo de bajo riesgo, señala que una asociación demostrada de vaginosis bacteriana diagnosticada durante el embarazo incrementa 2 veces más el riesgo de parto pretérmino, por lo que es recomendable la búsqueda intencionada y tratamiento de la vaginosis bacteriana en pacientes sintomáticas durante el embarazo, debido a su asociación a esta asociación²⁴.

88. Sobre el caso particular de V1, la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional establece que en diversas ocasiones a lo largo de su embarazo, infecciones vaginales, lo que a su vez, incrementó el riesgo de presentar un parto pretérmino y las complicaciones derivadas del mismo, que se presentaron el 30 de enero de 2017.

89. En relación con la intervención médica del parto pretérmino la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretérmino* describe que “el objetivo de un diagnóstico temprano [...] es establecer apropiadamente tres intervenciones que contribuyen a la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal, las cuales son:

- *Referir a la mujer con parto pretérmino a una unidad hospitalaria con unidad de cuidados intensivos neonatales;*
- *Administración de glucocorticoides en la madre para promover la inducción de madurez pulmonar;*

²³ Ídem. Pág. 8.

²⁴ Ídem. Pág.18.



- *Establecer un tratamiento en las mujeres con parto pretérmino con antibióticos efectivos que eviten o disminuyan la infección por estreptococo B hemolítico”²⁵.*

90. Lo anterior permite establecer, que en los casos de partos prematuros, la vigilancia materno-fetal está orientada a la prevención de complicaciones en el neonato, principalmente las respiratorias, por la inmadurez pulmonar que pudiera presentar una vez que nace la persona recién nacida. En el caso que nos ocupa, de las indicaciones médicas, se hubiera prescrito manejo de inducción de madurez pulmonar fetal con glucocorticoides y tratamiento antibiótico, omisión que aumentó el riesgo de complicaciones neonatales, como: síndrome de distress (dificultad) respiratorio y soporte respiratorio, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, desarrollo de infecciones en las primeras 48 horas de vida en neonatos prematuros, y pérdida de la vida. En este caso, es importante la observación del binomio materno fetal como un todo y no de manera separada.

91. Otra parte del tratamiento del parto prematuro, establecido en la misma Guía de Práctica Clínica es la administración de terapia tocolítica (fármacos que inhiben las contracciones) la cual puede retrasar el parto pretérmino. Sus objetivos son: otorgar un tiempo suficiente para la administración de los corticoesteroides prenatales para maduración pulmonar fetal y permitir la referencia de la paciente a una unidad hospitalaria de 3er nivel.

92. Este tipo de terapia incluye el uso de una serie de fármacos y la decisión de su uso de cuál de estos depende de cual elija el personal médico y debe basarse en las características individuales de cada paciente. La evidencia apoya el uso de fármacos tocolíticos o inhibidores de las contracciones uterinas a corto plazo para

²⁵ ídem. Pág. 27.



prolongar el embarazo durante al menos 48 horas para que permita la administración de esteroides prenatales.²⁶

93. Con relación a la aplicación de corticoesteroides, la Guía de Práctica Clínica evidencia que en las mujeres con embarazo y riesgo de parto pretérmino entre 24 horas a 7 días, el tratamiento prenatal con corticoesteroides está indicado, ya que su administración se asocia con la reducción significativa de los riesgos que representa, como la mortalidad neonatal (41%), reducción en el síndrome de distress (dificultad) respiratorio y soporte respiratorio, entre otros.

94. Los beneficios de los esteroides prenatales también se pueden observar si se realiza por menos 24 horas y se debe administrar una primera dosis de corticoesteroides prenatales, aun si la capacidad de dar la segunda dosis es improbable.

95. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional señala que la terapia antenatal con corticoesteroides para la maduración pulmonar debe administrarse a mujeres con embarazos menores a 38 semanas²⁷, por lo que en el caso de V1 estaba indicado. Por lo tanto, es posible determinar que, inadecuadamente AR3 omitió la prescripción de corticoesteroides al ingreso de V1 al servicio de urgencias, lo que a su vez, aumentó el riesgo de morbi-mortalidad en el neonato.

96. Acerca del parto prematuro, permite establecer que, V1 ameritaba prolongar el embarazo, que se emplearan para ello terapia de tocolíticos y el uso de corticoesteroides con el objetivo de inducir la madurez pulmonar fetal, toda vez que V1 cursaba con un embarazo de 35.1 semanas de gestación que condicionaba un incremento en la probabilidad de resultados adversos.

²⁶ Ídem. Pág. 36.

²⁷ Ídem. Pág.38.



97. Continuando con la atención médica del parto de V1, en el expediente clínico se encontró el partograma²⁸ con hora de 10:20 hrs., sobre esta tiempo existe una contradicción con la de ingreso de ese mismo día a las 10:28 hrs. Con esta herramienta (partograma) se puede observar que la frecuencia cardiaca fetal fue revisada por el personal de salud en promedio cada media hora, reportando frecuencias dentro de parámetros normales. Asimismo, el saco amniótico se mantuvo íntegro durante las 7 horas en las que se mantuvo en vigilancia del trabajo de parto.

98. Sobre el proceso de dilatación cervical, se advierte que desde las 10:00 hrs. hasta las 16:00 hrs., se reportó con 6 cm de dilatación, que si bien es cierto, se menciona como diagnóstico la falta de progresión del trabajo de parto, cabe aclarar no era un trabajo de parto normal por ser prematuro y a pesar de que lo adecuado era buscar ampliar el embarazo con el objetivo de la aplicación de maduradores pulmonares para disminuir el riesgo neonatal, que el que se mantuviera el trabajo de parto por 6 horas sin progresar su dilatación no contribuyó a las complicaciones que presentó posteriormente el neonato.

99. La Opinión Médica de esta CNDH señala que en el partograma se advierte que el binomio materno-fetal se encontraba dentro de la normalidad, lo que implicaba que no cursaban con alguna indicación absoluta para una intervención vía abdominal (cesárea) urgente²⁹ de acuerdo a la *Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea*, toda vez que no se reportaron datos de baja reserva fetal o alteraciones en la madre, respecto a enfermedad cardiaca de base.

²⁸ Partograma. Es la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. NOM-007-SSA2-2016, en su apartado 3.32.

²⁹ Cesárea iterativa, presentación pélvica, sufrimiento fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa, placenta de inserción baja, incisión uterina corporal previa, presentación de cara, prolapso del cordón umbilical, hidrocefalia, gemelos unidos, infecciones maternas de transmisión vertical [MH], embarazo pretérmino [<1500 gramos de peso fetal], condilomas vulvares genitales. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.



100. Del análisis del expediente se encontró que el mismo día a las 12:11 hrs., se reportaron resultados de análisis de laboratorio con presencia de neutrófilos, lo cual se relacionaba con la infección que presentaba V1.

101. A las 14:00 hrs. del mismo 30 de enero de 2017, V1 fue valorada por personal de salud de quien no se advierte nombre ni firma, encontrándola con signos vitales dentro de parámetros normales. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal especializado de esta Comisión Nacional, señala que es posible advertir que V1, se encontraba con un trabajo de parto sin complicaciones, ni nuevos datos clínicos; en cuanto a la dilatación cervical, el personal médico reportó 7 cm de dilatación, lo cual se contrapone a lo registrado en el partograma a las 14:00 hrs. de 6 cm de dilatación desde su ingreso y a su vez evidencia que no existía una “falta de progresión del trabajo de parto”. Sin embargo, esto no cambia el diagnóstico de la paciente de parto prematuro, ni el objetivo de retrasar el trabajo de parto y/o prolongar el embarazo con el fin de aplicar maduradores pulmonares para disminuir las complicaciones neonatales.

102. Cabe mencionar que, en las indicaciones, el personal médico omitió nuevamente la terapia tocolítica para prolongar el embarazo y la prescripción de corticoesteroides para la inducción de la maduración pulmonar del feto, aumentando así el riesgo de complicaciones neonatales antes mencionadas.

103. Posteriormente, la AR4 valoró a V1, y elaboró nota médica sin establecer fecha ni hora, por lo que no se puede conocer el momento preciso de la atención médica. Asentó que V1 se encontraba con signos vitales normales, actividad uterina irregular, sin pérdidas transvaginales y modificaciones del cérvix de un trabajo de parto; es decir, que el binomio materno fetal se encontraba sin complicaciones; indicando AR4 mantener a V1 en vigilancia y dejar a libre evolución el trabajo de parto.



104. Se destaca que nuevamente omitió la prescripción tanto de tocolítics para prolongar el embarazo, así como de la terapia con corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal, por tratarse de un parto prematuro, aumentando la morbi-mortalidad neonatal.

105. Posteriormente, dentro del expediente clínico se localiza “Hoja de Operaciones”, a las 16:30 hrs., firmada por AR5 y MR1, en la que establecieron el diagnóstico preoperatorio: gesta 3, cesárea 1 y parto 1, embarazo de 35.1 SDG por fecha de última menstruación, vulvovaginitis y cervicitis erosiva en tratamiento, prolapso de la valvula mitral, trabajo de parto y paridad satisfecida. Se proyectó realizar el procedimiento quirúrgico de cesárea Kerr y Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Como se ha venido analizando a lo largo de esta opinión médica, no se advierte dentro de los diagnósticos preoperatorios que el binomio materno fetal estuviera cursando con alguna indicación absoluta de interrupción del embarazo vía abdominal urgente (cesárea).

106. Otra situación a considerar, fue que durante la atención prenatal y la atención por parte del servicio de cardiología dentro del Hospital 1° de Octubre, que es de tercer nivel, en ningún momento el personal médico se planteó que era necesario realizar la resolución del embarazo mediante cesárea, ya fuese por las cardiopatías que presentaba V1 o bien por las infecciones recurrentes y vaginitis. La realización de la cesárea de manera injustificada se analizará más adelante.

107. Sobre el procedimiento quirúrgico de cesárea esta fue descrita por el personal médico y se reportó el nacimiento de *masculino con peso de 2865 gr., talla 47 cm, Apgar 8/8/8, hora nacimiento a las 17:19 hrs, pasa Unidad de Cuidados Intensivos de Recién Nacido*, sin que se mencionaran complicaciones neonatales aparentes al momento de su nacimiento.



108. Posteriormente al nacimiento, al empezar el cierre, AR5 y personal médico residente describió que la paciente cursó con una hemorragia obstétrica, emergencia obstétrica secundaria a pérdida del tono muscular del útero (atonía uterina). De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, *“la hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10%. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina (80% de los casos)”*³⁰.

109. Ahora bien, respecto a la atonía uterina, la *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato*, existe evidencia que es responsable del 50% de las hemorragias de la etapa de alumbramiento y del 4% de muertes maternas y esta relacionada por dos causas que la predisponen: sobredistensión uterina y fatiga uterina. En el puerperio inmediato, la presencia de sangrado transvaginal, abundante y útero flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual, son datos de atonía uterina. Se considera atonía uterina cuando la paciente presenta sangrado activo abundante posterior al alumbramiento, causado: porque no se contrae que proviene del sitio de implantación placentaria; por distensión uterina debido a macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios y multiparidad; datos de fatiga uterina determinada por parto prolongado, amnionitis y otras causas como acretismo placentario o útero de couvelaire³¹.

110. Con relación al tratamiento, la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, señala que se realizaron adecuadamente la terapia recomendada para resolver la hemorragia que señala la *Guía de Práctica Clínica*³²

³⁰ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato. México: Secretaría de Salud; 2009.

³¹ Guía de Práctica Clínica, Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y 2011. Pág. 35.

³² Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato. México: Secretaría de Salud; 2009.



y incluyendo la administración de derivados hemáticos *“SE PASA 1 PFC SIN COMPLICACIONES, SE PASARA OTRO PAQUETE GLOBULAR P.”*

111. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional, señala que a pesar de la terapia de medicamentos y de las maniobras en útero, la hemorragia continuó, por lo que AR5 y personal médico residente decidió adecuadamente aplicar la técnica de B-Lynch, toda vez que la vida de la paciente era prioritaria y de no hacerlo, hubiese incrementado el riesgo de mortalidad materna. Con relación a esta técnica, la bibliografía médica refiere que *“la técnica B-Lynch es una técnica efectiva, rápida y segura en el tratamiento de la atonía uterina, no obstante a veces hay que recurrir a la histerectomía obstétrica, como último recurso, cuando anteriormente no han fracasado todas las técnicas, para permitir conservar la integridad uterina...Consiste en la aplicación de suturas en el útero[...] permite la conservación del útero para la función menstrual y los embarazos posteriores [...] además se considera que es un procedimiento quirúrgico seguro, efectivo y libre de complicaciones a corto y largo plazo”*³³.

112. Continuando con el análisis del expediente médico, se encontró *“NOTA MÉDICA DE EVOLUCIÓN Y PREQUIRÚRGICA”* firmada por AR5 y personal médico residente del 30 de enero de 2017, a las *“16:50 horas”*, en la que se asentó que V1 se encontraba con *“FALTA DE PROGRESIÓN DEL TRABAJO DE PARTO [es decir que el parto no avanzaba], “POR LO QUE SE DECIDE INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL POR MAYOR BENEFICIO DEL BINOMIO”* (cesárea).

113. Cabe resaltar que los diagnósticos establecidos en la hoja quirúrgica: trabajo de parto en fase activa; y en la nota médica de evolución prequirúrgica de las 16:50 hrs.: falta de progresión de trabajo de parto, no concuerdan, toda vez que es posible presentar un trabajo de parto en fase activa y que en el citado proceso exista una

³³ Villar J. R., Aguarón G., González L. A. B., Antonio M. A., González de Merlo G. Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia. Clin Invest Gin Obst. 2012; 39 (2): 64-68.



falta de progresión. En el caso de ambos diagnósticos, ninguno justifica la indicación de cesárea, de acuerdo a los criterios absolutos establecidos en la Guía de Práctica Clínica.

114. Otro elemento por el que no concuerdan ambas notas es la hora de realización, ya que la nota médica de evolución y prequirúrgica señala las 16:50 hrs., siendo evidente que no corresponde con el tiempo en que se realizó la cesárea de las 16:30 hrs. y que tuvo una duración 2:40 horas, por lo que se puede inferir que fue elaborada cuando la paciente se encontraba en el quirófano.

115. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional, señala que V1 no contaba con factores de riesgo agregados, además de los comentados previamente (multigesta y cesárea previa) que condicionaran un sangrado en ese momento, más que el parto en sí mismo. Cabe mencionar que no se registraron datos que incrementaran la posibilidad de hemorragia obstétrica durante el trabajo de parto, aclarando que este tipo de complicaciones puede presentarse en cualquier momento, como ocurrió en el caso de V1 después del procedimiento quirúrgico de cesárea.

116. Sobre la atención posterior a la cesárea, esta continuo del 30 de enero de 2017 al 05 de febrero del mismo año en que fue dada de alta, momento en el que evolucionó positivamente.

117. El 30 de enero a las 19:20 hrs. V1 fue revisada por AR5 y MR1, quienes establecieron los cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, los cuidados de la herida quirúrgica, vendaje abdominal, prescribieron medicamentos para el manejo del dolor (ketorolaco, Diclofenaco, Clonixinato de lisina), antibióticos (Clindamicina), agentes para la contracción uterina, así como reposición de líquidos por la pérdida de volumen sanguíneo que presentó durante la cesárea. Sobre la ergovina, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional refiere que estaba contraindicada para la afección cardíaca que presentaba V1, aclarando que, de



acuerdo a las documentales del expediente clínico, no se presentó resultado negativo secundario a su administración.

118. A las 20:30 hrs. del mismo día, V1 se encontraba grave y con riesgo de requerir una segunda intervención quirúrgica (por ejemplo: histerectomía³⁴), tenía taquicardia³⁵, temperatura baja³⁶, el resto de signos vitales eran normales. Al respecto cabe mencionar que al haber cursado con un evento como el de V1 durante la cesárea (hemorragia obstétrica y choque hipovolémico), estas ligeras alteraciones eran esperadas. De la exploración física es importante mencionar que se mantuvo con vigilancia de datos de sangrado, uresis y al pendiente de su evolución.

119. Ese día, fue revisada en otras 2 ocasiones más, a las 22:30 hrs. y otra sin que se haya asentado la hora. La primer de estas fue otorgada por una médica ginecológica y 3 médico residentes quienes describieron a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales, ya con la presencia de orina a través de sonda Foley, en canal vaginal se retiraron moderados coágulos, sin urgencia quirúrgica. Se informó haber administrado un paquete globular sin complicaciones, reportando a V1 grave, informando al familiar. Al respecto, establecieron quedar pendientes de la evolución y solicitaron valoración por el servicio de Terapia Intensiva. En ese tenor, se advierte que V1 aún se encontraba en alto riesgo de presentar alguna complicación; sin embargo, se encontraba estable dentro de su gravedad.

120. La siguiente revisión fue por Terapia intensiva, Estableciendo que al persistir V1 con inestabilidad hemodinámica y ante los datos de gravedad, se decidió su ingreso en el área de Terapia Intensiva para continuar con el manejo de soporte multiorgánico y mayor vigilancia, siendo ingresada a las 01:00 hrs. del 31 de enero de 2017.

³⁴ Histerectomía: Extirpación del útero, que puede ser total o parcial, denominándose entonces histerectomía total o subtotal.

³⁵ Taquicardia: elevación de la frecuencia cardíaca por encima de parámetros normales.

³⁶ Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal por debajo de parámetros normales.



121. A su ingreso a Terapia Intensiva, 2 médicos adscritos y 2 médicos residentes, valoraron a V1 quien refirió dolor a nivel abdominal; además se describió taquicardia que varió entre 109 y 128 latidos por minuto y un ligero aumento en la frecuencia respiratoria, el resto de los signos vitales normales, mejoría de la excreción de orina y el útero continuaba disminuyendo de tamaño al resolverse el embarazo. Los resultados de laboratorio se reportaron con disminución de los niveles de hemoglobina debido a la hemorragia que presentó, elevación de los leucocitos y disminución de las plaquetas. Los cambios al tratamiento médico ya indicado solo fue la colocación de una vía central para un mejor manejo medicamentoso.

122. A las 12:30 hrs., 2 médicos y una médica residente valoraron V1, quienes encontraron a V1 con signos vitales dentro de los parámetros normales y respecto a la frecuencia cardíaca aún tenía taquicardia, comenzó con alimentación la que toleró, con mejoría en orina, respirando bien y con monitoreo cardíaco continuo. De los resultados de laboratorio, establecieron infección en vías urinarias, recetando *antimicrobiano* continuó sin datos de sangrado. Se mantuvo en vigilancia estrecha, con un pronóstico reservado a evolución y estable dentro de su gravedad.

123. A las 23:30 hrs., una médica adscrita y residentes de Medicina Crítica, valoraron a V1 a quien encontraron con signos vitales dentro de parámetros normales, aún con taquicardia pero con monitoreo cardíaco continuo, pálida y las mucosas subhidratadas, sin cambios. Acerca de los resultados de laboratorio, ante el descenso de la hemoglobina, adecuadamente el personal médico indicó transfundir concentrado eritrocitario sin reporte de reacciones adversas. Se reportó que V1 se encontraba grave, pero con tendencia hacia la mejoría.

124. El 1° de febrero de 2017, V1 fue revisada por personal médico en 3 ocasiones, a las 11:00 hrs. la reportaron estable sin datos de urgencia quirúrgica o presencia de sangrado, V1 dentro de su gravedad continuó estable y evolucionando hacia la mejoría, por lo que el servicio de Terapia Intensiva indicó adecuadamente su posible egreso al piso de Ginecología y Obstetricia, para continuar con su vigilancia.



125. El mismo día a las 13:30 hrs. y posteriormente a las 23:30 hrs., V1 continuó con taquicardia³⁷ y monitoreo cardíaco continuo y ligero aumento de la frecuencia respiratoria³⁸, el resto de los signos vitales normales. De los cambios clínicos, la paciente presentó edema facial.

126. Sobre el edema facial, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional señala que este tipo de hinchazón es un signo y sus causas son múltiples, entre las cuales pueden ser situaciones que conllevan incremento de volumen sanguíneo y disminución en sangre de proteínas como la insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática y síndrome nefrítico entre otros³⁹. En el caso particular de V1, contaba con un padecimiento previo "*prolapso de válvula mitral*" como se ha establecido a lo largo de esta Recomendación, razón por lo que el personal médico emitió el diagnóstico de insuficiencia mitral y tricuspídea leve, explicando con ello el edema facial que presentaba.

127. Adicionalmente, reportaron a V1 estable, pero con datos de anemia normocítica normocromica, por lo que se decidió transfusión de sangre de un paquete globular, con control de hemoglobina por gasometría de 9.1 g/dl y continuaron con el tratamiento establecido, así como la vigilancia, la cual siguió sin presentar complicaciones, quedando en espera de probable alta en breve.

128. El 2 de febrero de 2017 a las 12:00 hrs., el personal médico de Terapia Intensiva elaboró la hoja de egreso de V1 para continuar su vigilancia en el servicio de Ginecología y Obstetricia, refiriendo que durante su estancia se mantuvo sin sedación, solo con analgesia horaria. Se encontró con escala de Glasgow de 15 puntos (normal), neurológicamente íntegra, adecuada tolerancia a la vía oral, hemodinámicamente estable con tensión arterial media (TAM) adecuadas, sin

³⁷ 129 lpm.

³⁸ 22 rpm.

³⁹ Yuste C. M., Santos D. J. C., Sánchez E. J., Alonso S. P. M. P. Edema facial en síndrome de vena cava superior. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32 (6): 254-258.



requerir apoyo farmacológico para ese fin. Cursó con respiración espontánea, con aporte de oxígeno suplementario a través de puntas nasales de manera intermitente y reporte de cantidad de orina conservada, sin alteración de la función renal, ni datos de respuesta inflamatoria sistémica, en manejo con antibiótico preventivo. Considerando la enfermedad cardíaca previa de V1, se inició tratamiento con beta-bloqueador (propranolol). También, se reportó descenso de hemoglobina, por lo que requirió transfusión de tres concentrados eritrocitarios. Por lo que decidieron su egreso del servicio de Terapia Intensiva para continuar su tratamiento en el Servicio de Ginecología.

129. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se señala que durante la estancia de V1 en Terapia Intensiva, su evolución fue satisfactoria, tal es así que, fue egresada al servicio de Ginecología y Obstetricia para continuar su vigilancia.

130. Su ingreso al área de Ginecología y obstetricia se realizó a las 13:30 hrs. de ese 2 de febrero, en la nota se asentó que cursaba con o incremento de la frecuencia cardíaca ⁴⁰, *sin datos de falla cardíaca* y el resto de signos vitales dentro de parámetros normales, con mejoría del dolor, sin cambios físicos ni clínicos, con buen estado general, orientada con adecuada coloración e hidratación de tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con herida quirúrgica con bordes limpios y afrontados, sin datos de complicaciones (hematomas o dehiscencias, por ejemplo), sin datos de irritación peritoneal, útero con buen tono, bien involucionado a nivel de cicatriz umbilical, genitales externos sin alteraciones, sin pérdidas transvaginales activas, tacto vaginal diferido y extremidades sin alteraciones.

131. Considerando la patología cardíaca previa de V1 y la indicación de propranolol, se reportó disminución de la frecuencia cardíaca, resultando evidente la mejoría de V1.

⁴⁰ Entre 110 y 120 lpm.



132. De los estudios generales de orina, se observó mejoría notable, después de haber tenido terapia de antibióticos, comparando los resultados previos en su ingreso.

133. Los días posteriores, el 3 y 4 de febrero del mismo año, V1 se mantuvo con signos vitales normales, dolor discreto, intermitente y tolerable, logrando alimentarse vía oral y comenzó a caminar, evolucionando favorablemente.

134. El 5 de febrero de 2017, en la “Nota de evolución y egreso”, el personal médico describió a V1 con signos vitales normales, realizaron un resumen clínico de su evolución médica, asentando que V1 se refirió asintomática, sin fiebre, tolerando caminar la vía oral, canalizando gases, evacuaciones y orina presentes, con manchado hemático transvaginal no fétido. Se describió a V1 alerta, consciente, orientada, bien hidratada, con buena coloración de piel y tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso aparente, abdomen globoso por pániculo adiposo, blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, con herida quirúrgica bien afrontada, sin datos de sangrado o hematomas, con involución uterina a 4 centímetros por debajo de la cicatriz umbilical, genitales externos sin alteraciones aparentes a simple vista, al tacto vaginal con cavidad elástica y temperatura normal, cérvix no doloroso a la movilización y presencia de escasos loquios (restos) hemáticos no fétidos (normales) en el guante explorador.

135. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, la nota de alta señaló que V1 se encontraba estable y había evolucionado satisfactoriamente, por lo que adecuadamente se decidió su egreso, con una hemoglobina de 10.3, dato que es relevante por la hemorragia obstétrica que presentó durante su hospitalización, y se le otorgaron recetas para continuar su



tratamiento antibiótico, manejo del dolor, acudir en 3 días para retiro de puntos y cita abierta a urgencias en caso de requerir atención o presentar alguna complicación.

136. Sobre la atención médica otorgada a V1 durante el trabajo de parto y cesárea, de acuerdo al estudio del expediente clínico en la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se establece que la atención de V1 durante el parto fue inadecuada debido a que el AR3 en el ingreso al área de urgencias no consideró la edad gestacional de 35 semanas; es decir, que era pretérmino, lo que condicionó que no se administraran glucocorticoides a V1 para promover la inducción de madurez pulmonar del producto de la gestación, ni la terapia tocolítica que pudo retrasar el parto pretérmino; situación que fue repetida por la AR4, sin poder establecer la hora fehaciente de su valoración.

137. Posteriormente AR5 realizó la cesárea urgente sin datos de indicación absoluta⁴¹ urgente de acuerdo a la *Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea*, ni se presentaron datos de alteraciones en el feto o V1 sobre la cardiopatía que presentaba.

138. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que el derecho de acceso a la salud de V1 fue violado debido a la inadecuada atención médica que le fue otorgada durante el trabajo de parto, que además tuvo consecuencias directas en el producto de la gestación como a continuación se señalará.

⁴¹ Cesárea iterativa, presentación pélvica, sufrimiento fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa, placenta de inserción baja, incisión uterina corporal previa, presentación de cara, prolapso del cordón umbilical, hidrocefalia, gemelos unidos, infecciones maternas de transmisión vertical [MH], embarazo pretérmino [<1500 gramos de peso fetal], condilomas vulvares genitales. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.



A.6 Inadecuada Atención Médica de V2

139. El 30 de enero de 2017 a las 17:19 hrs., MR2 registró el nacimiento por vía cesárea de V2, siendo de sexo masculino, recibiendo una calificación de Apgar⁴² de 8 al minuto, 8 a los 5 minutos, y 8 a los 10 minutos, reflejando que en ese momento se encontraba normal; registró un peso adecuado para la edad gestacional de 2,865 gramos, 47 cms de talla, perímetro cefálico de 33 cms., perímetro torácico de 31 cms., perímetro abdominal de 29 cms., segmento inferior de 20 cms. y pie de 7 cms.; así como exploración física normal, sin malformaciones.

140. Conforme a la *Guía de Práctica Clínica de Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención*⁴³, V2 fue un producto pretérmino, ya que este se da entre casos de parto de entre 33 y 36 semanas de gestación.

141. También se registró un puntaje de Silverman-Andersen⁴⁴ de 0; es decir sin dificultad respiratoria. Al respecto, una enfermera reportó que el recién nacido respiró y lloró al nacer, lo cual confirma que durante su valoración inicial presentó respiración adecuada, colocándolo en cuna radiante con aplicación de maniobras básicas de reanimación.

142. Momentos después, la misma enfermera reportó que el recién nacido inició con dificultad respiratoria caracterizada por debilidad del esfuerzo la respirar. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*⁴⁵, establece que el síndrome de

⁴² De acuerdo con el método de Apgar, se valorará a la persona recién nacida al minuto y los 5 minutos. La valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida. De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera: Sin depresión: 7-10 puntos, depresión moderada: 4-6 puntos, depresión severa: 3 puntos o menos. A la persona recién nacida con calificación de 7 o más, se le considera normal. Se debe continuar su atención. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

⁴³ Guía de Práctica Clínica de Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2008. Pág. 9.

⁴⁴ Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3: discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5: dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5: dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

⁴⁵ Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. México: Secretaría de Salud; 2009



dificultad respiratoria es una enfermedad caracterizada por los pulmones inmaduros del recién nacido prematuro, que es causada principalmente por la deficiencia en cantidad y calidad del surfactante; es decir la sustancia encargada de evitar el colapso o alteración del área pulmonar donde se realiza el intercambio de gases (oxígeno-dióxido de carbono); por lo que su deficiencia genera una alteración progresiva de la función respiratoria, y en consecuencia, provoca un inadecuado intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono.

143. Entre los factores que incrementaron el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria de V2 fueron el sexo masculino, la prematurez y no haber recibido terapia de maduración pulmonar con esteroides prenatales⁴⁶, para ello la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*, recomienda que toda mujer con amenaza de parto prematuro debe recibir al menos un esquema completo de esteroides prenatales para disminuir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria⁴⁷.

144. Con relación a lo expuesto, cabe retomar lo señalado anteriormente, dado que V1 presentó un parto pretérmino de 35.1 semanas de gestación sin recibir tratamiento de maduración pulmonar fetal (esteroides prenatales), lo que incrementó el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el neonato. Si bien es cierto, en la valoración inicial del recién nacido se reportó con Silverman-Andersen de 0 (sin dificultad respiratoria); también lo es, que contaba con múltiples factores para desarrollar un cuadro de dificultad respiratoria: sexo masculino, prematurez y no recibir terapia de maduración pulmonar, por lo que progresivamente V1 presentó alteración respiratoria. Al respecto, MR2 registró haber aplicado un ciclo de presión positiva inspiratoria (PPI) con mascarilla, el cual se encontraba justificado por la debilidad al respirar.

⁴⁶ Ídem. Pág. 11.

⁴⁷ Ídem. Pág. 12.



145. Posteriormente la enfermera, describió que V2 continuó con dificultad respiratoria, por ello MR2 estableció que era prematuro tardío con Síndrome de Adaptación Pulmonar (SAP).

146. Sobre la prematurez de los bebés, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “son niños que llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, por lo que son más vulnerables que quienes lo hacen a término. Si bien no todos los prematuros tienen el mismo riesgo de sufrir complicaciones, éstas son una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años y son las responsables de discapacidades físicas, neurológicas o de aprendizaje, con consecuencias para toda la vida”⁴⁸.

147. Respecto a este diagnóstico, la bibliografía médica especializada describe que, durante la vida intrauterina, el pulmón recibe 10% del flujo cardíaco, solo como aporte nutricional; al producirse el nacimiento, este órgano se transforma en un aparato dinámico que prácticamente abarca todo el flujo cardíaco y que es responsable del intercambio gaseoso (Oxígeno- Dióxido de carbono) y el equilibrio ácido-base. Durante el nacimiento, el pulmón atraviesa por una serie de adaptaciones fisiológicas para un mejor funcionamiento, una de ellas es que pasa de la respiración por líquido pulmonar fetal a la respiración por aire, por lo que tiene que pasar por un proceso de eliminación de dicho líquido, sin embargo, se pueden dar alteraciones para esta eliminación, causado principalmente por el nacimiento por cesárea y prematurez.

148. Sobre la atención de V2, el personal de enfermería registró que tras la progresión de los datos clínicos de dificultad respiratoria se colocó casco cefálico con oxígeno suplementario, el cual es empleado dentro de la fase I de ventilación; sin tomar en cuenta era pretérmino sin manejo con maduradores pulmonares prenatales y cursaba dificultad respiratoria progresiva (aleteo nasal y quejido

⁴⁸ OPS. Bebés prematuros: historias de seis madres.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15581:por-una-atencion-apropiada-en-el-momento-justo-y-en-el-lugar-adecuado&Itemid=72543&lang=es



espiratorio audible). Por lo tanto, de acuerdo a los antecedentes y datos clínicos respiratorios de V2, requería manejo a base de PPC (presión positiva continua) nasal y no de casco cefálico con oxígeno suplementario, conforme a lo que establece la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*⁴⁹, esta decisión incrementó aún más el riesgo de que el síndrome de dificultad respiratoria progresara desfavorablemente. Al respecto, la Opinión Médica elaborada por el personal de esta Comisión Nacional señala que en los registros del expediente clínico no se estableció el nombre del personal médico que indicó dicho manejo ventilatorio.

149. La *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*, recomienda que en todo recién nacido prematuro con dificultad respiratoria se debe solicitar una radiografía de tórax antero-posterior dentro de las primeras 8 horas de vida, con el objetivo de buscar imágenes compatibles con dificultad respiratoria⁵⁰, además se deben realizar estudios de laboratorio y/o gabinete (gasometría⁵¹ arterial). Del análisis de las constancias que obran en el expediente clínico integrado por este Organismo Nacional, se advierte que a las 05:30 hrs. del 30 de enero de 2017, se reportó resultado de gasometría con datos de hipoxemia⁵², lo cual confirma el trastorno respiratorio que presentaba el recién nacido.

150. Sobre las radiografía de tórax, se reportó hasta el día siguiente, 31 de enero de 2017 a las 15:00 hrs., por el AR6, quien describió lo siguiente “CANULA

⁴⁹ Guía de Práctica Clínica La Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. México: Secretaría de Salud; 2009

⁵⁰ Guía de Práctica Clínica La Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. México: Secretaría de Salud; 2009. Pág. 13.

⁵¹ Técnica que se utiliza para la valoración del intercambio pulmonar de gases y para el estudio de las alteraciones del equilibrio ácido-base. Las variables medidas son la presión parcial de oxígeno, de dióxido de carbono, el pH, la saturación de oxihemoglobina, el bicarbonato y el exceso de base. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/gasometria>

⁵² Estado o situación en que los valores en sangre arterial de la presión parcial de oxígeno están reducidos. Existen cuatro causas fundamentales de hipoxemia: hipoventilación alveolar, limitación de la difusión alveolocapilar de oxígeno, cortocircuitos arteriovenosos y desequilibrios en las relaciones de ventilación-perfusión del pulmón. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipoxemia>.



AVOCADA”; es decir, que la radiografía de tórax se realizó posterior a la intubación orotraqueal y ventilación mecánica, la cual, se colocó posteriormente el 31 de enero de 2017 a las 03:45 hrs. al ingreso de V2 a la UCIN; cuando debía solicitarse y realizarse dentro de las primeras 8 horas de vida del paciente (de las 17:19 hrs. del 30 de enero de 2017, hasta las 01:19 hrs. del 31 de enero de 2017).

151. Con lo anterior se evidencia el incumplimiento de la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*, sobre la realización de radiografías, confirmando que MR2 no efectuó una valoración ni complementación diagnóstica integral del proceso patológico respiratorio, lo que contribuyó con el inadecuado tratamiento otorgado a V2, incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad.

152. Cabe mencionar, que a las 18:20 hrs. del mismo 30 de enero de 2017, la enfermera registró que V2 presentaba taquicardia⁵³ (168 latidos por minuto) y taquipnea⁵⁴(70 respiraciones por minuto), a pesar del manejo con oxígeno a través de casco cefálico, lo que demuestra la progresión negativa del síndrome de dificultad respiratoria. Resulta evidente que el tratamiento para la dificultad respiratoria no era el indicado, conforme la Opinión Médica elaborada por personal médico de esta Comisión Nacional, se advierte que el manejo terapéutico que V2 requería era a base de PPC (presión positiva continua) nasal y surfactante externo⁵⁵.

153. Con relación al surfactante, la *Guía de Práctica Clínica de Tratamiento con Surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino*

⁵³ Normal 120 a 160 por minuto.

⁵⁴ Normal 40 a 60 respiraciones por minuto.

⁵⁵ El factor de surfactante pulmonar es complejo mixto de fosfolípidos y proteínas, que reduce la tensión superficial en la interfase aire-líquido de los alveolos, y así previene su colapso durante el final de la espiración. Está formado por 70 a 80% de fosfolípidos, siendo el principal la dipalmitoilfosfatidilcolina aproximadamente 10% proteínas denominadas proteínas de surfactante SP-A, SP-B, SP-C, SP-D y 10% de lípidos neutros principalmente colesterol. Guía de Práctica Clínica de Tratamiento con Surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 27 de junio de 2013. (pág. 9).



en el segundo y tercer nivel de atención⁵⁶, establece que dicho síndrome se manifiesta en la clínica como una dificultad respiratoria progresiva y comienza en los primeros dos días posteriores al nacimiento. Este padecimiento pulmonar es el más común en los recién nacidos prematuros y si no reciben tratamiento oportuno pueden llegar a presentar hipoxia⁵⁷, falla respiratoria y en consecuencia la pérdida de la vida.

154. La misma Guía de Práctica Clínica señala que en neonatos con síndrome de dificultad respiratoria establecida, las dosis múltiples de surfactante natural, producen una mejoría importante, disminuyendo requerimientos de ventilación y de oxigenación, con disminución de riesgo de neumotórax, presentando una mejoría y actualmente es el procedimiento más efectivo. Por ello es recomendable iniciar el tratamiento con surfactante lo antes posible, una vez realizado el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria⁵⁸.

155. En el presente caso, de la atención otorgada a V2 el 30 de enero de 2017, se observa que MR2 no prescribió la administración temprana de surfactante exógeno entre la primera y segunda hora después del nacimiento, es decir, de las 17:19 hrs. (nacimiento) a las 19:19 hrs., lo cual contribuyó con el deterioro del cuadro respiratorio de V2, exponiéndolo al manejo con ventilación mecánica, y de sus complicaciones inherentes, tales como: atelectasia⁵⁹, neumonía⁶⁰, neumotórax⁶¹,

⁵⁶ Guía de Práctica Clínica de Tratamiento con Surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 27 de junio de 2013.

⁵⁷ Disminución del suministro de oxígeno.

⁵⁸ Guía de Práctica Clínica de Tratamiento con Surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 27 de junio de 2013. Pág. 20.

⁵⁹ Colapso Pulmonar. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/atelectasia>

⁶⁰ Inflamación aguda del parénquima pulmonar en la que los alveolos y bronquiolos se taponan por el acúmulo de un exudado fibrinoso. Suele cursar con fiebre y escalofríos, tos y dolor torácico. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neumonia>

⁶¹ Presencia de aire dentro de la cavidad pleural, que provoca un colapso del pulmón. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neumotorax>



displasia broncopulmonar⁶², neumomediastino⁶³ y hemorragia pulmonar; lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad.

156. Continuando con la atención del 30 de enero de 2017, MR2 reportó la administración de Vitamina K (para prevención de cuadros hemorrágicos) y cloranfenicol oftálmico (antibiótico local para prevención de oftalmopatía purulenta), lo cual fue adecuado. Además, indicó ingresar a V2 a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIREN).

157. Posteriormente, sin que se haya asentado la hora, V2 fue recibido en la UCIREN por MR2 y MR3, sin embargo, en la hoja de registros de enfermería correspondiente se anotó su ingreso a las 18:00 hrs. Las médicas residentes describieron que V2 cursaba sus primeras horas de vida extrauterina y estancia intrahospitalaria, con los siguientes diagnósticos: recién nacido pretérmino tardío de 36.5 semanas de gestación, peso adecuado para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria probablemente secundario a taquipnea transitoria del recién nacido a descartar neumonía en útero e hipertensión pulmonar persistente. Los diagnósticos mencionados se analizarán en un apartado posterior de la presente recomendación.

158. Además, asentaron temperatura de 36.7° centígrados⁶⁴, es decir dentro de parámetros establecidos, lo cual resulta incongruente respecto a lo anotado por el personal de enfermería, quienes registraron que a las 18:00 hrs. se encontraba con fiebre de 38° centígrados, es decir que presentaba fiebre. Se destaca que ese día

⁶² Se considera que los recién nacidos prematuros presentan displasia broncopulmonar si precisan oxígeno suplementario > 21% durante 28 días o más. Izquierdo, M., López, A., Morcillo, S. Displasia broncopulmonar. Asociación Española de Pediatría 2008: 316-334 (pág. 317)

⁶³ Corresponde a la presencia de aire libre en el mediastino que se presenta sin relación a trauma torácico, procedimientos traqueobronquiales o esofágicos, ventilación mecánica, cateterización cardíaca ni cirugía torácica. Álvarez, C., Jadue, A., Rojas, R., Cerda, C., Ramírez, V., Cornejo, S. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una enfermedad benigna mal diagnosticada. Rev Méd Chile 2009; 137: 1045-1050 (pág. 1045).

⁶⁴ 36.3°C – 36.7°C



(30 de enero de 2017) desde ese momento hasta las 22:00 horas, se registraron múltiples episodios de temperatura elevada.

159. La Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, señala que la fiebre era un dato clínico que sugería una infección. Al respecto, si bien es cierto, las MR2 y MR3 solicitaron estudios paraclínicos a las 24 horas; también lo es que no especificaron el tipo de exámenes de laboratorios que requirieron. Por lo tanto, no es posible determinar si los mismos estaban dirigidos a confirmar o descartar un proceso de infección neonatal, tales como: biometría hemática completa, reactantes de fase aguda (PCR y PCT) y hemocultivo, así como estudios radiográficos de tórax y abdomen. Además, se destaca que no indicaron manejo antibiótico empírico, a pesar del riesgo de sepsis neonatal, lo cual se analizará en un apartado posterior de la presente recomendación.

160. Sobre la fiebre en recién nacidos, la bibliografía médica describe que constituye una causa importante de consulta en los servicios de urgencias y de hospitalización. A nivel mundial, alrededor de 4 millones de niños mueren en los primeros 28 días de vida y las infecciones bacterianas graves son responsables de 26% de esa mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó de 9,334 muertes ocurridas en neonatos y 0.9% se debió a patologías infecciosas. El diagnóstico de sepsis neonatal tiene, según los modelos actuales, algunas limitaciones clínicas y de laboratorio, mientras que las manifestaciones clínicas del neonato no son específicas⁶⁵.

161. De la nota médica elaborada por MR2 y MR3 ese mismo 30 de enero de 2017, se destaca la falta de descripción de mayor información respecto al deterioro respiratorio progresivo que presentaba V2, por lo que, para obtener mayor claridad, estudio y análisis del caso, la Opinión Médica consideró los registros realizados por

⁶⁵ Mendoza, T., Arias, G. Nueva escala clínica para neonatos febriles. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría 2009; 8(88): 105-114.



el personal de Enfermería durante su estancia en la UCIREN⁶⁶ durante los días 30 y 31 de enero, quienes reportaron lo siguiente:

El 30 de enero de 2017, V2 se mantenía en la URICEN en incubadora con oxígeno suplementario por casco cefálico. A las 18:30 horas, el personal de enfermería registró haber dejado “preparado” lo necesario para que el personal médico colocara la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) a V2, situación que sucedió hasta las 22:10 horas del mismo día, lo que evidencia que transcurrieron más de tres horas para que se instalara la CPAP, tiempo durante el cual V2 no recibió el apoyo ventilatorio adecuado, cuando además, era candidato para dicho manejo ventilatorio (CPAP) desde las 17:19 horas del mismo 30 de enero. Es necesario recalcar que esto, contribuyó para que el síndrome de dificultad respiratoria evolucionara desfavorablemente, exponiendo a V2 a una oxigenación deficiente, y a su vez, a daño orgánico múltiple inherente, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad.

El 31 de enero de 2017 a las 02:10 horas, V2 cursó con cianosis generalizada y desaturación de oxígeno de 74%, signos relacionados con oxigenación deficiente. El personal de enfermería reportó haber realizado aspiración por boca y narinas de V2, obteniendo secreciones escasas, amarillas y espesas; sin embargo, persistieron las bajas concentraciones de oxígeno en sangre, llegando hasta 35%, por lo que dieron aviso a MR3, residente de segundo año de la especialidad de Pediatría, y el apellido de un médico que solo se encuentra en esta nota médica; reportando que se retiró la CPAP, colocaron oxígeno indirecto, y dieron el aviso de gravedad. El personal de Enfermería anotó que el médico adscrito (sin establecer nombre), decidió el envío de V2 a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), llevándolo a la citada área a las 03:50 horas del mismo 31 de enero.

⁶⁶ Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales



162. Con relación a lo expuesto, la cianosis generalizada y las desaturaciones de oxígeno que presentó V2, a pesar del manejo ventilatorio con CPAP, muestra el progreso desfavorable y agravamiento de la dificultad respiratoria, lo que se relaciona directamente con la falta de terapia de maduración pulmonar prenatal y no aplica el surfactante exógeno que requería V2 después de su nacimiento.

163. Se destaca que la atención médica otorgada el 30 de enero de 2017 se llevó a cabo en su totalidad por medicas residentes, lo cual se analizará en un apartado posterior de la presente recomendación.

164. Sobre el ingreso de V2 a la UCIN, no se encontró la nota médica respectiva, lo que impide conocer y valorar al personal responsable, así como el diagnóstico de ingreso y el tratamiento otorgado. Sin embargo, se pudo obtener información a partir de las notas de enfermería, en donde se observa que V2 ingresó a la UCIN a las 03:45 hrs. del 31 de enero de 2017 procedente de la UCIREN en muy mal estado, hipotérmico⁶⁷, con cambios de coloración periférica y desaturación de oxígeno, por lo que se registró la administración de varios ciclos de presión positiva inspiratoria, sin mostrar mejoría, describiendo enfermería el inicio con ventilación mecánica, la cual se mantuvo en parámetros altos.

165. También reportaron que se pidió Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO) quedando pendiente valorar por el siguiente turno, se estableció la colocación de catéter periférico (venoclisis) en miembro pélvico izquierdo. A las 05:30 hrs. (31 de enero de 2017), se instaló catéter umbilical venoso, quedando pendiente realizar radiografía de control para valorar su ubicación. Anotaron que V2 fue reportado grave por un médico, del que solo anotaron el apellido, sin que se conozca si era adscrito o residente. De las mismas notas de enfermería no se observa la administración de surfactante exógeno, el cual, debió aplicarse durante

⁶⁷ Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal que desciende por debajo de 35°C. Las causas pueden ser la exposición al frío, la desnutrición, el hipotiroidismo, etc. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipotermia>.



las primeras 12 horas posteriores al nacimiento (17:19 horas, del 30 de enero de 2017, hasta las 05:19 horas del 31 de enero de 2017). El no haber ministrado surfactante exógeno, contribuyó con el deterioro del cuadro respiratorio de V2, exponiéndolo al manejo con ventilación mecánica y, de sus complicaciones inherentes, tales como: atelectasia⁶⁸, neumonía⁶⁹, neumotórax⁷⁰, displasia broncopulmonar⁷¹, neumomediastino⁷² y hemorragia pulmonar; incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad.

166. A las 15:00 hrs. del mismo día, AR6, médico adscrito de Neonatología realizó la nota de evolución matutina reportando a V2 peso de 2,860 gramos y que haber ameritado parámetros ventilatorios elevados por sospecha de cardiopatía congénita, describió que se solicitó valoración por el servicio de Cardiología Pediátrica, quienes de manera adecuada realizaron ecocardiograma, reportando el conducto arterioso permeable de 4 milímetros con repercusión hemodinámica moderada e hipertensión arterial pulmonar importante; así como foramen oval permeable de 3.8 milímetros.

167. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*⁷³, establece entre las complicaciones más frecuentes a la sepsis, neumonía, conducto arterioso con

⁶⁸ Colapso Pulmonar. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/atelectasia>.

⁶⁹ Inflamación aguda del parénquima pulmonar en la que los alveolos y bronquiolos se taponan por el acúmulo de un exudado fibrinoso. Suele cursar con fiebre y escalofríos, tos y dolor torácico. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neumonia>

⁷⁰ Presencia de aire dentro de la cavidad pleural, que provoca un colapso del pulmón. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neumotorax>.

⁷¹ Se considera que los recién nacidos prematuros presentan displasia broncopulmonar si precisan oxígeno suplementario > 21% durante 28 días o más. Izquierdo, M., López, A., Morcillo, S. Displasia broncopulmonar. Asociación Española de Pediatría 2008: 316-334 (pág. 317).

⁷² Corresponde a la presencia de aire libre en el mediastino que se presenta sin relación a trauma torácico, procedimientos traqueobronquiales o esofágicos, ventilación mecánica, cateterización cardiaca ni cirugía torácica. Álvarez, C., Jadue, A., Rojas, R., Cerda, C., Ramírez, V., Cornejo, S. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una enfermedad benigna mal diagnosticada. Rev Méd Chile 2009; 137: 1045-1050 (pág. 1045).

⁷³ Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. México: Secretaría de Salud; 2009. Pág. 34.



repercusión hemodinámica, y hemorragia peri e intraventricular. Se recomienda realizar vigilancia clínica estrecha asistida con monitoreo electrónico durante las 24 horas del día hasta la resolución del problema pulmonar. Para los casos en que se presente repercusión hemodinámica, lo indicado es cerrar el conducto arterioso con fármacos.

168. Con relación al conducto arterioso permeable, la bibliografía médica describe que es frecuente en prematuros y representa el 9-12% de las cardiopatías congénitas.⁷⁴ La persistencia del conducto arterioso (PCA), es la anomalía cardiovascular que más frecuentemente ocurre en México, y ocupa el primer lugar en frecuencia. El conducto arterioso es una estructura que forma parte de la circulación fetal normal, en condiciones normales cierra espontáneamente en las primeras 24-36 horas de vida. En algunas condiciones como prematuridad, puede persistir permeable, pero diagnosticado y tratado a tiempo, tiene un excelente pronóstico y no deja secuelas de ningún tipo.

169. El AR6 describió que V2 se encontraba con frecuencia cardíaca y tensión arterial dentro de lo establecido de acuerdo a sus días de vida, con coloración azulosa en manos y pies, hidratado, sin soplos, con pulsos saltones y amplios, llenado capilar normal, en apoyo de ventilación mecánica con parámetros elevados (FiO₂ al 100%, PEEP 6, PIP 38); sin embargo, la concentración de oxígeno en sangre, se encontraba por debajo de lo establecido 66-88% (saturación de oxígeno recomendada 88% y 95%). Reportó control gasométrico con alcalosis respiratoria descompensada; es decir, con aumento del pH (potencial de Hidrógeno) en sangre por el decremento de dióxido de carbono (CO₂) e hipoxemia, lo que corrobora el deficiente oxígeno sanguíneo; por lo que solicitó tomar otro control gasométrico, el cual confirmó la persistencia de la alcalosis respiratoria descompensada. Al respecto, de manera adecuada el AR6 estableció que V2 contaba con criterios para iniciar VAFO, resaltando que posterior a su inicio cursó con mejoría inmediata de la saturación de oxígeno, quedando pendiente su control gasométrico. También, AR6

⁷⁴ Cierre de conducto arterioso con paracetamol: estudio piloto. Rev Esp Cardiol 2015; 68(5): 441 -451.



describió estudio radiológico con hiperflujo pulmonar, dato radiográfico relacionado con cardiopatías congénitas; así como 8-9 espacios intercostales, describiendo haber introducido un centímetro la cánula orotraqueal, el cual es dispositivo auxiliar en la ventilación mecánica; y por otro lado, registró que radiológicamente se encontraba sin datos de neumonía.

170. Además, describió que V2 continuaba en ayuno y balance hídrico de 7 horas positivo, sin presencia de orina, lo cual se encuentra dentro de lo normal, considerando lo descrito en la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*⁷⁵, por lo que de manera adecuada indicó mantenerse expectantes.

171. Anotó que cursaba con glucemias⁷⁶ normales, con soluciones parenterales GKM (glucosa kilo minuto) 5, y aportes de electrolitos a base de calcio de 200 mg y magnesio de 50 mg. También, describió temperatura baja ⁷⁷ de difícil manejo, sin datos de respuesta inflamatoria.

172. Con relación a lo anterior, la *Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y tercer Nivel de Atención*, establece entre los hallazgos iniciales clínicos frecuentes en la sepsis neonatal, a la inadecuada regulación de la temperatura (fiebre/hipotermia) ⁷⁸. Como los signos de sepsis neonatal temprana no son específicos y el tratamiento inmediato con antibióticos ha demostrado reducir la

⁷⁵ El 93% de los recién nacidos orinan en las primeras 24 horas y de estos el 99% lo hacen en las primeras 8 horas. *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*, México: Secretaría de Salud, 2010. (pág. 14).

⁷⁶ Glucosa (tipo de azúcar) que se encuentra en la sangre. También se llama azúcar sanguíneo. *Diccionario de Cáncer*. Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/gluemia>.

⁷⁷ disminución de la temperatura corporal media. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/elena/titles/bbc/hypothermia_sam/es/.

⁷⁸ *Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y tercer Nivel de Atención*. México: Secretaría de Salud; noviembre 2012. Pág. 22



mortalidad⁷⁹, una gran población de recién nacidos recibe tratamiento empírico basado en los factores de riesgo⁸⁰. Su éxito depende del reconocimiento temprano de la infección, de un tratamiento de antibióticos apropiado, apoyo respiratorio, quirúrgico y cardiovascular.

173. La citada Guía de Práctica Clínica recomienda que ante la sospecha de sepsis se debe iniciar tratamiento antibiótico, con previa toma de cultivos para detectar el agente infeccioso responsable, y con ello, determinar su susceptibilidad a los antibióticos⁸¹. El hemocultivo positivo se considera la prueba adecuada para el diagnóstico de sepsis⁸² y se recomienda que la muestra (hemocultivo) se tome de la vena periférica antes del iniciar la administración de antibióticos, de los cuales, se puede comenzar con ampicilina y un aminoglucósido (gentamicina ó amikacina).⁸³

174. El AR6 estableció que V2 cursaba con probable sepsis temprana, iniciando manejo antibiótico a base de ampicilina y amikacina, por el antecedente de infecciones recurrentes de V1 durante el embarazo; aunque, inadecuadamente no solicitó la toma de cultivos previos a la administración de los antibióticos. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, el AR6 no se allegó de los elementos de estudio necesarios para realizar un adecuado diagnóstico, lo que contribuyó en la dilación de la identificación del agente infeccioso, y en consecuencia, la demora en la prescripción del tratamiento oportuno y adecuado.

175. AR6 también describió que en ese momento V2 se encontraba sin datos de sangrado, por lo que, de manera adecuada indicó iniciar la aplicación de vitamina

⁷⁹ Ídem. Pág. 45.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Ídem. Pág. 46.

⁸² Ídem. Pág. 29.

⁸³ Guías Clínicas del Departamento de Neonatología. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Instituto Nacional de Salud. Recuperado de:
<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>



K cada 72 horas para prevenir de cuadros de hemorragia, continuar con sonda orogástrica a derivación, estando en espera de la biometría hemática y los “*estudios de laboratorio*” (sin especificar cuáles) de 24 horas. Estableció quedar pendiente de la evolución de V2, reportándolo grave, no exento de complicaciones por patologías de base y pronóstico reservado a su evolución clínica. Señaló haber proporcionado información a su padre, V3.

176. En el expediente clínico se encuentra nota de evolución con fecha “01.01.17”; pero que, por la cronología del caso, se puede asumir que corresponde al 01 de febrero de 2017, suscrita por AR7, médico adscrito de Neonatología, quien describió que V2 se encontraba bajo sedación y analgesia con fentanyl y midazolam, sin convulsiones, frecuencia cardíaca entre 127 y 130 latidos por minuto, y tensión arterial media de 41-44 mmHg (milímetros de mercurio) dentro del percentil 50. De la persistencia del conducto arterioso que presentaba V2, señaló que se encontraba en tratamiento con paracetamol, lo cual estaba justificado; sin embargo, al tener éste fármaco el efecto de disminuir la fiebre y presentar V2 temperatura baja, indicó diferir una dosis del citado medicamento.

177. AR7 además, reportó balance hídrico de 13 horas positivo (cuando los ingresos son superiores a los egresos), con falta de orina horaria de 0.55 cc/kg/hora, cuando lo normal es de 1.3 ml/kg/hora. Con relación a lo anterior, la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*⁸⁴, establece que se debe medir urea y creatinina sérica durante los primeros 3 a 5 días en los recién nacidos muy prematuros o aquellos con falla renal deben tener un seguimiento individualizado. Al respecto, la bibliografía médica describe que cuando el egreso

⁸⁴ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010.



de líquidos es menor que los ingresos, se relaciona con una alteración de la función renal, como compensación a la falla cardiaca aguda⁸⁵.

#. Considerando lo anterior, el personal de enfermería reportó que la sonda Foley presentó fuga. Por lo tanto, aunque la disminución de orina y el balance positivo se relacionaba con alteración de la función renal; en el presente caso se pudo relacionar con una inadecuada recolección y cuantificación de orina, derivada a la fuga de orina por la sonda Foley.

178. También describió que V2 se encontraba hidratado, sin soplos, con pulsos periféricos saltones y amplios, llenado capilar normal, coloración azulosa en manos y pies, en VAFO con parámetros ventilatorios elevados, cursando con saturaciones de oxígeno dentro de la normalidad. Reportó control gasométrico con aumento del pH (potencial de Hidrógeno) en sangre por disminución de dióxido de carbono e hipoxemia y radiológicamente con datos de sobredistensión pulmonar, por lo que indicó el fármaco milrinona para mejoría de la hipertensión pulmonar, y dopamina para evitar la hipotensión arterial secundaria a la administración de milrinona.

179. Sobre la función respiratoria de V2, reportó gran deterioro ventilatorio y hemodinámico, además de sospecha de consumo de surfactante, lo que incrementó la hipertensión arterial pulmonar. Como se ha mencionado, la administración de surfactante exógeno era el tratamiento adecuado, sin que hasta el momento se hubiese aplicado, exponiéndolo de manera innecesaria a concentraciones de oxígeno deficientes, lo que originó un medio hostil derivado del deficiente oxígeno sanguíneo, favoreciendo el daño orgánico múltiple. Aunado a lo anterior, se requirió manejo con ventilación mecánica en parámetros elevados, lo cual aumentó el riesgo de sus complicaciones pulmonares inherentes. Al respecto el médico describió que por el momento, no se contaba en el Hospital 1° de Octubre con surfactante exógeno para el manejo de V2, siendo que se encuentra incluido

⁸⁵ González, P., Zapata, C., Gaona, L., Aguayo, M., Camacho, N., López, C. Balance hídrico: un marcador pronóstico de la evolución clínica en pacientes críticamente enfermos. Reporte preliminar. Reporte de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva 2015; XXIX(2): pp 70-84.



dentro del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. Por consiguiente, no fue posible la administración de surfactante exógeno, esta falta se analizará en un apartado más adelante.

180. Reportó los resultados de laboratorios de 24 horas en donde encontró que los niveles de electrolitos séricos se encontraban dentro de parámetros establecidos, incluyendo el sodio de 134 mmol/L⁸⁶ y potasio de 4.9 mmol/L⁸⁷, por lo que, AR7 determinó que no ameritaba correcciones en agudo. Indicó continuar con el tratamiento establecido, quedando pendientes de la evolución de V2, reportándolo grave, no exento de complicaciones por patologías de base y pronóstico reservado a evolución clínica, añadiendo que informó a V3 sobre el estado de V2.

181. De los registros realizados por el personal de Enfermería de la UCIN anotaron que a las 02:30 hrs. del 01 de febrero de 2017, la VAFO se apagó, informando a MR4. Más tarde se registró que seguía sin funcionar, dando aviso al servicio de Inhaloterapia, quienes probaron varios ventiladores mecánicos, los cuales tampoco funcionaron. También, reportaron que a las 03:00 hrs. se realizó aspiración a V2, obteniendo secreciones abundantes color amarillo “huevo”; además, anotaron que se continuaba brindando PPI (presión positiva inspiratoria) logrando instalar ventilador mecánico convencional hasta las 04:30 horas. Aunado a lo anterior, el personal de enfermería registró que a las 04:35 horas informaron a la asistente de la dirección (sin establecer nombre), quien comentó que los “circuitos” se encontraban “bajo llave”.

182. Con relación a lo anterior, se advierte que el apoyo respiratorio de V2 se apagó, resultando evidente que se comprometió el aporte de oxígeno a partir de ese momento, el cual era indispensable para el funcionamiento de su organismo y hasta 04:30 horas se logró instalar un ventilador mecánico convencional, es decir que por 2 horas se expuso de manera innecesaria a V2 a concentraciones de oxígeno

⁸⁶ Normal de 133 a 146 mmol/L.

⁸⁷ Normal 3.5 a 5.1.



deficientes, originando un medio hostil interno, el cual favorecía el daño orgánico múltiple.

183. La Opinión Médica elaborada por el personal de esta Comisión Nacional señala que lo anterior contribuyó con el deterioro y progreso del proceso patológico respiratorio y cardiaco que tenía V2, lo que aumentó el riesgo de morbilidad y mortalidad, esto a pesar de proporcionarle apoyo mediante presión positiva inspiratoria. La disfunción de los ventiladores mecánicos, incluyendo la VAFO utilizada por V2, y no disponer de los componentes (circuitos) necesarios para su adaptación y funcionamiento, es una responsabilidad directa del Hospital 1º de Octubre, que se analizará en un apartado posterior.

184. El 01 de febrero de 2017 a las 12:15 hrs., AR6, médico adscrito de Neonatología elaboró la nota de evolución matutina de V2 en la UCIN, describiendo que continuaba anestesiado, con pupilas normales, sin datos de compromiso neurológico que ameritara realizar ultrasonido transfontanelar de urgencia, con coloración, temperatura y llenado capilar adecuados; pulsos saltones, con ventilación de alta frecuencia, con última gasometría mostrando desequilibrio acido-base con hipoxemia (PaO₂ de 46.1 mmHg).

185. También, reportó estudio radiográfico con adecuada aireación, sin datos aparentes de condensación o compromiso pleural, mostrando 9 espacios intercostales, con hiperflujo pulmonar, el cual se relaciona con la hipertensión arterial pulmonar y la persistencia del conducto arterioso⁸⁸. Describió que V2 cursaba con repercusión hemodinámica importante (taquicardia e hipotensión) a expensas de la persistencia del conducto arterioso y foramen oval con secundaria hipertensión pulmonar.

⁸⁸ Calderón, C., Sandoval, Z., Beltrán, G. Hipertensión pulmonar asociada a cardiopatías congénitas y síndrome de Eisenmenger. Archivos de Cardiología de México 2015; 85(1): 32-49.



186. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*⁸⁹, establece que en un recién nacido de término sano el conducto arterioso se cierra tras el nacimiento en forma espontánea. En cambio, en los recién nacidos prematuros, especialmente en los que presentan enfermedad pulmonar hay una tendencia a que el conducto permanezca abierto, además de la asociación entre la administración excesiva de líquidos a estos pacientes en las primeras semanas de vida. Se recomienda que el tratamiento inicial implique restricción de líquidos y tratamiento con diurético con la optimización del consumo de calorías y ventilación mecánica invasiva. Estas acciones mejoran la fisiología respiratoria y los síntomas a corto plazo.

187. AR6, estableció que V2 contaba con el diagnóstico de persistencia del conducto arterioso y del foramen oval, además de hipertensión arterial persistente severa. Por lo que, de manera adecuada indicó permanecer con manejo de vasodilatador pulmonar (milrinona), restricción hídrica y apoyo inotrópico (dopamina), continuando con ventilación de rescate mediante VAFO, determinó normar conducta de acuerdo a la evolución y resultados, sin que hubiera datos de compromiso en otro nivel orgánico.

188. También, reportó los resultados de laboratorio potasio de 4.9 mEq/L⁹⁰, cloro y calcio normales; así como sodio de 134 mEq/L⁹¹, observando una leve disminución de las concentraciones de sodio en sangre. Añadió que V2 continuaba en ayuno, con abdomen blando, depresible, sin reportar evacuaciones, sin aparente sangrado, ni datos clínicos de proceso infeccioso activo, ya que los resultados de laboratorios presentaban índices dentro de lo establecido. Emitió el diagnóstico de probable sepsis temprana, indicando continuar con los antibióticos, con reporte delicado, y pronóstico diferido a evolución, explicándolo a familiar.

⁸⁹ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010.

⁹⁰ Normal 3.5 a 5 mEq/L.

⁹¹ Normal de 135 a 145 mEq/L.



189. El mismo día, a las 23:00 hrs. MR5 residente de tercer año de la especialidad de Pediatría suscribió la nota de evolución en la que estableció que V2 cursaba inestable, con administración de milrinona y sildenafil (vasodilatadores pulmonares) para la hipertensión arterial pulmonar, y apoyo aminérgico a base de dopamina, con tensión arterial media en rango de 36-49 mmHg⁹² y frecuencia cardiaca en momentos alteradas, por lo que inició manejo con adrenalina a dosis inotrópicas (0.1 mcg/kg/min), con la finalidad de mejorar la tensión arterial media. Además, describió que cursaba el segundo día de manejo para cierre de conducto arterioso persistente (paracetamol) y restricción hídrica.

190. MR5 describió que, en ese momento, V2 se encontraba palido , llenado capilar inmediato, pulsos saltones, en fase III de VAFO, último control gasométrico con alcalosis respiratoria e hipocapnia (deficiencia de la presión parcial del dióxido de carbono en la sangre), procediendo a disminuir los parámetros de la ventilación, anotando que se esperaba que el recién nacido tolerará de manera adecuada la modificación. Al respecto, describió que los campos pulmonares se encontraban con adecuada entrada y salida de aire al disparo del ventilador, anotando lo siguiente: “*RADIOGRAFÍA DE TORAX, SE SOLICITO PERO AUN NO ACUDENA TOMARLA*”, lo cual se retomará más adelante.

191. Describió electrolitos séricos de reporte gasométrico con potasio de 4.34 mEq/L en índice normal y sodio bajo de 133.6 mEq/L. Sobre el sodio en nivel bajo, la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*⁹³, establece que el sodio determina el contenido de agua del organismo. El volumen de líquido del cuerpo se encuentra en relación inversa con el grado de madurez renal⁹⁴, pero

⁹² Normal 49.2-67.4 mmHg.

⁹³ *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*, México: Secretaría de Salud, 2010.

⁹⁴ Ídem. Pág. 7.



requiere de tratamiento cuando el nivel es menor de 130 mEq/l⁹⁵ y se le denomina hiponatremia. La gravedad depende de la concentración plasmática del sodio⁹⁶. El tratamiento consiste en definir si la baja de sodio es por dilución, pérdida o aporte inadecuado⁹⁷ y se debe corregir en forma rápida.

192. En el caso que nos ocupa, la baja de sodio de 133.6 mEq/L aun no requería tratamiento de corrección. MR5 estableció que V2 cursaba con hiponatremia leve, indicando iniciar aporte en soluciones parenterales de sodio y potasio, lo cual se encontraba justificado por la restricción hídrica indicada por la cardiopatía que presentaba. Sobre esta atención médica se destaca que MR5 firmó la nota sin encontrar firma de AR12, médico adscrito de la Unidad de Terapia Intensiva de Pediatría y de AR13, médica de Neonatología, ambos eran personal médico adscrito.

193. El 02 de febrero de 2017, a las 11:00 horas AR6, médico adscrito de Neonatología suscribió la nota de evolución matutina en la que describió que V2 continuaba sedado con pupilas del mismo tamaño y reaccionando poco ante la luz, sin presentar convulsiones. Describió que se encontraba en ayuno, con abdomen blando, depresible, sin presencia de evacuaciones por el momento. También, reportó precordio hiperdinámico con taquicardia de 170 latidos por minuto, con soplo sistólico en segundo espacio intercostal (relacionado con la persistencia del conducto arterioso) y adecuada temperatura. Describió que evolucionaba inestable por presencia de hipotensión arterial, con diferencia diastólica-sistólica amplia, probablemente consecuencia de la persistencia de conducto arterioso, indicando continuar con restricción hídrica moderada, diurético y apoyo aminérgico a base de adrenalina y dopamina.

194. Además, registró que V2 presentó mejoría ventilatoria, logrando disminuir los parámetros del Ventilador de Alta Frecuencia Oscilatoria, sin que contara con datos

⁹⁵ Ídem. Pág. 23.

⁹⁶ Ídem. Pág. 25.

⁹⁷ Na <120 mEq/L



para cambiar a Ventilador Mecánico Convencional. Describió que la última gasometría reportaba desequilibrio ácido-base y la radiografía mostraba hiperflujo pulmonar importante, sin datos de compromiso parenquimatoso o pleural. Al respecto, anotó continuar manejo a base de vasodilatadores pulmonares (milrinona y sildenafil).

195. Reportó sodio bajo de 129.5 mEq/L, potasio normal de 4.14 mEq/L, cloro y calcio normales. Para este momento el sodio disminuyó y confirmó que sí presentaba hiponatremia, por lo que, adecuadamente indicó agregar aporte de sodio en las soluciones intravenosas de base a 1.5 cc. y apropiadamente solicitó realizar control de electrolitos séricos.

196. El AR6 describió que V2 continuaba con doble esquema antibiótico (ampicilina y amikacina) en su día 2, de manera adecuada indicó realizar estudios de laboratorios de fase aguda. Ordenó tomar laboratorios de control (sin especificar cuáles), y que se normaría conducta de acuerdo a la evolución y resultados.

197. El mismo 2 de febrero a las 23:00 hrs., fue revisado MR6, residente de tercer año de la especialidad de Pediatría, en la nota describió que la persistencia del conducto arterioso con hipertensión arterial pulmonar, alteraban la sobrecarga pulmonar, por lo que indicó incrementar la dosis de furosemide⁹⁸(diurético) pasando de cada 8 horas a cada 6 horas. Reportó descenso de parámetros ventilatorios (VAFO) respecto a los establecidos durante el turno matutino, y último resultado gasométrico con acidosis respiratoria.

198. MR6 Registró potasio de 5.1 mEq/L, cloro y calcio en rangos normales; así como sodio bajo a 133 mEq/L, mostrando mejoría respecto al reporte matutino de 129.5 mEq/L. Además, BUN de 24 mg/dl⁹⁹, urea elevada de 51.3 mg/dl¹⁰⁰, creatinina

⁹⁸ 1 mg/kg/do

⁹⁹ Normal de 7 a 18 mg/dl.

¹⁰⁰ Normal 15 a 39 mg/dl.



de 1.33 mg/dl¹⁰¹, incremento de bilirrubinas totales de 6.98 mg/dl¹⁰², bilirrubina directa de 0.31 mg/dl¹⁰³, bilirrubina indirecta elevada a 6.67 mg/dl¹⁰⁴, y albumina de 2 mg/dl (normal 1.8 a 3.0 mg/dl).

199. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, los datos anteriores muestran incrementó de los azoados (urea, creatinina y BUN), mostrando con ello una alteración de la función de los riñones, lo que pudo ser originado por la restricción de líquidos prescritos que fue indicado por la persistencia del conducto arterioso que presentaba V2, por lo que MR6 indicó continuar manejo, y normar conducta de acuerdo a su evolución.

200. Se señala que dicha nota médica contiene el apellido AR12, pero no obra su firma, situación que se analizará más adelante, ya que se debe considerar que MR6 era médico residente.

201. Sobre la atención de V2 el 3 de febrero de 2017, se encuentra una nota marcada de las 11:00 hrs., sin nombre ni firma del personal médico que la elaboró, en la que únicamente se asentó “... PESO: 2.860 KG TEM: 37°C FC 162/MIN TA: 71/30 MMHG TAM: 46 MMHG SO2. 99%...”, lo que evidenciaba que, en ese momento, V2 cursaba con taquicardia y tensión arterial disminuida.

202. Considerando la nota previa, la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional señala que se carecen de los elementos médicos para determinar respecto al estado clínico, condiciones de la función respiratoria y cardíaca, estudios de laboratorio y/o gabinete solicitados o realizados, diagnósticos, manejo y pronóstico de V2; así como, si se informó a los familiares sobre su condición médica, de igual manera se desconoce el o los nombres del personal

¹⁰¹ Normal 0.55 a 1.30 mg/dl.

¹⁰² Normal 0.2 a 1 mg/dl.

¹⁰³ Normal 0 a 0.20 mg/dl.

¹⁰⁴ Normal 0.2 a 0.7 mg/dl.



médico a cargo del paciente durante el 03 de febrero de 2017 en la UCIN¹⁰⁵, además de que ser la única nota médica elaborada ese día.

203. El 04 de febrero de 2017, a las 00:35 hrs. MR4, residente de segundo año de la especialidad de Pediatría. suscribió la nota de evolución del turno nocturno, en la que describió fontanela anterior normotensa, sin crisis convulsivas, ni deterioro neurológico, encontrándose con adecuada sedación con datos de pupilas que mostrando que V2 estaba profundamente dormido y sin respuesta a estímulos.

204. Describió que cursaba con buena coloración e hidratación, precordio con soplo continuo, llenado capilar inmediato, con tórax oscilante (secundario al tipo de ventilación) y campos pulmonares bien ventilados a través de VAFO, reporte de gasometría con alcalosis respiratoria, lo que permitió disminuir los parámetros ventilatorios a favor de alcanzar los mínimos requeridos, y considerar retirar la VAFO, siendo poco probable por la cardiopatía (persistencia de conducto arterioso) de V2, encontrándose en su cuarto día de manejo farmacológico.

205. Además, estableció continuar con doble esquema de vasodilatadores pulmonares (milrinona-sildenafil) para la hipertensión pulmonar, indicación que estaba justificada. También sugirió solicitar interconsulta a la especialidad de Cirugía Cardiorrástica a la brevedad posible, toda vez que V2 cursaba con choque cardiogénico.

206. También describió que V2 se encontraba inestable, ameritando apoyo de dopamina y retiro de diurético; cursando con datos de choque cardiogénico y factores de buen pronóstico debido a su edad, peso y función del resto de la economía; estableció que en caso de corroborarse por ecocardiograma la persistencia del conducto arterioso a pesar del manejo con paracetamol para su cierre, se realizaría cirugía para evitar efectos que modificaran el corazón y tener un mejor pronóstico después de la cirugía.

¹⁰⁵ Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.



207. Sobre los electrolitos, señaló un leve decremento de sodio de 133 mEq/l, por lo que no ameritaba tratamiento. Describió a que V2 estaba inestable, con periodos en que subía y bajaba los niveles de glucosa, anotó que no había tenido evacuaciones y no se percibían movimientos intestinales naturales. También, registró bilirrubinas totales de 6.9 mg/dl, por lo que adecuadamente no requería fototerapia.

208. Ese mismo día 04 de febrero de 2017, a las 14:55 horas, V2 fue revisado por AR8, médico adscrito de Neonatología, quien lo describió sin crisis de hipertensión pulmonar. Señaló que aún estaba pendiente el control de ecocardiograma para valorar cierre quirúrgico y solicitó rayos X, asentando lo siguiente: *“EL CUAL NO SE TPOMA (sic) POR CUESTIONES ADMINISTRATIVAS”*, lo cual se analizará en un apartado posterior.

209. A las 23:00 horas, AR9, médica adscrita de Neonatología describió a V2 estable, lo que permitió disminuir el apoyo aminérgico y parámetros ventilatorios, asentó se *“INTUYE”* el cierre del conducto arterioso, quedando pendiente la realización de ecocardiograma de control, y en caso de ser necesario, se solicitaría valoración por el servicio de Cirugía Cardiorádica para realización de cierre quirúrgico de la persistencia de conducto arterioso. En esta revisión, el sodio se había elevado a 149.3 mEq/l y los datos de potasio y calcio se encontraban normales.

210. El 5 de febrero de 2017, a las 17:00 hrs. AR8 reportó a V2 muy grave con pronóstico reservado a evolución. A las 23:00 hrs. se presume fue revisado por AR10, médico adscrito de Neonatología y MR3 residente de segundo año de la especialidad de Pediatría, sin embargo no se plasmaron sus firmas, en dicha atención se mantuvo VAFO y se reportó ictericia debido a los altos niveles de bilirrubina, por lo que adecuadamente se indicó fototerapia.



211. Se destaca que durante ese día V2 presentó incremento en el potasio de 5.6 mmol/L, a las 07:11 horas se reportó 6.28 mmol/L y a las 15:58 horas 6.18 mmol/L, pero fue inadvertido por el personal médico. Conforme a la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, señala que el aumento de potasio mayor a 6 mEq/L se considera hiperkalemia, siendo leve con índices entre 6 y 6.5 mEq/l con electrocardiograma normal, se debe repetir la cuantificación de potasio para confirmar el incremento de potasio.

212. También se recalca que V2 era manejado con furosemida (diurético) y restricción de líquidos por su cardiopatía congénita. Además, se reportó incremento de los azoados (BUN y urea), lo que reflejaba una alteración de la función de los riñones, lo que pudo tener como consecuencia el aumento de potasio. A pesar de que el personal médico no advirtió la hiperkalemia, indicaron adecuadamente administrar a las soluciones intravenosas de base de V2, 4 cc (centímetros cúbicos) de KCl (cloruro de potasio) calculados a 1mEq/kg/día, encontrándose dentro de los requerimientos básicos de potasio, lo cual estaba justificado.

213. El 06 de febrero de 2017, AR8, médico adscrito de Neonatología y de MR5, residente de tercer año de la especialidad de Pediatría no firmaron la nota médica de las 17:00 hrs., la cual señala que V2 continuaba anestesiado y profundamente dormido, con reporte de acidosis metabólica, por lo que incrementaron parámetros ventilatorios, logrando saturaciones de oxígeno normales. Asentó que V2 cursaba 7 días con VAFO, por lo que se valoraría con gasometría de control su retiro.

214. El sodio se encontraba elevado en 152.4 mEq/L y el potasio de 4.84 mEq/L, por lo que se indicó corregir adecuadamente mediante soluciones, se estableció continuando con doble esquema antibiótico (ampicilina-amikacina) en su día 6, sin datos de sangrado a ningún nivel, además reportaron a V2 muy grave, con pronóstico reservado a evolución.



215. De la continuidad de atención médica de V2, se encontró nota de las 22:00 hrs. de ese mismo 6 de febrero, con los nombres asentados de AR11, médica adscrita de Neonatología y MR5, residente de tercer año de la especialidad de Pediatría; pero sin sus firmas. En la misma, registraron que durante el turno se había suspendido el vecuronio (relajante muscular), sin presentar crisis convulsivas ni movimientos anormales. Reportó que V2 ya había tolerado alimento, por lo que retiró dopamina, indicó continuar con milrinona y sildenafil. Describió que se había mantenido en VAFO.

216. Se anotó que el potasio, cloro y calcio se encontraban en parámetros normales, y el sodio elevado en 149 mEq/L. Considerando lo anterior, los niveles de sodio persistían por arriba de parámetros establecidos, disminuyendo respecto a reporte previo de 152.4 mEq/Lm, por lo que adecuadamente no requería de tratamiento, pero sí su vigilancia.

217. Adicionalmente reportó fiebre de 38 grados centígrados, sin otro dato clínico de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, indicó continuar con doble esquema antibiótico (ampicilina y amikacina). Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, V2 cursaba con diversos factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal, además de presentar datos que sugerían un proceso infeccioso, como: episodios de hipotermia e hipertermia, ictericia, desequilibrio al subir y bajar la glucosa, falta de movimientos intestinales y de evacuaciones, síndrome de dificultad respiratoria, entre otros.

218. La Opinión Médica precisa que durante la atención de V2, desde su ingreso a la UCIN el 31 de enero de 2017, no se había tomado hemocultivo previo al inicio de los antibióticos ni otros cultivos (secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo) durante el tiempo que le administraron antibióticos, esto a pesar de los factores de riesgo, y los datos clínicos y paraclínicos que sugerían una infección neonatal en V2.



219. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, lo anterior evidencia que todo el personal médico encargado¹⁰⁶ de la atención de V2 del 31 de enero al 6 de febrero de 2017, quienes mantuvieron el tratamiento antibiótico (ampicilina-amikacina), lo hicieron sin allegarse de los elementos de estudio necesarios como cultivos (secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo), contribuyendo a que se escalara el nivel de antibióticos sin la adecuada identificación del o los agentes causantes de la infección. Todo lo anterior, contribuyó a la generación de complicaciones derivadas del progreso desfavorable de la infección neonatal, es decir, choque séptico, falla orgánica múltiple y la pérdida de la vida, tal como se analizará más adelante.

220. El 07 de febrero de 2017, a las 11:00 horas, AR12, médico adscrito a Neonatología, asentó que V2 continuaba con fiebre de 38°C y decremento del reporte de leucocitos de $6.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ ¹⁰⁷, hemoglobina baja de 13.8 g/dl¹⁰⁸, hematocrito disminuido de 41.6% y plaquetas normales. Indicó modificar el esquema antibiótico con ceftriaxona y vancomicina, determinando el diagnóstico de sepsis en tratamiento, sin solicitar cultivos (sangre, secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo), para determinar el agente infeccioso, lo que contribuyó al deterioro de V2, y las complicaciones derivadas del progreso desfavorable de la sepsis neonatal, como el choque séptico, falla orgánica múltiple y la pérdida de la vida.

221. V2 persistía sedado, con frecuencia cardíaca y tensión arterial normales, indicó seguir apoyo vasodilatador pulmonar (milrinona y sildenafil) y restricción de líquidos, anotando que hasta ese momento, no había ameritado uso de diuréticos. También reportó que continuaba con VAFO (Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria), y

¹⁰⁶ AR6 (31 de enero de 2017, a las 15:00 horas. 01 de febrero de 2017, a las 12:15 horas. Fecha 02 de febrero de 2017, a las 11:00 horas), AR7 (01 de febrero de 2017, a las 01:00 horas), MR4 (04 de febrero de 2017, a las 00:35 horas), AR8 (05 de febrero de 2017, a las 17:00 horas), el personal médico de la Nota de evolución nocturna (05 de febrero de 2017).

¹⁰⁷ Normal 9.0 a $30.0 \times 10^3/\mu\text{L}$.

¹⁰⁸ Normal 14 a 18 g/dl



registró control radiográfico del citado día (07 de febrero de 2017), con mejoría radiográfica y clínica, lo que permitió disminuir los parámetros ventilatorios, encontrándose aún sin criterio de cambio de modalidad (de VAFO a VMC [Ventilador Mecánico Convencional]), indicando continuar con gasometrías seriadas para normar conducta.

222. Aunque la mejoría clínica y radiográfica permitió disminuir los parámetros en la ventilación, aún no contaba con criterios para cambiar de modalidad al Ventilador Mecánico Convencional. Además, reportó los últimos estudios laboratorios con sodio de 148 mmol/L y potasio de 5.6 mmol/L, ambos electrolitos elevados, por lo que decidió continuar con aporte de sodio menor al establecido previamente, indicando dosis de 3.2 (mEq/Kg/día), cantidad menor a la prescrita en días previos de 4 (mEq/Kg/día), sin agregar aporte de KCl (cloruro de potasio).

223. Además, V2 continuaba con datos de alteración de la función del hígado y riñones, describió que continuaba pendiente realizar ecocardiograma y ultrasonido de cráneo (transfontanelar), lo reportó delicado y con pronóstico conforme a evolución.

224. En continuidad a la atención médica brindada a V2, se encontró en los registros de Enfermería de ese mismo día durante el turno vespertino, que presentó complicaciones por “tendencia a la hipertensión”, asentando que en ese momento, no se contaba con personal médico adscrito en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), por lo que tuvieron que avisar a MR6. Este residente valoró a V2 pasando de VAFO a Ventilación Mecánica Convencional. Sin embargo, persistió con tendencia a la hipertensión y deficiencia de oxígeno en sangre, llegando hasta 70% (saturación de oxígeno normal de 88 a 95%), por lo que el médico residente reajustó la cánula orotraqueal, pasando al siguiente turno muy grave.

225. A las 23:00 hrs. del 07 de febrero de 2017, el AR7 en la nota médica estableció que V2 presentaba persistencia del conducto arterioso, con repercusión



hemodinámica e hipertensión pulmonar persistente. Registró que se encontraba sedado con hinchazón generalizada y soplo sistólico. Describió que los rayos X de torax y abdomen mostraba enfisema intersticial, el cual es un síndrome que en el que el aire escapa por el tejido del pulmón y afecta a recién nacidos con antecedentes de ventilación artificial, su tratamiento depende de cada caso. Lo habitual es estar vigilantes, manejándose en ventilación de alta frecuencia y como alternativas la intubación del bronquio contralateral del EPIP (enfisema pulmonar intersticial persistente), así como también posición tendido boca abajo y la cabeza de lado¹⁰⁹.

226. AR7 reportó gasometría con acidosis respiratoria y retención de dióxido de carbono, indicando adecuadamente cambiar a ventilación mecánica en su modalidad VAFO. Reportó que el estado de salud de V2 era muy grave, con mal pronóstico para la función y la vida.

227. Reportó que V2 cursaba con hemorragia intraventricular (HIV) grado II, descrito por la bibliografía médica como una complicación en el recién nacido prematuro y se origina en la región cerebral que origina células que participan en la formación de estructuras del cerebro. Su gravedad de la HIV es que en más del 90% ocurren en las primeras 72 horas después del nacimiento, el 50% durante el primer día, y prácticamente el 100% dentro de los primeros 10 días de vida, como era el caso.

228. Reportó que V2 cursaba con hemorragia intraventricular (HIV) grado II, descrito por la bibliografía médica como una complicación en la región cerebral del recién nacido prematuro, a nivel de las células que participan en la formación de estructuras del cerebro. La gravedad de la HIV es que en más del 90% ocurren en las primeras 72 horas después del nacimiento, el 50% durante el primer día, y prácticamente el 100% dentro de los primeros 10 días de vida, como en el caso de V2.

¹⁰⁹ Posición Prono. Mühlhausen, M., Brethauer, M., Martínez, R., Melipillán, Y. Enfisema pulmonar persistente en recién nacido. Caso Clínico. Revista Chilena de Pediatría 2012; 83(1): 73-77.



229. Las causas de la hemorragia intraventricular son multifactoriales, pueden ser de origen materno (preeclampsia, ruptura de membranas y/o corioamnionitis), durante el parto y condiciones del recién nacido (peso, edad gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxemia, acidosis y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, entre otras). Se recomienda que entre los 7-14 días de vida y entre las 36-40 semanas de edad gestacional, se realice el ultrasonido de cráneo (transfontanelar) a aquellos que han estado con ventilación asistida.

230. En el momento actual, no existe ninguna terapia específica que limite la hemorragia intraventricular (HIV) o que prevenga sus complicaciones; el tratamiento está dirigido a preservar el flujo de sangre en el cerebro y minimizar el daño. Los riesgos en casos que se estadifican en grado II son: 25% de hidrocefalia y 69% retraso en el desarrollo psicomotor.

231. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional advirtió que V2 contaba con múltiples factores de riesgo para generar hemorragia intraventricular: parto pretérmino, sin manejo de maduradores pulmonares, persistencia del conducto arterioso con hipertensión arterial pulmonar persistente, hipoxemia, acidosis y síndrome de dificultad respiratoria, sin administración de surfactante exógeno, y equipos de ventilación mecánica disfuncionales, así como valoración y manejo por personal médico aún en formación (residentes). Todo lo anterior, deterioró el cuadro patológico respiratorio de V2, exponiéndolo a concentraciones deficientes de oxígeno, lo que originó un medio hostil interno que favoreció el daño a múltiples órganos, en este caso a nivel cerebral, incrementando el riesgo de morbilidad a corto y largo plazo por el riesgo de secuelas propias de la hemorragia intraventricular, tales como hidrocefalia¹¹⁰ y compromiso del desarrollo psicomotor.

¹¹⁰ Aumento relativo o absoluto de líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema ventricular, que se manifiesta de forma aguda, como un cuadro de hipertensión intracraneal, y de forma crónica, como afectación de la marcha, alteraciones cognitivas e incontinencia. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hidrocefalia>.



232. El 08 de febrero de 2017, a las 10:00 hrs. AR12 describió que V2 mostraba deterioro progresivo, agregándose sangrado bronquial. Reportó datos radiográficos (persistencia de infiltrado micronodular difuso), los cuales se podían relacionar a un proceso infeccioso y daño pulmonar (barotrauma)¹¹¹, gasometrías con hipoxemia y acidosis respiratoria a pesar de la ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO), por lo que indicó cambiar a ventilación mecánica en modalidad convencional (VMC). Sin embargo, a las 13:30 hrs., el mismo médico registró que la gasometría mostraba acidosis respiratoria severa, por lo que recolocaron la VAFO, enviando aviso de gravedad ante el inminente riesgo de deterioro multiorgánico, y reportó a V2 delicado.

233. También se registró sodio elevado de 152 mEq/L¹¹², potasio normal de 3.6 mEq/L y cloro elevado de 113 mmol/L (normal 98 a 106 mmol/L). Conforme a la Opinión Médica se señala que estos datos reflejaban que cursaba con alteración electrolítica secundaria a elevación de los niveles de sodio y cloro. La *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*¹¹³, describe que en la hipernatremia el sodio se encuentra por arriba de 150 mEq/l y que una deshidratación asociada a esta alteración, es una condición potencialmente devastadora en un recién nacido.

234. Al respecto, la bibliografía médica describe que la deshidratación hipernatrémica neonatal (DHN) es una enfermedad cuya incidencia parece estar incrementándose según los reportes de la literatura mundial. Sus consecuencias, de no ser tratadas adecuadamente, pueden interferir en la calidad de vida de los neonatos que la presenten ya que pueden condicionar alteraciones neurológicas y

¹¹¹Barotrauma pulmonar: Complicación de la ventilación mecánica, en el que la aplicación de altas presiones produce un desgarro en el tejido pulmonar y la salida de gas fuera del espacio intraalveolar. Se puede manifestar como enfisema mediastínico, neumomediastino, enfisema subcutáneo o neumotórax. Generalmente es más frecuente en pacientes con patología estructural pulmonar subyacente. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/barotrauma>.

¹¹²Normal 135-145 mEq/L

¹¹³ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010. Pág. 27.



secuelas a largo plazo. La DHN es una enfermedad potencialmente mortal ocasionada de manera predominante por una pérdida de agua extracelular y se asocia con edema cerebral, hemorragia intracraneal, hidrocefalia y gangrena. La triada que con frecuencia se observa en el recién nacido es fiebre, deshidratación hipernatrémica e ictericia.

235. De acuerdo a la hipernatremia, a las 16:35 hrs., se indicó pasar carga de 28 cc (centímetros cúbicos) de solución salina al 0.9% en dos horas, dejando aporte de sodio de 1.3, para evitar cambios bruscos de osmolaridad, y a su vez, el edema cerebral, lo cual fue adecuado.

236. Se reportó a V2 con datos de anemia¹¹⁴, por lo que de acuerdo con la *Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la anemia del prematuro*¹¹⁵ se recomienda la transfusión de concentrado eritrocitario en los prematuros con anemia, en los siguientes casos: hematocrito entre 36% y 45% en pacientes con oxigenación por membrana extracorpórea y cardiopatía congénita cianógena. Por lo que, adecuadamente el AR12 indicó transfundir un concentrado eritrocitario a V2.

237. A las 23:30 horas, AR12 describió que durante el turno vespertino V2 cursó inestable, ameritando uso de dopamina y dobutamina por presión arterial baja, la cual, posteriormente se elevó, por lo que indicó suspender la dopamina, logrando mantener la frecuencia cardíaca y tensión arterial normal. También, reportó disminución de los flujos urinarios, valorando inicio de diurético (furosemida) en infusión y lo reportó muy grave.

238. El 09 de febrero de 2017, a las 11:00 hrs. AR12 reportó que V2 continuaba sedado, con frecuencia cardíaca y tensión arterial normales, adecuada temperatura ,

¹¹⁴ hemoglobina de 12.5 g/dl (normal 14 a 18 g/dl), hematocrito de 34.7% (normal de 42 a 52%), y plaquetas de 241,000 (normal 130,000 a 400,000), leucocitos de $8.89 \times 10^3/uL$ (normal 9.0 a $30.0 \times 10^3/uL$) y neutrófilos de 46.6% (normal 40 a 80%).

¹¹⁵ Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la anemia del prematuro. México: Secretaría de Salud, 2012. Pág. 14.



coloración y llenado capilar, continuando con apoyo diurético por tendencia a la poca producción de orina¹¹⁶.

239. Describió que V2 presentó datos de sangrado en la cánula orotraqueal y daño pulmonar severo, encontrándose con VAFO, en equilibrio ácido base y adecuada oxigenación. Reportó que las radiografías mostraban un enfisema secundario a probable daño pulmonar provocado por la presión excesiva en la vía aérea. Indicó continuar con gasometrías seriadas para normar manejo ventilatorio, de acuerdo a evolución y resultados. Anotó que había estado sin fiebre ni con datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con marcadores positivos para procesos infecciosos¹¹⁷, por lo que indicó mantener antibióticos. Reportó a V2 muy delicado, con pronóstico diferido a evolución.

240. A las 23:00 hrs., MR4, residente de segundo año de la especialidad de Pediatría, reportó que V2 continuaba sedado para apoyo de la VAFO, y describió que presentó convulsiones de tipo chupeteo y movimiento de extremidades inferiores, impregnándose de manera adecuada con DFH (Difenilhidantoina), dejando misma dosis de mantenimiento. En ese sentido, comentó que por las condiciones generales, se sospechaba resangrado intraventricular, la cual se da en la matriz germinal¹¹⁸, sin que se observaran sangrados a simple vista, por lo que sugirió actualización del ultrasonido de cráneo (transfontanelar).

241. Reportó frecuencias cardiacas normales, tendencia a presión arterial alta, sin apoyo en ese momento de fármacos vasopresores. Clínicamente con precordio normodinámico, sin soplo, con pulsos periféricos presentes, saltones y con llenado capilar inmediato; describió movimiento oscilatorio generalizado provocado por la

¹¹⁶ Oliguria: Reducción del volumen urinario por debajo del necesario (0,3 ml/min, 400 ml/24 horas en adulto o 1 ml/kg/hora en niños) para eliminar los residuos metabólicos producidos en condiciones basales. Es una expresión de fracaso renal agudo prerrenal o funcional por una falta de la perfusión renal, por nefropatía tubulointersticial, por glomerulonefritis, vasculitis o una obstrucción urinaria. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/oliguria>.

¹¹⁷ Procalcitonina.

¹¹⁸ Es una estructura temporal del cerebro fetal, la cual desaparece después de las 34 semanas de gestación.



VAFO y campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Comentó que las últimas radiografías del día mostraban datos de enfisema, por lo que solicitó controles radiográficos por riesgo de daño en pulmones.

242. Ajustó dosis de vasodilatador pulmonar, y aunada la dependencia de la VAFO para mantener estabilidad ventilatoria, indicó que de continuar misma evolución, sugería realizar estudio para identificar enfermedades metabólicas¹¹⁹ con repercusión pulmonar como la fibrosis quística¹²⁰, sin descartar que el daño pulmonar severo se asociara al uso prolongado de VAFO, recomendó control radiológico cada 12 horas por riesgo de daño pulmonar (barotrauma) en V2.

243. Describió sobre el sodio alto en los últimos estudios (hipernatremia), el que manejó con reposición urinaria,¹²¹ mostrando flujos urinarios espontáneos, con incremento de las cantidades de orina¹²², sin uso de diurético, estableciendo la sospecha de pérdida de electrolitos, por lo que adecuadamente programó control de electrolitos séricos a la culminación de la reposición hídrica.

244. La MR4 reportó a V2 muy grave, no exento de complicaciones y pronóstico reservado a evolución.

245. La Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional señala que en nota de las 23:00 hrs. de MR4 de manera reiterada se anotó el nombre de

¹¹⁹ Tamizaje de metabolopatías.

¹²⁰ Enfermedad hereditaria frecuente en la que las glándulas exocrinas (secretoras) producen moco demasiado espeso. Este moco puede causar problemas de digestión, de respiración y de enfriamiento del cuerpo. Diccionario de Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/fibrosis-quistica>

¹²¹ Al 50% con solución Hartmann-39 cc [centímetros cúbicos] para pasar 6.5 cc/hora [6 horas].

¹²² Poliuria. Aumento del volumen de la orina en una cuantía superior a 2 ml/min (más de 2 litros en 24 horas). Las causas más frecuentes son la sobrecarga de solutos, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus, la ingesta compulsiva de agua (potomanía), la diabetes insípida por déficit de la hormona antidiurética, la intoxicación por litio, la hipercalcemia o la hipopotasemia. El tratamiento es anticausal. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/poliuria>.



la AR13, médica adscrita de Neonatología, sin el registro de su firma, con ello se infiere que, esta medica no estuvo presente.

246. El 10 de febrero de 2017, a las 09:00 hrs. AR12, médico adscrito de Neonatología, anotó que V2 continuaba sedado, señaló las convulsiones del día anterior y su tratamiento, sin presentar hasta ese momento convulsiones nuevamente, y solicitó ultrasonido de cráneo (transfontanelar) para control. También, registró que se encontraba sin aparentes datos de sangrado ni fiebre, indicando continuar manejo antibiótico.

247. Anotó que clínica y radiológicamente, el paciente cursaba con datos de daño pulmonar severo (enfisema intersticial pulmonar), lo que había imposibilitado cambio a ventilación convencional por lo debía continuar con VAFO, con la cual llevaba 10 días, indicó tomar gasometrías seriadas para normar conducta. Asentó que el pronóstico de V2 era malo, principalmente por el daño pulmonar severo, el cual, de acuerdo a la bibliografía cursaba con mortalidad de aproximadamente 60%, reportándolo muy grave, y describió haber otorgado amplio informe al familiar.

248. Reportó sodio en niveles normales de 142 mEq/L y potasio bajo de 2.9 mEq/L. Con relación a lo anterior, se advierte que las concentraciones de sodio se encontraban dentro de parámetros normales, confirmando la corrección adecuada de la hipernatremia; pero el potasio había disminuido.

249. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*¹²³, establece que la hipokalemia se presenta cuando el potasio se encuentra menor a 3.5 mEq/L.

250. Del tratamiento de la hipokalemia, la citada Guía de Práctica Clínica establece entre su tratamiento:

¹²³ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010.



- Se inicia al mismo tiempo que la rehidratación.
- Administrar 3-4 mEq/kg/día en forma de cloruro de potasio.
- Tomar control de potasio sérico a las 8 horas.

251. La Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, señala que es necesario considerar que dentro del tratamiento integral de V2, se había indicado el uso de diuréticos de ASA (furosemide), restricción hídrica, y reposición urinaria, ésta última como medida de corrección de sodio bajo, todos estos factores de riesgo para generar un cuadro de potasio bajo.

252. Al respecto, AR12 no indicó el tratamiento adecuado recomendado por la Guía de Práctica Clínica, prescribiendo agregar a las soluciones de base un aporte de cloruro de potasio de 0.9 cc, calculado a 2 mEq/kg/día, el cual está por debajo del indicado para el manejo de la hipokalemia, que es de 3-4 mEq/Kg/día. Además, no solicitó los estudios de laboratorio de control de electrolitos a las 8 horas de su administración. Todo lo expuesto confirma, que AR12 no efectuó una adecuada corrección aguda de la hipokalemia, ni realizó el seguimiento electrolítico pertinente. Lo anterior toma relevancia, toda vez que la solución parenteral con el aporte indicado de cloruro de potasio, se inició a las 10:00 horas y terminó a las 18:00 horas del mismo día; es decir, pasaron 8 horas en las que debió efectuarse el control de electrolitos séricos, tal como lo indica la Guía de Práctica Clínica, situación que en el caso de V2 no se llevó a cabo.

253. Ahora bien, cabe mencionar que dentro de los controles gasométricos realizados a V2 para seguimiento de su condición respiratoria y manejo de ventilación mecánica en su modalidad VAFO, durante el día 10 de febrero de 2017, se registraron los siguientes:

- A las 21:23 hrs.: potasio de 2.19 mmol/L.
- A las 22:54 hrs.: potasio de 2.50 mmol/L.



254. Lo anterior evidencia que a pesar de la indicación de AR12 de administrar cloruro de potasio en las soluciones de base de V2 desde las 10:00 hrs. del 10 de febrero de 2017, la hipokalemia no se corrigió, por el contrario, disminuyeron respecto a lo reportado a las 09:00 hrs. de ese día; con lo que se confirma el incorrecto manejo y seguimiento otorgado por AR12, exponiendo de manera innecesaria a V2 a complicaciones cardíacas, como las arritmias ventriculares¹²⁴, lo que incrementó el riesgo de mortalidad, que ya era elevado en ese momento, tal como él mismo lo determinó, considerando el daño pulmonar severo que presentaba V2.

255. Ese 10 de febrero de 2017 a las 23:05 hrs., MR5 prescribió la corrección aguda de potasio, mediante el aporte de cloruro de potasio a las soluciones intravenosas de V2.

256. Considerando lo anterior, es posible inferir que la MR5 advirtió la persistencia del cuadro de hipokalemia, a pesar del manejo indicado por AR12, por lo que corrigió la prescripción de cloruro de potasio a 4 mEq/L, cumpliendo con lo que establece la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Sin embargo, omitió solicitar control de electrolitos en sangre a las ocho horas posteriores a su administración. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se consideró el reporte gasométrico realizado el día de 11 de febrero de 2010, a las 02:05 horas, se confirma que los niveles de potasio se habían elevado a un rango normal de 3.88 mmol/L.

257. El 11 de febrero de 2017, a las 01:05 hrs., MR5 informó que durante el turno vespertino-nocturno presentó concentraciones de oxígeno en sangre hasta 75%,

¹²⁴ Ulloa, S., Ibarra D., Protocolo Shock Cardiogénico 2013. Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Recuperado de <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Protocolo-Shock-Cardiogenico-2013.pdf>.



encontrando cánula orotraqueal con importante fuga, por lo que decidió cambiarla, mostrando mejoría de la saturación de oxígeno. Procedió a aspirado de secreciones, obteniendo abundante sangrado fresco de aproximadamente 5 cc, y cambio de VAFO a modalidad ventilatoria a ventilación convencional. Describió que el reporte radiográfico de control mostraba 9 espacios intercostales, así como imagen retículo nodular sugerente de enfisema intersticial. Clínicamente describió campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, en coordinación al disparo del ventilador, indicando tomar gasometría de control, la cual mostró mejoría (02:23 hrs.), lo que permitió disminuir parámetros de ventilación. Indicó valorar inicio de NPT (Nutrición Parenteral) al siguiente día, y reportó a V2 grave, con pronóstico reservado a evolución.

258. También asentó en la nota “*SIN MEDICO ADSCRITO MAN*”, lo que confirma que durante ese día no se contaba con personal médico adscrito en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

259. Considerando las notas médicas y de enfermería se advierte un importante deterioro respiratorio que presentó V2 el 10 de febrero de 2017, destacando que fue atendido por residente de tercer año de la especialidad de Pediatría, debido a la falta de personal médico adscrito a la UCIN.

260. A las 14:10 hrs., AR8 describió a V2 pálido con llenado capilar lento, indicando falla circulatoria¹²⁵, además de encontrarse en fase III de la ventilación en modo convencional y control gasométrico con acidosis respiratoria, por lo que incrementó el parámetro ventilatorio de FiO₂ (Fracción inspirada de Oxígeno) al 85%, clínicamente con campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire al disparo del ventilador. Reportó que radiográficamente, se mostraba sobredistensión pulmonar, indicando realizar nuevo estudio radiológico, pero asentó: “*SE REFIERE*”

¹²⁵ Navarro, M., Falcón, H. Circulación. Recuperado de:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/3circulacion.pdf>



POR SERVICIO DE RADIOLOGIA QUE NO SE CUENTA CON EQUIPO DE PORTATILES”, lo cual se analizará en un apartado posterior.

261. Continuando con la descripción de la función respiratoria de V2, AR8 reportó que mostraba daño pulmonar severo, por lo que decidió regresar a VAFO para intentar disminuir valores de Dióxido de Carbono. Estableció que V2 había estado sin fiebre, sin datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica activa, encontrándose con manejo de antibióticos en su cuarto día, sin observar sangrado activo a simple vista, sin requerir transfusión de sangre. Describió que el paciente cursaba en ayuno, dando inicio a nutrición parenteral sin alteración de las concentraciones de glucosa¹²⁶ capilares, además reportó hipokalemia, por lo que indicó dejar aporte elevado en soluciones.

262. A pesar de este diagnóstico, no reportó las cifras de potasio, aunque de los controles gasométricos de monitorización de la función respiratoria y manejo ventilatorio durante el 11 de febrero de 2017, se observa lo siguiente:

- A las 02:05 hrs.: potasio de 3.88 mmol/L.
- A las 07:30 hrs.: potasio de 5.05 mmol/L.
- A las 08:48 hrs.: potasio de 4.58 mmol/L.
- A las 18:40 hrs.: potasio de 3.98 mmol/L.

263. Tomando en cuenta que el potasio se debe mantener entre 3.5 a 5 mmol/L, a las 07:30 hrs. se reportó discreta elevación a 5.05 mmol/L, siendo la cifra más elevada de ese día, por lo que se advierte que V2 no cursó con un cuadro de hipokalemia durante el día 11 de febrero de 2017.

264. Ahora bien, no pasa desapercibido que el AR8 indicó administrar aporte elevado de potasio debido a una hipokalemia que no presentaba, a las 08:00 horas

¹²⁶ Glucosa (tipo de azúcar) que se encuentra en la sangre. Diccionario del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados>.



prescribió cloruro de potasio calculado a 4mEq/L; sin embargo, en las mismas indicaciones médicas, estableció suspender las soluciones intravenosas en el momento en el que llegara la nutrición parenteral, considerando que la citada nutrición cuenta con los requerimientos de los nutrientes, incluyendo electrolitos como el potasio, el cual, en el caso de la nutrición parenteral de V2, se prescribió con un aporte de 6.1 cc de cloruro de potasio.

265. El personal de Enfermería registró el inicio de la nutrición parenteral a las 14:00 hrs. del 11 de febrero de 2017, estableciendo que es una técnica que permite administrar macro y micronutrientes por vía intravenosa.¹²⁷

266. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional advierte que AR8 determinó mantener la administración elevada de potasio en las soluciones de base, y de acuerdo a sus indicaciones médicas mantuvo aportes altos de potasio en la nutrición parenteral. Valorando que V2 era pretérmino, con peso mayor a 1,500 gramos, encontrándose en su día 11 de vida y haber cursado durante su estancia hospitalaria con desequilibrio hidroelectrolítico (hipernatremia e hipokalemia), requería aporte de potasio en nutrición parenteral calculado a 1-2 mEq/L, considerando además que no cursaba al momento con potasio bajo.

267. Sin embargo, de manera incorrecta, AR8 indicó agregar en la NPT (nutrición parenteral) 6.1 cc de cloruro de potasio, el cual se calculó a 4 mEq/L; es decir, el doble de sus requerimientos de potasio de acuerdo a lo que establece la bibliografía médica; aunado a que inadecuadamente no solicitó controles de electrólitos séricos para su seguimiento.

268. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional indica que AR8 realizó una inadecuada integración diagnóstica, prescribió aportes elevados de potasio (al doble de lo que se requería) en la nutrición parenteral, y no llevó a cabo una

¹²⁷ Guía de Práctica Clínica de Nutrición parenteral en pediatría. México: Secretaría de Salud: 2008. Pág. 8.



adecuada monitorización de los electrolitos en sangre. Todo lo anterior, fue lo que motivó de forma directa la alteración electrolítica de hiperkalemia que presentó posteriormente V2, siendo la causa directa de la pérdida de la vida de V2, como se analizará posteriormente.

269. A las 22:10 hrs. de ese 11 de febrero AR9, describió que V2 cursaba con potasio bajo (hipokalemia) a pesar de no haber reportado la cifra de potasio para determinarlo y estableció como tratamiento aporte de potasio en la nutrición parenteral, el cual fue inadecuado.

270. Dentro de los controles gasométricos realizados para monitorizar el manejo con ventilación mecánica de V2, durante el turno nocturno del 11 al 12 de febrero de 2017, a las 06:32 hrs. de este último día, se advierte que el potasio se encontraba elevado (5.41 mmol/L), lo que confirma que el diagnóstico de AR9, era erróneo, ya que por el contrario, V2 cursaba con elevación en sangre de potasio, sin que éste llegara a considerarse hiperkalemia leve (hiperkalemia leve: 6-6.5 mmol/L).

271. Al respecto la Opinión Médica de esta Comisión Nacional señala que, de manera incorrecta, AR9 decidió dejar aporte elevado de potasio en la nutrición parenteral (NPT), sin realizar modificación en las indicaciones realizadas por el AR8 el 11 de febrero de 2017 a las 08:00 hrs., el cual había sido de 6.1 cc de cloruro de potasio. Es decir, continuó administrándose el doble de la dosis requerida de potasio; pero además, inadecuadamente no solicitó controles de electrolitos séricos.

272. Por lo tanto, se establece que AR9 realizó una inadecuada integración diagnóstica, mantuvo la prescripción de aportes elevados de potasio en la nutrición parenteral y no llevó a cabo una adecuada monitorización de los electrolitos en sangre, lo cual, contribuyó con la alteración electrolítica de elevación de potasio (hiperkalemia) que presentó posteriormente V2, siendo la causa de la pérdida de la vida de V2, tal como se expondrá en párrafos posteriores.



273. El 12 de febrero de 2017, a las 11:15 hrs. MR4, en su jornada describió a V2 aún sedado, con escasa respuesta pupilar al estímulo luminoso, y que continuaba con VAFO, sin convulsiones, manteniendo indicación de DFH (difenhidantoina).

274. A la exploración física, la MR4 describió palidez de tegumentos, con discreta hipotensión arterial, precordio normodinámico (normal), y llenado capilar alargado, iniciando manejo con dobutamina. También, describió campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, y gasometría con acidosis respiratoria, incrementando parámetros ventilatorios, y reportó que las últimas radiografías mostraban daño pulmonar progresivo, con zonas en “panal de abeja” e hiperinsuflación, aumentando el riesgo de daño pulmonar.

275. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional indica que conforme a la bibliografía especializada desde los años 90 se ha hecho énfasis en que el patrón en panal de abeja es un sello distintivo de fibrosis pulmonar, representa la destrucción y fibrosis del tejido pulmonar que contiene numerosos quistes del espacio aéreo con paredes fibrosas gruesas, y pérdida completa de la región pulmonar donde se hace el intercambio gaseoso entre el oxígeno y dióxido de carbono¹²⁸.

276. La asistencia ventilatoria mecánica permite el rescate y mantenimiento del paciente con falla cardiorrespiratoria; gracias a esta intervención se logra salvar la vida de muchos pacientes recién nacidos en las salas de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, el uso de este soporte genera lesiones en los pulmones, conduce a daño estructural irreversible y altera la función respiratoria, llevando a complicaciones que alteran la evolución y el pronóstico del paciente.

277. En artículos recientes se evidencia la relación entre ventilación mecánica y lesión pulmonar en el paciente prematuro, y se asocia directamente a la deficiencia de surfactante y al efecto inflamatorio que resulta de la invasión secundaria al

¹²⁸ Arquitectura Acinar,



soporte ventilatorio. De igual forma, se ha demostrado la utilidad de la administración de surfactante profiláctico, lo cual reduce la mortalidad comparado con la aplicación terapéutica, disminuye el riesgo de displasia broncopulmonar, neumotórax y hemorragia pulmonar.

278. López –Candiani y colaboradores, en el año 2007, reportaron un estudio realizado en la ciudad de México en neonatos sometidos a ventilación mecánica, en donde encontraron una frecuencia de complicaciones de 81%, siendo las más frecuentes el colapso completo o parcial de un pulmón o parte de un pulmón (atelectasia), extubación accidental, hipoxia durante la intubación, neumonía nosocomial y displasia broncopulmonar¹²⁹.

279. Con relación a lo anterior, MR4 el 12 de febrero de 2017 a las 11:15 estableció que durante la última semana V2 no había tolerado los cambios a ventilación mecánica convencional. Determinó que hasta ese momento se consideraba que el manejo con ventilación mecánica era la causa del deterioro progresivo de la función pulmonar de V2, toda vez que, el conducto arterioso persistente (cardiopatía congénita) había cerrado tras el manejo farmacológico (paracetamol), sin descartar la presencia de hipertensión pulmonar residual.

280. La Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, señala que se debe recordar que V2 era pretérmino, sin manejo de maduradores pulmonares, pesaba más de 1500 gramos, y presentó datos clínicos progresivos de dificultad respiratoria desde su nacimiento; por lo que era candidato para terapia de rescate temprano o tardío con surfactante exógeno y manejo ventilatorio con CPAP (fase II ventilación) de primera intención. Sin embargo, de manera incorrecta en la valoración inicial y de ingreso a la UCIREN, MR2 y las doctoras Vela (UCIREN), no brindaron el citado tratamiento, lo que provocó el deterioro del cuadro patológico respiratorio, lo que generó que se fuera elevando la escala de terapia de apoyo

¹²⁹ Torres, C., Valle, L., Martínez, L., Lastra, J., Delgado, B. Complicaciones pulmonares asociadas a ventilación mecánica en el paciente neonatal. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 2016; 73(5): 318-324



respiratorio, requiriendo ventilación mecánica en parámetros elevados por periodo prolongado, esto incrementó el riesgo de sus complicaciones inherentes, como la dependencia de la VAFO, el deterioro clínico, gasométrico (desequilibrio ácido-base) y radiológico (hiperinsuflación y zonas en panal de abeja) de V2 durante su estancia hospitalaria.

281. Para este momento el daño del tejido pulmonar derivado del uso incrementado y prolongado de la VAFO, comprometió la función respiratoria de V2 de manera irreversible, generando un medio hostil caracterizado por aportes bajos de oxígeno y elevados niveles de dióxido de carbono, creando una cascada de eventos desfavorables de tipo hipóxico generalizado, culminando con daños severos en todos los órganos y pronóstico sombrío, lo que incrementó el riesgo de una muerte inevitable de V2, tal como se expondrá más adelante.

282. MR4 reportó niveles de glucosa normales, indicando dosis única de diurético (furosemida). Añadió que V2 se encontraba en ayuno, con abdomen blando, depresible, sin movimientos intestinales, ni datos de respuesta inflamatoria sistémica o de sangrado a ningún nivel, indicando continuar doble esquema antibiótico¹³⁰.

283. La Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, destaca que los valores señalados de hematocrito y plaquetas, fueron los mismos que señalaron el 10 de febrero de 2017. Al respecto, también indica que conforme a la *Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y tercer Nivel de Atención*, se debe realizar una valoración integral del paciente con antecedentes, cuadro clínico y utilizar pruebas hemáticas, como: recuento leucocitario, número de neutrófilos, relación neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales, recuento plaquetario, como parte de la evaluación, diagnóstico y seguimiento de sepsis en el recién nacido¹³¹. Por lo

¹³⁰ ceftriaxona-vancomicina.

¹³¹ Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; noviembre 2012. Pág. 27.



que al considerar resultados de laboratorio no recientes (10 de febrero de 2017), en la valoración médica del 12 de febrero de 2017, se advierte la inadecuada vigilancia de la sepsis neonatal.

284. Además, de manera reiterada el personal médico omitió solicitar hemocultivos y cultivos (secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo) por parte del personal médico a cargo de V2 durante su estancia hospitalaria, estudios que eran necesarios para identificar el microorganismo infeccioso, y con ello brindar el tratamiento oportuno y adecuado. Todo lo anterior, contribuyó con el deterioro del estado clínico de V2, que ya era complicado por su situación cardíaca, pulmonar, renal y cerebral.

285. Sobre los índices de potasio la Opinión Médica de la Comisión Nacional destaca que ese 12 de febrero de 2017 a las 11:15 hrs., MR4, realizó la nota de evolución dentro de la Jornada Acumulada. Sin embargo, horas después, a las 12:56 hrs., el control gasométrico reportó potasio elevado de 6.02 mmol/l, cifra que se confirmaba hiperkalemia leve. De la hoja de indicaciones médicas de ese día a las 08:00 hrs., se advierte que MR4 no modificó en ningún momento de la jornada acumulada los aportes de potasio en la nutrición parenteral, indicando tomar controles de electrolitos en 12 horas; es decir hasta las 20:00 hrs. del mismo día. Lo anterior evidencia el inadecuado manejo y monitoreo de los electrolitos séricos, lo que incrementó el riesgo de pasar desapercibidas sus complicaciones inherentes, como el desarrollo y progreso de niveles de potasio que llegó a hiperkalemia, la cual se tornó grave, y fue la causa directa de la pérdida de la vida del menor, como se analizará más adelante.

286. El 13 de febrero de 2017, a las 00:50 hrs., MR4, registró que V2 presentaba presión arterial baja con apoyo de dobutamina y dopamina, se mantenía con VAFO, y reporte de acidosis respiratoria. Determinó se encontraba pálido, con llenado capilar de 2-3 segundos, datos asociados a alteración de la función cardíaca



derivada de la compresión de su espacio anatómico (mediastino) secundario al uso prolongado de la VAFO. También, reportó estudios de laboratorio con falla renal, pese a uso aminérgico (dobutamina y dopamina) y diurético en infusión (furosemide). En ese sentido, y con la finalidad de favorecer la situación de la función cardiaca y mejorar la función renal, la citada médica describió que durante la guardia intentó disminuir los parámetros ventilatorios de la VAFO, a pesar de sacrificar la función pulmonar, considerando los datos de daño pulmonar severo.

287. Sin embargo, determinó que V2 tenía falla de múltiples órganos: pulmones, corazón, riñón y cerebral. Mencionó que en ese momento V2 contaba con un catéter venoso umbilical, sugiriendo colocar un acceso venoso central al siguiente día, para mejorar la velocidad e infusión de los múltiples medicamentos indicados. Lo reportó muy grave, no exento de complicaciones, con pronóstico reservado a evolución. Dicha nota contiene los nombres de AR11 y AR10, ambos médicos adscritos de Neonatología, sin sus firmas, por lo que se puede establecer que no hubo asesoría ni supervisión.

288. A las 12:10 hrs., AR12, médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva, suscribió que V2 continuaba sedado, en manejo con difenilhidantoina, sin presentar convulsiones o datos de deterioro neurológico, con presión arterial baja, estando en ese momento en manejo con dopamina, dobutamina y adrenalina (inotrópicos), con sildenafil (vasodilatador pulmonar), sin presentar orina a pesar de doble esquema de diuréticos (bumetanida y furosemide) en infusión.

289. Lo describió pálido con coloración moteada¹³² de extremidades, llenado capilar alargado, pulsos presentes, en VAFO con parámetros elevados, sin la posibilidad de disminuirlos; campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con

¹³² Coloración Reticular Alteración de la coloración de la piel que se caracteriza por la aparición de una pigmentación cutánea violácea o moteada, distribuida con un patrón reticular y que en la mayoría de los casos se acentúa con el frío. El proceso puede ser localizado o generalizado, y puede constituir la única anomalía o ser un signo cutáneo de enfermedades sistémicas asociadas. Recuperado de https://www.ecured.cu/Livedo_Reticular.



gasometría en equilibrio ácido base, con daño pulmonar severo y enfisema pulmonar intersticial, así como alteración en la forma del corazón¹³³, lo que comprometía la adecuada relajación y contracción cardiaca, provocando alteración en su función (postcarga)¹³⁴. Señaló que a pesar de que el apoyo aminérgico estaba a “*TOPE*”, no respondía al mismo, señalando que “*MUY PROBABLEMENTE*” era secundario a los hallazgos radiológicos. Reportó a V2 muy grave, con pronóstico malo para la vida y la función.

290. Continuaba sin fiebre, sin datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, seguía con doble esquema antibiótico en su día 5, y sin sangrados a ningún nivel. Registró que V2 se mantenía en ayuno, con glucosa normal en sangre. Los últimos controles gasométricos señalaban un potasio elevado de 7 mmol/l, estableciendo que era como consecuencia de no orinar, dejando soluciones parenterales sin aporte de potasio y uso de furosemide (diurético de asa) en infusión, como medida para disminuir las concentraciones de potasio.

291. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, describe que es el principal electrolito intracelular. Mantener concentraciones de potasio intracelular en niveles normales es esencial para las funciones celulares como el crecimiento y división celular, síntesis del ADN y proteínas, conservación de volumen de la célula, además de mantener el pH y la función enzimática óptima¹³⁵.

292. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional precisa que a las 12:10 hrs. el potasio se encontraba elevado a 7 mmol/L considerándose un caso de hiperkalemia

¹³³ Silueta cardíaca en gota mostrada por disminución del mediastino Área entre los pulmones. Diccionario del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados>.

¹³⁴ Fuerza ejercida sobre la pared ventricular durante su contracción. En condiciones normales está influenciada por la presión arterial y las resistencias periféricas. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/postcarga>.

¹³⁵ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010. Pág. 29.



moderada¹³⁶, aunado a que V2 tenía múltiples factores de riesgo para generar este desequilibrio electrolítico, como: prematurez, falla renal, acidosis y aportes excesivos de potasio (aportes de potasio al doble de lo requerido dentro de la NTP [nutrición parenteral]).

293. No obstante, AR12 determinó que la hiperkalemia fue provocada solamente por la falta de orina¹³⁷. Ante la falla renal que presentaba V2 estaba indicado el manejo con diálisis peritoneal, sin embargo, incorrectamente AR12 prescribió tratamiento a base de diurético (furosemide) para disminuir las concentraciones de potasio, a pesar de no haber presentado orina con la administración de doble esquema diurético, por lo que se determina que V2 presentaba falla orgánica múltiple, incluyendo la función renal.

294. Aunado a lo anterior, AR12 omitió realizar electrocardiograma a V2 para valorar la función cardíaca, ni control de niveles de electrolíticos séricos, como lo establece la bibliografía médica. Por lo tanto, se establece que otorgó un tratamiento incorrecto para la hiperkalemia, toda vez que no consideró la falla renal; sumando la inadecuada valoración y vigilancia del desequilibrio electrolítico, lo que permitió que el potasio continuara elevándose, con ello comprometió la función del corazón, además del daño que ya presentaba en el citado órgano. Todo lo anterior, contribuyó de manera directa con el desarrollo de la hiperkalemia grave y, en consecuencia, con la pérdida de la vida de V2, tal como se expondra en párrafos posteriores.

295. En el expediente clínico se encontró nota de las 23:10 horas de ese 13 de febrero de 2017, con los nombres de AR13, médica adscrita a Neonatología, y de MR4, residente de segundo año de la especialidad de Pediatría; pero sin firmas, en

¹³⁶ K+ 6.5 y 7.5 mmol/L).

¹³⁷ Anuria: Ausencia total de orina o en cuantía inferior a 50 ml en 24 horas. Con frecuencia es secundaria a una obstrucción del bajo aparato urinario, fibrosis retroperitoneal y, más raramente, a un infarto renal o a una necrosis cortical bilateral. Su valoración requiere la realización de una ecografía abdominal para descartar la obstrucción. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/anuria>.



la que se asentó que V2 llevaba aproximadamente 48 horas con falla de riñones aguda, caracterizada por falta de orina y elevación de azoados (urea, creatinina, BUN), reportando potasio elevado a 7.9 mmol/L, nivel que conforme a la *Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*, era hiperkalemia Grave, ya que es cuando el potasio es mayor de 7.5 mmol/l, y electrocardiograma con ondas T acuminadas y aumento del intervalo P-R y QRS ancho, con progreso a fibrilación ventricular¹³⁸.

296. Este reporte confirma que se fue desarrollando progresivamente el aumento de potasio, V2 aun no emitía orina, a pesar del doble esquema diurético (bumetanida y Este reporte confirma que se fue desarrollando progresivamente el aumento de potasio, y que V2 aun no emitía orina a pesar del doble esquema diurético (bumetanida y furosemide), evidenciando la falla de riñones aguda, por lo que estaba indicada la diálisis peritoneal como manejo de la hiperkalemia, sin embargo, de manera incorrecta decidió continuar el manejo prescrito previamente por AR12 a las 12:10 horas, para disminuir la concentración de potasio en sangre. Considerando que habían pasado 11 horas entre ambas atenciones y el potasio aun continuaba elevándose; se demuestra que el manejo prescrito por AR12 no fue el adecuado para el caso de V2, como se mencionó en párrafos anteriores.

297. Aunado a lo anterior, el personal médico no realizó estudio de electrocardiograma para valorar la función del corazón, ni solicitó control de electrolíticos séricos, como lo establece la Guía de Práctica Clínica. Es así que la decisión de continuar el mismo tratamiento para bajar el potasio, sin realizar diálisis peritoneal, no valorar la función cardíaca, ni efectuar la vigilancia del potasio en sangre, fueron acciones incorrectas que afectaron directamente en la condición general de V2. Además, debieron tomar en cuenta que la hiperkalemia grave es potencialmente mortal por las repercusiones inherentes en el corazón. Por lo tanto,

¹³⁸ Guía de Práctica Clínica de Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: Secretaría de Salud, 2010. Pág. 30.



se determina que lo expuesto contribuyó de manera directa con la pérdida de la vida de V2, como se expondra en parrafos posteriores.

298. Fue hasta ese 13 de febrero a las 23:10 hrs., se indicó cambio de esquema antibiótico a base de meropenem, por elevación de procalcitonina (reactante de fase aguda), con previa toma de hemocultivo. En ese tenor, y tal como se señaló anteriormente, el personal médico a cargo de V2 durante su estancia hospitalaria, omitió realizar la toma de cultivos (sangre, secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo), hasta las 23:10 hrs. del 13 de febrero de 2017. También, se registró disminución de las cifras de hemoglobina, hematocrito y plaquetas, indicando transfundir un concentrado eritrocitario, lo cual estaba justificado. Determinaron que V2 se encontraba inestable, sin respuesta al tratamiento, lo cual era *“PROBABLEMENTE”* consecuencia de choque séptico y falla de la función cardíaca derivada de la sobredistensión pulmonar, comprometiendo la adecuada oxigenación de los órganos de V2, reportándolo muy grave, con pronóstico malo para la función y la vida, describiendo haber explicado ampliamente al familiar.

299. El 14 de febrero de 2017 a las 02:05 hrs., AR13, médica adscrita de Neonatología, estableció en nota médica que el recién nacido no mostró mejoría con el apoyo aminérgico (dobutamina, dopamina y adrenalina) en dosis máximas, sin responder al tratamiento. Añadió que los datos clínicos y laboratoriales de falla renal aguda, fueron a causa del desequilibrio hidroelectrolítico de hiperkalemia severa, lo que ocasionó a V2 paro cardiorrespiratorio a las 01:55 horas, por lo que inició maniobras avanzadas de reanimación: aplicación de adrenalina y masaje cardiaco, sin presentar mejoría de la actividad cardiaca espontánea, declarando su defunción a las 02:05 horas de ese día, informado a V3.

300. AR13 estableció los siguientes diagnósticos de egreso: hiperkalemia, falla orgánica múltiple (pulmonar, cardiaca, renal y sistema nervioso central), choque séptico, hemorragia intraventricular grado II, sepsis neonatal, enfisema intersticial pulmonar, hipertensión arterial pulmonar importante, cierre exitoso farmacológico



del conducto arterioso, síndrome de dificultad respiratoria secundario a neumonía *in utero*, peso adecuado para la edad gestacional, recién nacido pretérmino tardío de 36.5 semanas. Asentando los siguientes diagnósticos de defunción:

1. Hiperkalemia;
2. Falla renal aguda;
3. Choque séptico;

301. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, el desequilibrio hidroelectrolítico caracterizado por hiperkalemia, no fue valorado ni tratado de manera adecuada, provocando que el potasio fuera aumentando progresivamente el hasta llegara la hiperkalemia grave, lo que comprometió la función del corazón, desarrollando alteraciones de tipo fibrilación ventricular, que tuvieron como consecuencia directa el paro cardiorrespiratorio que presentó V2, del cual, a pesar de recibir maniobras de reanimación avanzada por la AR13, la respuesta no fue favorable, culminando con la pérdida de su vida. Por lo tanto, se establece que la causa directa de la pérdida de la vida del menor, fueron las complicaciones cardiacas derivadas de la hiperkalemia grave.

302. Cabe aclarar, que si el personal médico que atendió a V2 hubiera realizado una adecuada valoración y seguimiento, así como si hubieran otorgado el tratamiento correcto para el manejo de la hiperkalemia grave, se habría incrementado su sobrevida.

303. De acuerdo a los procesos patológicos de síndrome de dificultad respiratoria e infección neonatal, como ya se analizó en esta Recomendación, se realizó un incorrecto seguimiento e integración diagnóstica, y en consecuencia, no se otorgó el tratamiento adecuado y oportuno, provocando el desarrollo de sus complicaciones inherentes, tales como: daño pulmonar severo y choque séptico, en consecuencia daño orgánico múltiple: cardíaco, pulmonar, renal y sistema nervioso central, lo que comprometió la sobrevida del recién nacido.



304. Adicionalmente, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, señala que del análisis del expediente clínico se encontraron varias notas con señalamientos en que se solicitaron la toma de radiografías que requería V2, pero estas no fueron tomadas por una situación administrativa y la falta de equipo radiológico portátil en el Hospital 1° de Octubre. Cabe resaltar, que V2 cursaba con diversos procesos patológicos de índole respiratorio, cardíaco y séptico, los cuales requerían ser valorados mediante controles de radiografías debido a su elevado índice de morbilidad y mortalidad que conllevan. Por lo tanto, se establece que, el no efectuar las radiografías señaladas en párrafos previos, contribuyó con la inadecuada valoración y seguimiento de V2, principalmente de los cuadros de síndrome de insuficiencia respiratoria y sepsis neonatal.

305. Por todo lo anterior se puede determinar que la evolución clínica de V2 tuvo repercusión debido al manejo inadecuado que el personal médico (AR) del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE en la Ciudad de México llevó a cabo.

306. De toda la atención médica recibida por V2 se advierte la falta de indicación de esteroides antenatales por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia el día 30 de enero de 2017 que ingresó V1 al servicio de urgencias con parto pretérmino; lo cual, favoreció que se desarrollara el síndrome de dificultad respiratoria que presentó V2 posterior a su nacimiento y a su vez, generó la necesidad de ventilación mecánica por periodo prolongado y con parámetros elevados, lo que contribuyó en el desarrollo de daño pulmonar severo secundario a ventilación mecánica que generó V2.

307. Aunado a ello, se hace notar que no se indicó ni administro surfactante exógeno como terapia de rescate temprano ni tardío, así como la falta del citado surfactante en el hospital 1° de Octubre, lo cual impidió que se le proporcionara a V2 un tratamiento adecuado y oportuno con apego a lo establecido en la *Guía de*



Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido, y la bibliografía médica.

308. Además, durante los días 30 de enero de 2017 a las 17:19, durante el mes de febrero los días 01 a las 23:00 hrs., 02 a las 23:00 hrs., 07 en el turno vespertino, 09 a las 23:00 hrs., 10 a las 23:00 hrs., 11 a las 01:05 hrs. y 13 a las 00:50 hrs. las valoraciones médicas, integraciones diagnósticas y manejos terapéuticos estuvieron a cargo de médicas y médicos residentes de Pediatría sin la supervisión de personal médico adscrito, por lo que incumplieron lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, lo que favoreció el detrimento del estado clínico de V2, lo cual contribuyó con la pérdida de la vida de V2.

309. Finalmente, el inadecuado monitoreo de niveles séricos de potasio y el inadecuado tratamiento médico otorgado a V2, ante el incremento de los niveles de potasio y la disfunción renal, condicionó las alteraciones cardíacas que llevaron a la pérdida de la vida de V2.

310. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advierte en los párrafos de esta Recomendación que personal médico del Hospital 1° de Octubre, no otorgó a V2 la atención médica que requería según sus padecimientos y necesidades, lo que generó que perdiera la vida, omisiones que se traducen en la violación al derecho a la protección de la salud.

B. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.

311. Con relación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los hechos que propiciaron la inadecuada atención médica de V1, de acuerdo a su propia naturaleza también constituyen violencia obstétrica.

312. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para



“[...] la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; “[b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

313. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como “[u]na modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros” .

314. Dicha Recomendación General, establece que la violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la “*lucha por la posesión del conocimiento legitimado*”, la influencia del sexismo y el androcentrismo¹³⁹ en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado¹⁴⁰ sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales¹⁴¹ y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer.¹⁴²

¹³⁹ Androcentrismo: Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino. Enlace: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=androcentrismo>.

¹⁴⁰ Parto medicalizado: aquel que aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas. Enlace: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>.

¹⁴¹ De acuerdo con la Directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela, el patriarcado consiste en la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre mujeres, niños y niñas, es la ampliación del dominio masculino sobre la sociedad. Villegas Poljak, Asia. “La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Vol. 14/N°32. Caracas, Enero- Junio 2009. Página 125.

¹⁴² CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, Párr. 12. 2017.



315. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[I]a *violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto*”.

316. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, ha enfatizado que es “[...] *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*” .

317. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos” .

318. El Comité CEDAW reiteró en 2018 al Estado Mexicano su preocupación por las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico



durante el parto¹⁴³, por lo que recomendó se armonicen las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica¹⁴⁴.

319. Por su parte la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe 2019 a la Asamblea General de la ONU, hizo referencia a la violencia obstétrica *“recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento [...]”*¹⁴⁵

320. Sobre el consentimiento informado para los procesos médicos indica, incluyendo la cesárea, que *“[l]as mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas [...] [Los] formularios de consentimiento, relativos a procedimientos como la anestesia epidural y la cesárea, se suelen presentar a la mujer durante el propio alumbramiento, a veces incluso durante las contracciones, lo que hace que a la mujer le resulte difícil comprender la información contenida en el formulario o realizar las preguntas pertinentes. De todo ello se desprende que los formularios de consentimiento se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado”*.

321. Añade la importancia de que *“[E]l personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información...” [L]a información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible,*

¹⁴³ Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México. 2018. Práf. 41 d.

¹⁴⁴ Ídem. Párr. 42.d).

¹⁴⁵ Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019, A/74/137.



accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión”.

322. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica de la ONU ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea”.¹⁴⁶

323. La Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, en el informe anteriormente señalado hace recomendaciones sobre la forma en que los estados pueden combatir y prevenir el maltrato y la violencia obstétrica, para ello deben¹⁴⁷:

a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;

b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;

c) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;

Para la Prevención de la violencia obstétrica deben:

¹⁴⁶ Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, párr. 74.

¹⁴⁷ Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019, A/74/137. Párr. 81.



d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;

e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;

f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;

g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;

h) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica;

i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria;

324. De las constancias analizadas y descritas, la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, señala que el 30 de enero de 2017, AR3 y médicos residentes decidieron de manera inadecuada la conducción del trabajo de parto, sin una indicación médica precisa, ya que hasta ese momento los datos del partograma muestran que el binomio materno fetal se encontraban bien para continuar un parto vía vaginal, ya que no se reportaron datos de baja reserva fetal o alteraciones en la madre, aunado a que, la Guía de Práctica Clínica recomienda que en el parto prematuro se debe tratar de prolongar el embarazo, para lograr entre sus objetivos la terapia de maduración pulmonar fetal, con la finalidad de evitar complicaciones en el neonato y aumentar la probabilidad de sobrevivencia. Por lo tanto, se puede establecer que en el caso de parto prematuro de V1, no se otorgó el tratamiento adecuado, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal de V2.



325. Además, se destaca que, de la atención prenatal en el área de Ginecología y Obstetricia, así como la atención de las cardiopatías que padecía V1 en el área de Cardiología, en ningún momento señalaron que debido a estos padecimientos se debería optar por la terminación del embarazo mediante cesárea.

326. Al respecto V1 en entrevista con personal de esta Comisión Nacional señaló que los médicos le informaron que habían decidido que por su cardiopatía se le realizaría la terminación del embarazo por cesárea, mencionó que el personal médico de Ginecología y Cardiología, le habían informado que su parto podría ser vía vaginal; cuestión que mencionó a los médicos que le estaban informando, pero obtuvo como respuesta tajante que el “Jefe” había tomado ya la decisión y que firmara el consentimiento informado, el cual firmó y se encuentra integrado en el expediente médico.

327. La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas (Cesárea segura¹⁴⁸). En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que se violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica al habersele realizado una cesárea no necesaria ni justificada. En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que se violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica al habersele realizado una cesárea no necesaria ni justificada.

328. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR5 y MR1 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de

¹⁴⁸ Lineamiento técnico. Secretaría de Salud 2002. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf?fbclid=IwAR3iOPW4ql6zE9vVln8cfiEwOz6wYFcEFTN6-afa7f6YaXUZdglPXxc>



Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

C. DERECHO A LA VIDA DE V2.

329. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁴⁹, 43 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

330. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

331. En el caso de recién nacidos, el derecho a la vida tiene elementos más profundos que solo su respeto, en ese sentido, el Comité de derechos del niño de Naciones Unidas en la Observación General No.7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia* en su párrafo 10, señala que “*El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Se insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las*

¹⁴⁹ CNDH. Recomendación 66/2016. Párr. 33.



condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.”

332. Complementariamente en párrafo 2 a), de dicha Observación General, señala el compromiso de reducir la mortalidad infantil, por lo que es una obligación del Estado “llevar a cabo acciones tendentes a que los recién nacidos sobrevivan y se eviten practicas por las que su vida se vea comprometida”.

333. LA OMS ha señalado como una solución ante la problemática de salud de los bebés preamuros y sus complicaciones que en “[M]ás de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costoeficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica de la "madre canguro" (la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo amamanta con frecuencia); y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido”.¹⁵⁰

334. En ese sentido, la inadecuada atención médica precisada anteriormente en el análisis de la vulneración al derecho a la protección de la salud, fueron factores que condicionaron y llevaron a la pérdida de la vida de V2, por lo que de forma interdependiente se vulneró su derecho a la vida.

335. Es importante tomar en cuenta en cuenta las causas asentadas dentro del certificado de defunción la pérdida de la vida de V2 el 14 de febrero de 2017 fue a causa de Hiperkalemia, falla renal aguda y choque séptico.

336. Adicionalmente, considerando que V2 contaba con factores para desarrollar dificultad respiratoria, además de cursar con datos clínicos progresivos de deterioro

¹⁵⁰ OMS. Nacimientos prematuros. 19 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



respiratorio; de manera inadecuada no se le otorgó manejo ventilatorio con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) de primera intención, tampoco terapia de rescate temprano ni tardío con surfactante exógeno, y no se solicitó radiografía de tórax dentro de las primeras 8 horas de vida de V2.

337. Todo lo anterior, condicionó la elevación de la escala y riesgo terapéutico del apoyo respiratorio, requiriendo manejo con ventilación mecánica en parámetros elevados por periodo prolongado, y como consecuencia presentó sus complicaciones inherentes. Habría que decir también, que durante el 01 de febrero de 2017, los equipos de ventilación mecánica [VCM¹⁵¹ y VAFO] eran disfuncionales, y no se disponía de los componentes necesarios (circuitos) para la adaptación y funcionamiento del manejo ventilatorio mecánico. Además, se advirtió que en múltiples ocasiones V2 recibió valoración y manejo por personal médico aún en formación, es decir residentes.

338. Por todo esto, se evidencia que V2 mostró deterioro respiratorio y complicaciones derivadas del manejo ventilatorio prorrogado, tales como dependencia de la VAFO, hemorragia bronquial, desequilibrio ácido-base, hiperinsuflación pulmonar y zonas en panal de abeja, siendo evidente el daño del tejido pulmonar derivado del uso incrementado y prolongado del manejo mecánico ventilatorio, lo que comprometió la función respiratoria de manera irreversible, generando un medio hostil caracterizado por bajas concentraciones de oxígeno y elevados niveles de dióxido de carbono, creando una cascada de eventos desfavorables de tipo hipóxico o deficiencia de oxígeno sanguíneo, culminando con daño orgánico múltiple: cardíaco, pulmonar, renal y del sistema nervioso central, lo que aumentó de manera ineludible la mortalidad de V2; todo lo anterior en su conjunto vulneró el derecho a la vida de V2.

339. Del desequilibrio hidroelectrolítico, el 10 de febrero de 2017 se reportó un cuadro de hipokalemia (sodio elevado), del cual no se realizó una adecuada

¹⁵¹ Ventilación Mecánica Controlada.



corrección de potasio ni un correcto seguimiento de electrolíticos. En el caso de V2 era pretérmino, con peso mayor a 1,500 gramos, entre 5 y 15 días de vida y que había experimentado varios eventos de aumento y disminución de electrolitos como potasio y sodio. Sin embargo, AR8 calculó el aporte de potasio en la nutrición parenteral (NPT) al doble de sus requerimientos y no solicitó control de electrolitos séricos.

340. Hasta las 22:06 horas del 12 de febrero de 2017, AR10 suspendió la nutrición parenteral, he inició soluciones intravenosas sin aporte de potasio. Considerando lo anterior y los registros del personal de enfermería, se establece que V2 pasó aproximadamente 32 horas con aportes de potasio calculados al doble de sus requerimientos específicos para nutrición parenteral, lo cual, fue indicado por el AR8, dándole continuidad a la prescripción AR9 y la MR4, siendo ésta última médica residente. Todo esto provocó que fuera aumentando el potasio en la sangre a niveles que llevaron a un nivel superior del normal. Considerando que V2 cursaba con múltiples factores de riesgo para generar hiperkalemia: prematurez, falla renal, acidosis y dosis excesivas de potasio en la nutrición parenteral. De manera que el 13 de febrero de 2017, V2 persistía con hiperkalemia, de la cual, AR12 determinó que era una secuela solamente a la falta de orina relacionado con la falla en riñones, lo indicado en estos casos es realizar diálisis peritoneal. La Opinión Médica señala que AR12 que de manera incorrecta ordenó dar tratamiento a través de diurético, sin tomar en cuenta que anteriormente ya se había recetado doble esquema diurético y V2 no había presentado emisión de orina; además no se realizó electrocardiograma para valorar la función del corazón, ni control de niveles de electrolíticos séricos, lo que confirma la incorrecta vigilancia y tratamiento para la hiperkalemia, toda vez que no se consideró la inadecuada función renal de V2, permitiendo que la hiperkalemia llegara al nivel de grave.

341. Por lo tanto, se establece que continuar el mismo tratamiento para disminuir el potasio elevado, sin realizar diálisis peritoneal, no valorar la función del corazón, ni efectuar la vigilancia del potasio en sangre, fueron acciones incorrectas que



afectaron directamente en la condición general de V2, toda vez que la hiperkalemia grave, es un proceso potencialmente mortal por las repercusiones inherentes de índole cardíaco, lo que provocó a V2 alteraciones de tipo fibrilación ventricular, con el consecuente paro cardiorrespiratorio, del cual, a pesar de recibir maniobras de reanimación avanzada, la respuesta no fue favorable, culminando con la pérdida de la vida de V2.

342. Toda vez que V2 contaba con factores para desarrollar sepsis neonatal: antecedente de múltiples infecciones durante el embarazo de V1, y su prematurez, tanto la MR2 y MR3 no indicaron manejo antibiótico empírico durante el 30 de enero de 2017; terapia que se prescribió hasta el 31 de enero de 2017, y de manera inadecuada no se solicitaron cultivos (sangre, orina, secreción orotraqueal, por ejemplo) previos a su administración, a pesar de ser la prueba ideal para el diagnóstico de una infección.

343. Durante su hospitalización, V2 cursó con factores de riesgo para sepsis neonatal: estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), maniobras invasivas de valoración, diagnóstico y tratamiento: intubación orotraqueal y ventilación mecánica, sonda orogástrica y Foley, onfalocclisis, catéter venoso periférico y múltiples punciones. También, V2 cursaba con datos clínicos y paraclínicos sugestivos de un proceso de infección: episodios de hipotermia e hipertermia, ictericia, incremento de las bilirrubinas séricas, desequilibrio metabólico (hipoglucemia e hiperglucemia), peristalsis nula, falta de evacuaciones, síndrome de dificultad respiratoria, aspiración de secreciones orotraqueales amarillas, taquicardia, disminución del recuento leucocitario y reporte elevado de procalcitonina (PCT).

344. Al respecto, del seguimiento del proceso séptico, se consideraron resultados de laboratorio no recientes, y de manera reiterada se omitió solicitar cultivos (sangre, secreciones orotraqueales, orina, por ejemplo) por parte del personal médico a cargo de V2 durante su estancia en la UCIN, llevando a cabo un



tratamiento en escala de antibióticos sin identificar la causa de la infección y con ello establecer el tratamiento antibiótico adecuado, con ello se corrobora la inadecuada vigilancia y manejo de la infección neonatal, lo que generó un medio hostil caracterizado por el propio proceso infeccioso que evolucionó de manera desfavorable a choque séptico, culminando con daño orgánico múltiple: cardíaco, pulmonar, renal y del sistema nervioso central, aumentando de manera ineludible la mortalidad de V2.

345. Todo lo anterior vulneró el derecho a la vida de V2, por lo que esta Comisión Nacional considera se violó este derecho previsto en los artículos 1° constitucional; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

D. PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

346. En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar que V2 era un recién nacido, respecto de la cual se potenciaron las violaciones a sus derechos humanos.

347. El principio de interés superior ha sido reconocido en los artículos 4° de la Constitución Federal, y 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que ordenan: *“[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”*.

348. En ese sentido, la CrIDH en su jurisprudencia, ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que ha asumido el Estado cuando se analizan los



derechos de las niñas y los niños¹⁵². Al respecto, los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, *“además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto”*. La adopción de medidas especiales para la protección de la niñez corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que aquél pertenece.

349. El mismo Tribunal Interamericano estableció que *“[p]or otra parte, toda decisión estatal, social o familiar que involucre alguna limitación al ejercicio de cualquier derecho de un niño o una niña, debe tomar en cuenta el principio del interés superior del niño, y ajustarse rigurosamente a las disposiciones que rigen esta materia”*¹⁵³.

350. Por otra parte, la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3, párrafo 1 señala que *“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”*.

351. Para comprender en toda su amplitud el interés superior de la niñez, el Comité de Derechos del Niño emitió la Observación General No.14 “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)” en donde señala en su párrafo que su plena aplicación *“exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana”*¹⁵⁴.

¹⁵² CoIDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, Párr. 194, Párr. 194, y *“Caso Forneron e hija Vs. Argentina”* Sentencia de 27 de abril de 2012 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párr. 44.

¹⁵³ *Ibidem* párr. 126.

¹⁵⁴ Párr. 5.



352. Explica además que el interés superior del niño es multidimensional, ya que es “un derecho, un principio y una norma de procedimiento basados en una evaluación de todos los elementos del interés de uno o varios niños en una situación concreta”.

353. Para su correcta implementación considera necesario que “[a]/ *evaluar y determinar el interés superior del niño para tomar una decisión sobre una medida concreta, se deberían seguir los pasos que figuran a continuación: a) En primer lugar, determinar cuáles son los elementos pertinentes, en el contexto de los hechos concretos del caso, para evaluar el interés superior del niño, dotarlos de un contenido concreto y ponderar su importancia en relación con los demás; b) En segundo lugar, para ello, seguir un procedimiento que vele por las garantías jurídicas y la aplicación adecuada del derecho*”.

354. En el caso que nos ocupa, el personal médico a cargo de la atención de V2 debió tomar en cuenta, al tener las especialidades de pediatría y neonatología, encontrarse en atención en la UCIN, que era un neonato que estaba a su completo cuidado y en completa indefensión, sin que él tuviera la capacidad de dar a conocer lo que le ocurría o el dolor que presentaba, por lo que una adecuada atención y vigilancia era vital para su desarrollo

355. Esta Comisión Nacional considera que en el presente caso se vulneró el interés superior de la niñez, al no haberse establecido por parte del Estado las condiciones mínimas que permitieran a V2 gozar de servicios de atención médica adecuados, integrales y de calidad, específicamente en su atención en el Hospital 1° de Octubre del ISSSTE habida cuenta del deber que el Estado tiene cuando la atención médica se brinda a niñas y niños, en atención al interés superior de la niñez. Esto significaría que V2 debió en todo momento recibir los tratamientos que mejor se adecuaban para su bienestar y salud. Situación que no ocurrió y que como consecuencia tuvo una afectación irreversible y permanente como la pérdida de la vida.



E. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

356. Esta Comisión Nacional recuerda que la apropiada integración del expediente clínico es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, el historial inherente a su tratamiento y permite conocer la verdad sobre hechos relacionados con la atención médica; por lo que, las instituciones de salud son responsables de su cumplimiento.

357. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, precisa que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*¹⁵⁵.

358. La NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables [...]”*¹⁵⁶.

359. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29 señaló que *“se consideró que “la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es*

¹⁵⁵ CoIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

¹⁵⁶ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.



*una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad*¹⁵⁷.

360. En la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional advirtió que en las constancias médicas que obran en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó a V1 y V2 en el C.M.F Legaria, H.G de Tacuba y Hospital 1° de Octubre, se detectaron diversas omisiones lo que implica un incumplimiento a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, ya que en algunas notas se omitió asentar el nombre del médico tratante, este se encontraba incompleto o con los apellidos invertidos, tal y como se indica a continuación:

Fecha	Institución	Tipo de nota médica
Notas Sin Hora		
04 de agosto de 2016	C.M.F. LEGARIA	Solicitud de Referencia
28 de octubre de 2016		Referencia
09 de mayo de 2014	H.G de Tacuba	Contrarreferencia
18 de septiembre de 2014		Contrarreferencia
05 de febrero de 2016		Contrarreferencia
26 de agosto de 2016		Nota de control prenatal
29 de agosto de 2016		Resultado de serología infecciosa
26 de septiembre de 2016		Ultrasonido obstétrico
20 de octubre de 2016		Solicitud de Consulta de Especialidad
17 de octubre de 2016		Nota de Perinatología
04 de noviembre de 2016		Reporte de ultrasonido
10 de noviembre de 2016		Resultados de cultivo
15 de noviembre de 2016	Nota de Cardiología	
23 de noviembre de 2016	Laboratorio de Ecocardiografía	
24 de noviembre de 2016	Reporte de ultrasonido	
28 de noviembre de 2016	Nota de Perinatología	
29 de noviembre de 2016	29 de noviembre de 2016	
19 de diciembre de 2016	Reporte de ultrasonido	
16 de enero de 2017	Nota de Perinatología	
30 de enero de 2017	Hoja frontal Ginecología y Obstetricia	
30 de enero de 2017	Historia Clínica General	

¹⁵⁷ Párrafo 35.



30 de enero de 2017		Atención UCIN Pediatría
Sin fecha		
26 de agosto de 2016	H.G del Tacuba	Nota de control prenatal de V1
Sin fecha y hora		
Fecha aproximada por el orden cronológico de atención 30 de enero	Hospital 1° de Octubre	Atención del parto de V1
Sin nombres y firmas		
09 de noviembre de 2016, 12:27 hrs.	Hospital 1° de Octubre	Resultados de cultivo
10 de noviembre de 2016, 08:37 hrs		
30 de enero de 2017, 14:00 hrs.		Atención de Ginecología y Obstetricia
31 de enero, sin hr.		Atención de Ginecología y Obstetricia
31 de enero, 17:30 hrs.		Informe de medición
03 de febrero de 2017, 11:00 hrs.		Atención UCIN a V2
Sin Firmas		
26 de septiembre de 2016	H.G de Tacuba	Ultrasonido obstétrico
04 de noviembre de 2016	Hospital 1° de Octubre	Resultados de laboratorio
30 de enero de 2017		Hoja de ingreso a Neonatología
31 de enero de 2017, 08:00 horas		UCIN
31 de enero de 2017, 15:00 horas		UCIN
1 de enero de 2017, 01:00 hrs.		UCIN, error en mes por la cronología
01 de febrero de 2017, 23:00 hrs.		UCIN
02 de febrero de 2017, 11:00 hrs.		UCIN
04 de febrero de 2017, 00:35 hrs.		UCIN
04 de febrero de 2017, 14:55 hrs,		UCIN
04 de febrero de 2017, 23:00 hrs.		UCIN
05 de febrero de 2017, 17:00 hrs.		UCIN
05 de febrero de 2017, 23:00 hrs.		UCIN
06 de febrero de 2017, 17:00 hrs.		UCIN
06 de febrero de 2017, 22:00 hrs.		UCIN
07 de febrero de 2017, 23:30 hrs.		UCIN
08 de febrero de 2017, 10:00 hrs.		UCIN
08 de febrero de 2017, 23:30 hrs.		UCIN
09 de febrero de 2017, 11:00 hrs.		UCIN
09 de febrero de 2017, 23:30 hrs.		UCIN
10 de febrero de 2017, 09:00 hrs.		UCIN
11 de febrero de 2017, 14:10 hrs.	UCIN	
11 de febrero de 2017, 22:10 hrs.	UCIN	
12 de febrero de 2017, 11:15 hrs.	UCIN	
13 de febrero de 2017, 00:50 hrs.	UCIN	



13 de febrero de 2017, a 12:10 hrs.		UCIN
13 de febrero de 2017, a 23:10 hrs.		UCIN
14 de febrero de 2017, 02:05 hrs.		Nota de UCIN en la que se sienta el fallecimiento de V2

361. Específicamente por la falta de firmas, fechas y horas se incumple el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 (numeral que dejaron de atenderse), que establece (todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso).

362. Llama la atención la práctica constante de falta de la firma de notas médicas, ya que del análisis del expediente clínico se encontraron 26 notas en que el personal médico no imprime su firma. En los casos en que residentes firman y no se encuentran firmas del personal médico adscrito quienes deben supervisarles, la falta es más allá que la usencia de la firma, ya que puede indicar un incumplimiento en la enseñanza como se analizará más adelante.

363. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico sea cumplida totalmente.

364. Dichas omisiones no afectaron directamente el tipo de atención, complicaciones y muerte de V2, sin embargo, resulta importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes, ya que la adecuada documentación de los casos permite conocer de manera precisa el seguimiento médico de pacientes y la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades, por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se



implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

IV. RESPONSABILIDAD.

365. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la salud por la inadecuada atención prenatal y el derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1 y derecho a la salud por la inadecuada atención médica, el derecho a la vida y la vulneración al interés superior de la niñez de V2.

366. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incurrieron en las siguientes omisiones susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, atendiendo a lo siguiente:

367. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Federal; 6º, fracción III; 71 párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con suficientes evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, realice el seguimiento del procedimiento administrativo de investigación correspondiente, contra las personas servidoras públicas antes referidas, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.



RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

368. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

369. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

370. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

371. Esta Recomendación advierte que con motivo de la atención proporcionada a V1 en la atención del parto y a V2 en la UCIREN y UCIN se llevó a cabo en ocasiones por médicas y médicos residentes, en este sentido la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”, establece en su punto 9.3.1 que los profesores titulares y adjuntos tienen el deber de “[c]oordinar y supervisar las



actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente”.

372. Por su parte, de acuerdo al punto 10.5 de la mencionada normativa, los médicos residentes tienen el derecho a “[c]ontar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias”, y de conformidad al punto 11.4, tienen el deber de “[p]articipar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes”.

373. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas adscritas al Hospital 1º de Octubre en agravio de V1, ya que el día 30 de enero de 2017 a las 10:48 hrs. fue atendida por MR1, MR2 y MR3 sin que en la nota médica únicamente se encuentra una firma sin datos precisos del personal médico adscrito, por lo que no se puede conocer si realmente los médicos tuvieron la coordinación y la supervisión de personal médico adscrito.

374. Adicionalmente, V2 fue atendido por personal médico residente de Pediatría los días 30 de enero de 2017 a las 17:19 hrs., durante el mes de febrero los días 01 a las 23:00 hrs., 02 a las 23:00 hrs., 07 en el turno vespertino, 09 a las 23:00 hrs., 10 a las 23:00 hrs., 11 a las 01:05 hrs. y 13 de febrero de 2017 a las 00:50 hrs., sin que existiera la supervisión de personal médico adscrito por lo que incumplieron lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012, lo que favoreció el detrimento del estado clínico por un inadecuado monitoreo, inadecuada integración diagnóstica e inadecuado manejo terapéutico, lo cual tuvo como consecuencia la pérdida de la vida de V2.

375. Ante la falta de señalamiento de qué personal médico adscrito era responsable de coordinar y supervisar a las personas que ejercen su residencia médica, que



implica la recepción de un posgrado académico, es importante recordar la obligación de cada institución de asegurar de manera permanente dicha supervisión.

376. Esta Comisión Nacional encuentra un patrón preocupante, ya que al menos 6 atenciones médicas de V2 en las que no existió coordinación por personal médico adscrito durante el turno nocturno y después de las 23:00 hrs. Por lo que podría asumirse que el turno nocturno en el Hospital 1° de Octubre el personal médico adscrito tiende a dejar a los médicos y médicas residentes solos en la atención de pacientes sin coordinación y supervisión respectiva, influyendo directamente en la atención adecuada.

377. Adicionalmente, el día 01 de febrero de 2017 a las 01:00 hrs., AR7, asentó en su nota *“no se contaba con surfactante para el manejo del paciente”*, en el presente caso la administración de este fármaco a V2 era importante debido a las complicaciones pulmonares. Al respecto, la Opinión Médica elaborada por el personal de esta Comisión Nacional señala que en el Cuadro Básico del Catálogo de Medicamentos del Consejo de Salubridad General¹⁵⁸ (vigente al momento de los hechos) incluye los siguientes fármacos: fosfolípidos de pulmón porcino y Beractant, fosfolípidos del pulmón de origen bovino. Ambos fármacos, considerados surfactantes exógenos naturales.

378. Por lo tanto, ante la falta del citado medicamento, el responsable del Hospital 1° de Octubre, debió gestionar su abasto, lo anterior con la finalidad de otorgar el tratamiento oportuno y adecuado a las y los pacientes que llegaron a requerirlo el día 01 de febrero de 2017, incluyendo el caso de V2. Cabe aclarar que la mencionada falta de insumos del surfactante exógeno, contribuyó con el deterioro progresivo del síndrome de dificultad respiratorio que presentaba el paciente.

¹⁵⁸ Cuadro Básico de Catálogo de Medicamentos del Consejo de Salubridad General, edición 2017. Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de insumos del Sector Salud. Recuperado de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/priorizacion/cuadro-basico/med/catalogo/2017/EDICION_2017_MEDICAMENTOS-FINAL.pdf



379. El 1 de febrero de 2017 a través de los registros de enfermería a las 02:30 hrs. la VAFO que utilizaba V2 se apagó, informando a MR4. Más tarde se registró que seguía sin funcionar, dando aviso al servicio de Inhaloterapia, quienes probaron varios ventiladores mecánicos, los cuales tampoco funcionaron. También, reportaron que a las 03:00 hrs. as se realizó aspiración al paciente, obteniendo secreciones abundantes color amarillo “huevo”; además, anotaron que se continuaba brindando PPI (presión positiva inspiratoria) logrando instalar ventilador mecánico convencional a las 04:30 horas. A las 04:35 horas informaron a la asistente de la dirección (sin establecer nombre), quien comentó que los “circuitos” se encontraban “bajo llave”.

380. Con relación a lo anterior, se establece que los circuitos son elementos indispensables para la adaptación y funcionamiento del ventilador mecánico, el cual, si no se cuenta con el mismo, no se puede otorgar el manejo ventilatorio a las y los pacientes, mismos que estaban “bajo llave”, entendiéndose que no se podía acceder a ellos, por lo que no fue posible otorgar de manera urgente el apoyo mecánico ventilatorio a V2; debido a la disfunción de los equipos ventilatorios y el resguardo de los circuitos.

381. Lo anterior evidencia la falta de mantenimiento de los equipos de ventilación mecánica y de alta frecuencia oscilatoria, así como la falta de accesibilidad de los componentes necesarios de dichos equipos (circuitos); situaciones que debieron ser advertidas y gestionadas tanto por el responsable del Hospital Regional 1º de Octubre, como por el responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo anterior, de acuerdo a lo que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección en Salud; la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Todo lo expuesto, con la finalidad de garantizar y otorgar el tratamiento oportuno y adecuado a las y los pacientes que llegaron a requerir el apoyo mecánico



ventilatorio o de VAFO, el día 01 de febrero de 2017, incluyendo el caso de V2 lo cual contribuyó con su deterioro respiratorio.

382. Adicionalmente, no pasa desapercibido que, durante la atención médica otorgada a V2 durante su estancia hospitalaria en la UCIN, se estableció lo siguiente:

- 01 de febrero de 2017, a las 23:00 hrs., descrito por la MR5: **“RADIOGRAFÍA DE TORAX, SE SOLICITO PERO AUN NO ACUDEN A TOMARLA”**.
- 04 de febrero de 2017, a las 14:55 hrs., descrito por AR8: **“EL CUAL NO SE TPOMA (sic) POR CUESTIONES ADMINISTRATIVAS”**.
- 05 de febrero de 2017, a las 17:00 hrs., descrito por AR8: **“SE SOLICITA CONTROL RADIOGRAFIFO (sic) SIN EMBARGO POR CUESTIONES ADMINISTRATIVAS NO SE REALIZA”**.
- 11 de febrero de 2017, a las 14:10 hrs., descrito por AR8: **“SE REFIERE POR SERVICIO DE RADIOLOGIA QUE NO SE CUENTA CON EQUIPO DE PORTATILES”**.

383. Considerando lo anterior, se establece que los días 01, 04, 05 y 11 de febrero de 2017, no se realizaron los estudios radiográficos que requería V2 por cuestiones administrativas o por falta de equipo portátil. Por consiguiente, esta Comisión Nacional determina que el responsable del Hospital 1º de Octubre, debió gestionar las cuestiones administrativas y la falta de equipo radiológico portátil, con la finalidad de garantizar la oportuna y eficiente prestación de servicios a las y los pacientes que llegaron a requerir estudios radiográficos en los citados días en dicho Hospital. Cabe resaltar, que en el caso particular, V2 cursaba con diversos procesos patológicos de índole respiratorio, cardíaco y séptico, los cuales requerían ser valorados mediante controles radiográficos debido a su elevado índice de morbilidad y mortalidad que conllevan. Por lo tanto, se establece que, el no efectuar los estudios radiológicos señalados en párrafos previos, contribuyó con la inadecuada valoración y seguimiento de V2, principalmente de los cuadros de síndrome de insuficiencia respiratoria y sepsis neonatal, incumpliendo con ello, el



artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección en Salud.

384. Por lo anteriormente expuesto, que esta Comisión Nacional considera que el ISSSTE es responsable institucionalmente.

V. REPARACIÓN INTEGRAL.

385. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Federal; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, y VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1, V2 y V3 por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

386. El artículo 1º de la Constitución Federal establece en su párrafo tercero que: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley”.

387. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta



Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

A) Medidas de rehabilitación.

388. De conformidad con la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de México, se deberá brindar a V1 y V3, la atención psicológica y tanatológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional por la afectación que pudieron sufrir ante la pérdida de la vida de su hijo recién nacido, por el tiempo que sea necesario.

389. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos en caso de requerirlos.

B) Medidas de satisfacción.

390. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

391. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V3 las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.



392. Independientemente de la responsabilidad administrativa en que hubiesen incurrido AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 deberán anexar en su expediente laboral, copia de la presente Recomendación en la que se comprueban que realizaron violaciones a los derechos humanos.

C) Garantías de no repetición.

393. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

394. En un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá diseñar e impartir un curso integral dirigido a todo el personal médico y de residencia del Hospital 1° de Octubre, relacionados con la capacitación y formación en materia de derechos humanos, específicamente sobre 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud, 2) Derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez, 3) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento (NOM-007-SSA2-2016; NOM-004-SSA3-2012 y NOM-001-SSA3-2012), y 4) El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. En todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

395. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado y experiencia demostrada, con perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres y neonatos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Lo cuales deberán no



ser menores a 20 hrs. y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo.

396. Además, se entregarán esta Comisión Nacional las evidencias entre las cuales están programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, evaluaciones, entre otros.

397. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de la unidad responsable en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, asimismo la copia del documento que acredite la certificación o recertificación que hayan obtenido.

398. En un plazo no mayor a un mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del ISSSTE el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general.

399. En un plazo de 12 meses el ISSSTE deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de



cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados.

400. Ante la falta de material necesario para brindar una atención médica adecuada; en un plazo de 6 meses, se deberá dotar al Hospital 1° de Octubre de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo las prácticas administrativas que pueden impedir y retrasar la realización y entrega de estudios de laboratorio y gabinete.

D) Medidas de compensación.

401. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación como madre y padre respectivamente a V1 y V3, por el fallecimiento de su hijo recién nacido V2 y a V1 por la inadecuada atención médica prenatal y la violencia obstétrica, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y en términos de la Ley General de Víctimas. Se deberá solicitar la cuantificación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General, las siguientes:

VI. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Reparar integralmente el daño a V1 y V3, incluyendo el pago de compensación económica e inscribirles inmediatamente en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.



SEGUNDA. Proporcionar la atención psicológica y tanatológica que requieran V1 y V3, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 por las violaciones a los derechos humanos descritas, la inadecuada atención médica y la violencia obstétrica a V1, así como por la inadecuada atención médica y posterior fallecimiento de V2 y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan a todo el personal directivo, médico y de residencia en el Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, con especial



énfasis de las áreas de urgencias, ginecología y obstétrica, pediatría, UCIREN y UCIN los siguientes cursos de capacitación de no menos de 20 horas: 1) El Derecho a la Salud y los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud, 2) Derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez, 3) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento (NOM-007-SSA2-2016; NOM-004-SSA3-2012 y NOM-001-SSA3-2012) relativas al presente caso, 4) El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017, sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. En todos se deberá señalar que se esta impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación. Se deberán contemplar los elementos y características descritos en la presente recomendación, los que deberán ser impartidos por personal especializado, contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de la unidad responsable en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, asimismo la copia del documento que acredite la certificación o recertificación que hayan obtenido.

OCTAVA. En un plazo no mayor a un mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del ISSSTE el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, y se deberá presentar a esta Comisión las evidencias respectivas.



NOVENA. En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

DÉCIMA. En un plazo de 6 meses, se deberá dotar al Hospital 1° de Octubre de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo las prácticas administrativas que pueden impedir y retrasar la realización y entrega de estudios de laboratorio y gabinete.

DÉCIMA PRIMERA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

402. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero,



Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

403. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

404. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

405. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República, o en sus recesos a la Comisión Permanente, que requieran, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA