



RECOMENDACIÓN NO. 4 / 2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DE ACCESO A LA SALUD DE V1 Y AL PROYECTO DE VIDA DE FAMILIA ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Ciudad de México, a 23 de febrero de 2021

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido Señor 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 Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º y 3º, párrafo primero; 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 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/5812/Q**, relacionado con el caso de violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica y de acceso a la salud de V1, así como al proyecto de vida de familia 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; 78 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
Q	Quejosa
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

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
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital de Gineco Pediatría 3A	HGP 3A
Unidad Médica Familiar Número 11	UMF 11
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



Frecuencia Cardiaca Fetal	FCF
---------------------------	-----

I. HECHOS.

5. El 14 de junio de 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja interpuesta por Q, sobrina de V1, en la cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V1 y V2, cometidas por personas servidoras públicas adscritas al Hospital de Gineco Pediatría 3A, derivadas de la inadecuada atención médica otorgada a V1 durante el trabajo de parto que resultaron en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

6. En el escrito de queja, Q señaló que el 10 de junio de 2019, V1 de 28 años de edad, ingresó al HGP 3A del IMSS debido a que cursaba un embarazo a término, donde los médicos le indujeron el parto de manera natural, pero al no obtener un buen resultado le practicaron una cesárea al día siguiente y, de acuerdo con la información que se le proporcionó a V2, esposo de V1, el bebé se encontraba bien de salud; sin embargo, a los pocos minutos se le avisó que había fallecido.

7. Agregó que horas después, debido a las irregularidades que percibieron en la actuación de personal del IMSS, V2 acudió a la Agencia del Ministerio Público y presentó una denuncia de hechos y al regresar al HGP 3A se le condicionó la entrega del cuerpo de su hijo con la firma de un documento en el que señaló que el bebé nació sin vida.

8. Debido al fallecimiento del producto de la gestación, Q solicitó la intervención de esta Comisión Nacional, ya que desconoció que le ocurrió y consideró que el personal del IMSS es responsable.

9. En razón de la recepción de la queja, esta Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/4/2019/5812/Q, solicitó información al IMSS 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.

10. Escrito de queja de 14 de junio de 2019, suscrito por Q, en el que relató las irregularidades en la atención de la labor de parto motivo por el cual violan sus derechos de V1 y V2.

11. Acta circunstanciada de 14 de junio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación que se sostuvo con la madre de Q y V1, en la que esta última reiteró los hechos materia de la queja y señaló que el 13 de junio de 2019 el IMSS le entregó el cuerpo de su hijo.

12. Oficio número V4/54419, de 27 de agosto de 2019, mediante el cual este Organismo Nacional solicitó información a la autoridad presunta responsable.

13. Oficio 095217614C21/2470, de 12 de septiembre de 2019, mediante el cual el IMSS dio respuesta a la solicitud de información de este Organismo Nacional y remitió lo siguiente:

13.1. Oficio 35 16 01 200 200 /SDM/0200/19, de 3 de septiembre de 2019, mediante el cual la Subdirectora Médica del HGP 3A, adjuntó el informe suscrito por los Coordinadores Clínicos de Turnos en el que describieron cronológicamente la atención médica, estudios, cirugía y diagnósticos de V1.

13.2. Pronunciamientos médicos suscritos por los doctores y doctoras Gineco obstetras quienes atendieron a V1.

13.3. Informe médico firmado por la anesthesióloga responsable.

- 13.4.** Informes de las enfermeras, a través de los cuales manifestaron en qué consistió su participación en la atención otorgada a V1.
- 13.5.** Certificado de muerte fetal del producto de la gestación.
- 13.6.** Dictamen técnico de 3 de septiembre de 2019, a través del cual los Coordinadores Clínicos de Turno del Hospital del HGP 3A, informaron lo relacionado al cumplimiento de la Guía Práctica Clínica y Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, respecto de la atención médica otorgada a V1.
- 14.** Oficio 095217614C21/2538, de 23 de septiembre de 2019, por el que el IMSS remitió el expediente clínico de la atención otorgada a V1 en el HGP 3A.
- 15.** Acta circunstanciada de 26 de noviembre de 2019, en la que hace constar la brigada de trabajo entre personal de este Organismo Nacional y del IMSS, en la que se menciona que se encuentra en análisis la documentación del expediente clínico para entregarla a esta Comisión Nacional.
- 16.** Oficio 095217614C21/3576, de 6 de diciembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia de la atención médica de reanimación neonatal y anestésica otorgada a V1 y del producto de la gestación, de 11 de junio de 2019, así como las constancias médicas del control de vigilancia prenatal de V1 integrada en la UMF11.
- 17.** Opinión médica emitida por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que determinó que existió una indebida medicalización del parto a base de prostaglandinas, lo cual derivó en una serie de eventos desafortunados que culminaron en la ruptura uterina, interrupción de la circulación materno fetal, pérdida de la vida del producto de la gestación y hemorragia obstétrica.
- 18.** Oficio 00641/30.102/Q/2906/2020-NDF, a través del cual el IMSS informó que se ordenó la práctica de las investigaciones y diligencias necesarias dentro del

expediente 2020/IMSS/DE3627, cuyo resultado se dará a conocer a este Organismo Nacional en su oportunidad.

19. Acta circunstanciada de 13 de octubre de 2020, en la que se hace constar la comunicación telefónica con V1, quien indicó que se encuentra bien de salud, que no recibe tratamiento hormonal y con relación a la denuncia penal que interpuso V2 ante el Ministerio Público Federal indicó que se continúa con la investigación, ya que no todos los doctores han acudido a dar su testimonio, además la pandemia de COVID-19 ha retrasado la investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. El 14 de junio de 2019, Q y V1, informaron que V2 acudió al Ministerio Público Federal e interpuso una denuncia penal por los hechos acontecidos, se inició la carpeta de investigación FGAM/GAM-3/U/S/D/01506/06/2019 la cual continúa en trámite.

21. El 11 de septiembre de 2020, el IMSS remitió el oficio 006417/30.102/Q/2906/2020-NDF, por el que emitió el acuerdo de 21 de enero de 2020, por parte de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la Delegación Norte de la Ciudad de México, en la que determinó el asunto como procedente desde el punto de vista médico, sin que hasta el momento se haya emitido resolución.

22. V1 y V2 informaron a esta Comisión Nacional que no han presentado otra queja administrativa por los hechos.

IV. OBSERVACIONES.

23. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/5812/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, al derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia en agravio de V1.

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

24. 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”*.

25. 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.

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.

26. 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 [...]*” .

27. 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 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.

28. Para la presente Recomendación se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del binomio materno fetal, 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” .

29. 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).

30. 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.

31. 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

32. 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

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 Ibídem.

33. 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”*.

34. El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 “sobre el derecho 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.

35. Esta Comisión Nacional ha reiterado que el derecho de protección a la salud 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.

36. Por lo anterior, esta 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

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.

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.

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

38. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica que recibió V1 durante su embarazo y parto, en las que se advirtieron una serie de irregularidades que derivaron en el fallecimiento del producto de la gestación.

A. 2. Atención Prenatal de V1 en la Unidad de Medicina Familiar número 11, del IMSS.

39. La atención médica prenatal de V1 inició el día 30 de octubre de 2018, fue durante el primer trimestre del embarazo, como lo recomienda la bibliografía médica, se solicitaron adecuadamente valoraciones por los servicios “de Nutrición y Dietética, Estomatología Preventiva, Trabajo Social, Salud en el Trabajo, Medicina Preventiva; asimismo se elaboraron estudios de laboratorio y de gabinete. Cabe mencionar que, en esa misma consulta se determinó que V1 presentaba alto riesgo obstétrico por el antecedente de cesárea.

40. En la consulta de 4 de enero de 2019, V1 cursaba con un embarazo de 17 SDG, la exploración física no está descrita de manera completa en el expediente clínico de SP1, pero de acuerdo a los medicamentos prescritos “*Nitrofurantoína...Nistatina*” y los estudios solicitados “*cultivo de orina (urocultivo)...*

Cultivo de exudado cérvico vaginal o vulvar”, se infiere la sospecha diagnóstica de que V1 cursaba con una infección de vías urinarias y cervicovaginitis.

41. Acerca de la infección de vías urinarias, la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en primer nivel de atención refiere que “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. Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias y pueden propiciar la bacteriuria asintomática y su progresión a pielonefritis. El riesgo de padecer infección de vías urinarias aumenta a lo largo del embarazo desde el inicio hasta el término de la gestación”⁶

42. Con relación a la cervicovaginitis, la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad reproductiva en el Primer Nivel de Atención, la define como la “inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos, bacterias y protozoarios por tricomonas vaginalis.

43. Cabe mencionar que el no describir la exploración física completa de la paciente incumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en su apartado 6.1.2. Cabe aclarar, que lo anterior no causó complicaciones en el binomio materno-fetal.

44. El 7 de enero de 2019, V1 acudió al servicio de salud y SP2 diagnosticó bartholinitis, la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Quiste y Absceso de la Glándula de Bartholin en los tres niveles de Atención, refiere que “los quistes y absceso de la glándula de Bartholin, son problemas comunes de la mujer en edad reproductiva. En casos de infección de la glándula de Bartholin, se debe mejorar las condiciones de la paciente con analgésicos, antiinflamatorios e iniciar el esquema de antibióticos de forma empírica, con toma previa de muestra de

⁶ Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.

cultivo. En este caso, la médica oportunamente otorgó tratamiento a base de dicloxacilina, el cual está indicado para esta patología en particular y citó a la paciente en 4 días para el seguimiento de su padecimiento.

45. El 11 de enero de 2019, V1 fue valorada nuevamente por SP2, quien determinó que existía mejoría respecto de los padecimientos, por lo que, se decidió continuar con el tratamiento y se programó su cita de seguimiento.

46. El 7 de febrero de 2019, SP3 registró que V1 cursaba con un embarazo de 22 SDG, el cual evolucionaba de manera normal y que los estudios que presentó no mostraban alguna alteración y se solicitó examen general de orina y química sanguínea con la finalidad de dar continuación al protocolo de embarazo sano.

47. El 7 de marzo de 2019 V1 acudió a su cita de control prenatal, contando con 26 SDG, siendo valorada por SP2 quien no realizó una descripción de la exploración física, por lo que se carecen de elementos técnico científicos para determinar el estado clínico que guardaba el día de la citada consulta de control prenatal, con lo que se incumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en su apartado 6.1.2; sin embargo, lo anterior no causó complicaciones en el binomio materno-fetal.⁷

48. El 08 de abril de 2019, V1 acudió a su cita subsecuente de control prenatal, cursando con un embarazo normal, de 30 SDG y de la revisión que realizó SP4, se advirtió que el producto de la gestación se encontraba dentro de parámetros establecidos. Por lo que, SP4 adecuadamente la citó en 3 semanas para el seguimiento de su embarazo.

49. Cabe mencionar que, de acuerdo a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con atención centrada en la paciente se recomienda realizar entre

⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012: 6. Del expediente clínico en consulta general y de especialidad. 6.1.2. Exploración física. - Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud

las 29 y 34 semanas de gestación los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete: determinación de proteinuria por tira reactiva, ultrasonido o PSS (prueba sin estrés de acuerdo a criterio médico). En este caso en particular, no se advierte que dichos estudios hayan sido solicitados, pero esto no contribuyó a las complicaciones materno-fetales motivo de la presente queja, como se abordará más adelante.

50. El 29 de abril de 2019, V1 se encontraba en el tercer trimestre del embarazo y acudió a su valoración subsecuente de control prenatal. SP4 elementos de que estaba cursando con un embarazo que evolucionaba de manera normal. En esta misma consulta, se advierte que se le otorgó una incapacidad por maternidad de 84 días y cita subsecuente.

51. El 15 de mayo de 2019, V1 cursaba con 36 SDG, con presencia dolor al orinar⁹ y sensación continua de deseos de orinar¹⁰ acompañado de vómito, dolor en epigastrio y reflujo gastroesofágico de un día de evolución. Durante la exploración física SP4 describió que V1 se encontraba normal y con relación con presencia de producto único, vivo, frecuencia cardíaca fetal normal, y datos de que se encontraba con un embarazo que evolucionaba de manera normal.

52. Continuando con lo anterior, por los datos clínicos registrados SP4 diagnosticó a V1 con infección de la uretra en el embarazo y de manera adecuada le otorgó tratamiento farmacológico, seguimiento, con cita abierta a urgencias y dio capacitación respecto de datos de alarma obstétricos.

53. Los días 23 y 30 de mayo, así como el 6 de junio de 2019, V1 se presentó a citas subsecuentes de control prenatal del tercer trimestre, en las cuales el personal médico SP4 y SP5 respectivamente no se encontraron con alteraciones físicas y desarrollo fetal normal.

⁹ Disuria: Dolor a la micción (orinar). Diccionario Médico Universidad de Navarra.

¹⁰ Tenesmo vesical: Sensación de deseo continuo, generalmente improductivo, de orinar o defecar (vesical o rectal, respectivamente). Diccionario Médico Universidad de Navarra.

54. De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional el control prenatal de V1 fue adecuado llegando a término el embarazo sin presentar complicaciones, asimismo, se observa que se mantuvo con tensiones arteriales dentro de límites normales.

A. 3. Atención Médica otorgada en el Hospital Gineco-Pediatría 3A.

55. El 10 de junio de 2019, a las 8:00 horas, V1 acudió al HGP 3A, debido a que sintió disminución de los movimientos fetales, fue atendida a las 14:31 horas por personal médico que adecuadamente solicitó realizar un ultrasonido para valorar la vitalidad fetal del producto de la gestación.

56. Del resultado del ultrasonido realizado a las 15:27 horas, SP7 advirtió que la frecuencia cardíaca fetal se encontraba dentro de límites establecidos y que los movimientos del producto de la gestación estaban disminuidos debido a que el índice de líquido amniótico (ILA) era menor al normal.

57. Debido a la baja en el líquido amniótico¹¹, “en casos infrecuentes, el volumen de líquido amniótico puede decrecer bastante por debajo de los límites normales y a veces hasta ser de unos cuantos mililitros. En general, el oligohidramnios que se presenta en etapas tempranas del embarazo es menos frecuente y casi siempre tiene mal pronóstico. Por el contrario, a menudo se puede encontrar disminución del volumen del líquido en embarazos que continúan más allá del término. El riesgo de compresión del cordón y, a su vez, el de sufrimiento fetal aumenta conforme se reduce el volumen del líquido en todos los trabajos de parto, pero en especial después del término. Aunado a lo anterior, “un adecuado volumen amniótico (VLA) es indispensable para permitir un crecimiento y desarrollo fetal normal, así como para la protección fetal y del cordón umbilical. Cuando existe oligohidramnios estas funciones se ven alteradas pudiendo ocasionar una deformación fetal, compresión funicular o muerte. Las anomalías del líquido amniótico se asocian frecuentemente con enfermedad fetal, materna o ambas. La compresión de la dinámica del líquido

¹¹ Oligohidramnios: Disminución de volumen del líquido amniótico. Cunningham et al. Williams obstetricia: Trastornos del volumen del líquido amniótico. McGraw Hill, 2010. (pg. 490)

amniótico, la eficacia y limitantes de varios métodos para estimar el VLA (volumen de líquido amniótico) puede mejorar el manejo perinatal así como su pronóstico.”¹² Además de que no es una indicación de cesárea¹³.

58. Conformada la Opinión Médica señala que la bibliografía especializada refiere realizar ciertas acciones en casos en los que exista oligohidramnios tales como:

58.1 “La decisión de interrupción del embarazo No debe basarse únicamente en el hallazgo de oligohidramnios, sino que debe incluir una evaluación diagnóstica integral materno-fetal para identificar en lo posible la etiología; aplicación de pruebas de bienestar fetal, y en base a esto, determinar un pronóstico y manejo.

58.2 En caso de embarazos mayores de 36 y menores de 41 SDG con hallazgos de oligohidramnios, sin trabajo de parto y sin antecedentes de riesgo (RCIU, RPM, PSS no reactiva, etc.). Hidratar a la paciente y hacer nueva evaluación ultrasonográfica y PSS (prueba sin estrés) en 24 horas.

58.3 La vía de interrupción dependerá del estado materno -fetal al momento de tomar la decisión de interrupción, debiendo anteponer la vía vaginal mientras el binomio lo permita y dejar la vía abdominal ante indicación obstétrica absoluta. Todas las pacientes con edad gestacional de 41 o más semanas confirmadas y oligohidramnios severo interrumpir embarazo por vía abdominal” ¹⁴

59. Ahora bien, en este caso particular en el mismo resultado ultrasonográfico, el personal médico describió que el producto de la gestación presentaba “...*Pielectasia fetal renal derecha moderada, a descartar hidronefrosis derecha...*”. La bibliografía médica refiere que la pielectasia fetal renal es “la dilatación leve de la pelvis renal, con o sin dilatación de los cálices, alteración que puede ser

¹² Ávila V. M. A., Cardona O. M. E., Reyes Bergez A. R. Controversias en el manejo médico de las pacientes con oligohidramnios. Rev Med UAS Nueva Época; Vol. 3: No. 1. Enero-Marzo 2012.

¹³ Ávila V. M. A., Cardona O. M. E., Reyes Bergez A. R. Controversias en el manejo médico de las pacientes con oligohidramnios. Rev Med UAS Nueva Época; Vol. 3: No. 1. Enero-Marzo 2012.

¹⁴ Ávila V.M.A. Cardona O. M. E. Reyes Berguez A. R. Controversias en el manejo médico de las pacientes con oligohidramnios. Rev. Med. UAS.

detectada mediante ultrasonografía prenatal. La pielectasia, especialmente leve, se resuelve espontáneamente en la mayoría de los casos (20 a 30%); estas alteraciones son transitorias y se explican por variaciones normales en la producción de orina fetal. Sin embargo, la ecografía prenatal no permite diferenciar una dilatación fisiológica o transitoria de aquella que conduce a riesgo de enfermedad.”¹⁵

60. De acuerdo a lo establecido en la bibliografía médica, se puede determinar, que fue adecuado por SP7 el no haber indicado cesárea.

61. Ese mismo 10 de junio de 2019 a las 17:00 horas, V1 ingresó al área de labor del HGP 3A con signos vitales normales, clínicamente sin alteraciones y SP8 refirió que en ese momento percibía movimientos fetales adecuados y palpables, la frecuencia cardíaca fetal dentro de parámetros establecidos, sin tener contracciones uterinas y el cérvix estaba sin cambios, es decir, no presentaba actividad uterina y con las maniobras de Tarnier y Valsalva, para valorar la salida de líquido amniótico, fueron negativas, es decir, la disminución en el líquido amniótico no se debía a la salida de líquido por ruptura prematura de membranas.

62. Asimismo, se describió el reporte de ultrasonido y estableció que, en ese momento, V1 se encontraba sin complicaciones y adecuadamente, se solicitó vigilar las constantes vitales del binomio materno fetal y se indicó colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo, lo que favorece el transporte de oxígeno al producto de la gestación, además de los cuidados generales, se indicó la vigilancia del binomio materno fetal, tomar y recabar estudios de laboratorio, así como también el realizar un registro cardiotocográfico al producto de la gestación para determinar el plan terapéutico a seguir y continuar allegándose de elementos para valorar el bienestar fetal. Asimismo, SP8 comenzó adecuadamente el llenado de la hoja de partograma para la vigilancia obstétrica

¹⁵ Orellana R. M., Baquedano P. D., Carvajal J.C. Diagnóstico y manejo de la pielectasia fetal. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (6): 476 – 482.

63. Dentro del expediente clínico se advierte el resultado del estudio cardiotocográfico, para valorar el bienestar fetal, el cual se encontró dentro de parámetros normales, en una categoría I, es decir, con buena variabilidad, ascensos presentes, descensos ausentes, frecuencia cardíaca fetal 150 latidos por minuto y una actividad uterina de 1 contracción cada 10 minutos, dicho en otras palabras, de acuerdo a la prueba sin estrés, es posible inferir que, en ese momento, el producto de la gestación guardaba bienestar fetal.

64. El 10 de junio de 2019, a las 21:00 horas, AR1 valoró a V1 y de la exploración realizada determinó que se encontraba en una fase previa al inicio del trabajo de parto e indicó suministrar “dinoprostona” y realizar vigilancia estrecha de frecuencia cardíaca fetal.

65. Respecto a la dinoprostona, es una prostaglandina de la serie EE empleada para la inducción del parto que inicia artificialmente las contracciones uterinas para producir el borramiento y la dilatación del cuello uterino y terminar el nacimiento, respecto de su aplicación, “la paciente debe ser informada de su uso, ya que hay alto riesgo de ruptura uterina con la inducción del trabajo de parto con prostaglandinas.”¹⁷ Lo anterior, permite determinar que, si bien es cierto la dinoprostona (prostaglandina) ha sido utilizada para la inducción del trabajo de parto, también lo es que, previo a la utilización de dicho medicamento se deben considerar aspectos relacionados con el antecedente de cesárea previa e informar a la paciente de los riesgos y beneficios.

66. En este caso, es importante resaltar que, V1 contaba con el antecedente de cesárea previa y la Guía de Práctica Clínica, establece que, “el uso de prostaglandinas para la madurez cervical o inducción del trabajo de parto, con cesárea previa no es aconsejable en la mayoría de las mujeres, pues existe evidencia que la madurez cervical con prostaglandinas incrementa la incidencia de ruptura uterina hasta 15 veces. Se sugiere esperar a que se desarrolle el trabajo de

¹⁷ Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: CENETE: 2017. Pg. 21

parto espontáneo, en pacientes con antecedentes de cesárea.”¹⁸ Asimismo la Guía de Práctica Clínica refiere que “la inducción del trabajo de parto con prostaglandinas E2 (dinoprostona) se asocia con un mayor riesgo de ruptura uterina y no debe usarse como inductor en pacientes con cesárea previa.”¹⁹

67. Todo lo anterior permite establecer que, AR1 inadecuadamente indicó dinoprostona (prostaglandina E2) a V1, lo cual contribuyó directamente con las complicaciones que presentó el binomio materno fetal de ruptura uterina, interrupción del embarazo por cesárea, hemorragia obstétrica y muerte perinatal e incrementó innecesariamente el riesgo de muerte materna.

68. De igual manera es importante mencionar que, dentro de las constancias del expediente clínico no se encuentra un consentimiento informado relacionado con el uso de prostaglandinas (dinoprostona), con lo que se incumple con lo establecido en la 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 en el apartado 5.5 Atención del parto, en el numeral 5.5.7 en el que se establece que: la inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

69. Cabe agregar que la dinoprostona (prostaglandina E2) fue indicada inicialmente por AR1, aplicando la primera dosis el 10 de junio de 2019 a las 21:00 horas y continuando con la segunda dosis el 11 de ese mismo día, mes y año, a las 06:00 horas. Asimismo, se advierte que, durante este primer lapso de 8 horas de exposición al medicamento, si bien es cierto que, no se realizó un monitoreo

¹⁸ Guía de práctica clínica: Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. (pg. 15)

¹⁹ Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC: 2017. Pg. 20.

continuo de la FCF, también lo es que, de acuerdo a lo reportado en el partograma, ésta se encontró dentro de parámetros normales, es decir, con vitalidad fetal.

70. A las 22 horas del 11 de junio de 2019, AR1 registró en el partograma que la paciente presentó ruptura prematura de membranas (RPM) la que esta descrita por la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino como “la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto; ocurre en el 10% de las gestaciones” y adecuadamente personal médico indicó terapia a base del antibiótico denominado CEFTAZIDIMA.

71. El 11 de junio de 2019, a las 08:10 horas, AR2 valoró a V1, describiéndola con signos vitales dentro de parámetros normales, a la exploración abdominal sin datos de actividad uterina, con adecuado movimiento fetal y frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales, encontrándose en el primer periodo del trabajo de parto o fase latente. Esta fase esta descrita en la bibliografía médica como “el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento, dilatación de hasta 4 centímetros y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas, en este caso en particular V1 era nulípara.”²⁰ También estableció que V1 continuara con el plan de maduración cervical y que ya se encontraba con manejo antibiótico por la ruptura prematura de membranas.

72. Por lo tanto, se puede establecer que AR2, de manera inadecuada indicó continuar con el uso de prostaglandinas E2 (dinoprostona), lo cual contribuyó directamente a las complicaciones que presentó el binomio materno fetal, tales como ruptura uterina, hemorragia obstétrica y muerte intrauterina.

73. Es importante señalar que, si bien es cierto, hay riesgos inherentes al propio trabajo de parto, también lo es que, el uso de prostaglandinas E2 (dinoprostona) en el caso particular de V1 condicionó un aumento en el riesgo de complicaciones,

²⁰ Vigilancia y manejo de trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud: 11 de diciembre de 2014. (pg. 17)

como lo es la ruptura uterina, hemorragia obstétrica, pérdida de la circulación materno-fetal y muerte fetal, que fueron secundarias a la inducto-conducción.

74. Respecto al mecanismo de acción de las prostaglandinas E2 (dinoprostona), se establece en la bibliografía médica que “las contracciones uterinas, en general, son evidentes en la primera hora y presentan una actividad máxima en las primeras 4 horas”²¹. En el caso particular de V1, destaca que desde el momento que se indicó la dinoprostona (10 de junio de 2019, a las 21:00 horas), no se advierte en el partograma que el medicamento usado haya provocado el efecto deseado, que era la estimulación de las contracciones uterinas, toda vez que no hay registro del número de contracciones de la paciente o si las presentaba.

75. Asimismo, a las 10:30 horas, del 11 de junio de 2019, más de 12 horas después del inicio de aplicación de la dinoprostona, ya se habían aplicado dos dosis, en el partograma se registró que V1 tenía 1 contracción cada 10 minutos. Por lo que, es posible establecer que, hasta ese momento, la prostaglandina E2 empezaba a causar el efecto deseado. Sin embargo, cabe mencionar que si bien es cierto, la fase latente del trabajo de parto puede durar más de 20 horas en pacientes nulíparas, también lo es que, la paciente desde el inicio de la inducción no presentaba modificaciones cervicales, a pesar de la inducción farmacológica del trabajo de parto, por lo que era necesario una revaloración del abordaje médico relacionado con el uso de las prostaglandinas, toda vez que no presentaba modificaciones cervicales y se podría estar ante una inducción del trabajo de parto fallida.

76. Aunado a lo anterior, se advierte que AR2 indicó el uso de dinoprostona, sin establecer el criterio médico que utilizó para justificar la continuación de la inducción farmacológica del trabajo de parto a base de prostaglandinas E2.

77. Asimismo, AR2 indicó la toma de laboratorios de control para la vigilancia de los niveles de plaquetas de la paciente y hasta ese momento, el binomio materno

²¹ Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud. 23/Marzo/2013. Pg. 40.

fetal estaba en espera de la toma de laboratorios, y del resultado de los mismos, el personal médico normaría la conducta a seguir.

78. El 11 de junio de 2019, a las 12:00 horas, AR2 y un médico residente valoraron nuevamente a V1, describiendo que continuaba con maduración cervical con prostaglandinas y que en ese momento se aplicaría la tercera dosis de dinoprostona, a pesar de que como se mencionó fue inadecuado y de haberse suspendido el medicamento, el riesgo de ruptura uterina hubiera disminuido.

79. En esa misma nota médica, AR2 reportó los resultados de laboratorio en los que se evidenció una disminución en las plaquetas de V1 de *136 mil...* (10 de junio de 2019) a *...123.0 mil...* el (11 de junio de 2019). Al respecto de la presencia de trombocitopenia en el embarazo, la bibliografía médica la define “por un recuento de plaquetas por debajo de 150,000/mm³. Las pacientes están asintomáticas y sin presencia de sangrado. Suele ser un hallazgo incidental.”²² Asimismo, “puede acompañarse de disminución fisiológica de la concentración de plaquetas. Esto suele ser evidente en el tercer trimestre y se cree es originado de manera predominante por la hemodilución. La mayoría de las evidencias muestra que la vida media de las plaquetas no cambia durante el embarazo normal.”²³ En el caso particular, el hallazgo de trombocitopenia, fue en el tercer trimestre del embarazo, lo cual resulta coincidente con los cambios esperados durante el propio proceso del embarazo. Cabe aclarar que la trombocitopenia gestacional, no contribuyó ni fue la causa directa de las complicaciones obstétricas de ruptura uterina y muerte fetal que presentó la paciente y el producto de la gestación.

80. El 11 de junio de 2019, a las 14:20 horas, la AR3 valoró a V1 a quien encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, respecto a la evolución del trabajo de parto describió a nivel abdominal que V1 presentaba contracciones uterinas regulares (normal) y percibía los movimientos fetales; al tacto vaginal, encontró el cérvix, de consistencia *...resistente...*, dilatación de 2 centímetros,

²² Molnar S. Trombocitopenia en embarazo. Hematología. Volumen 22 Número Extraordinario. XIII Congreso del Grupo CAHT: 117-124, 2018.

²³ Cunningham et al. Williams Obstetricia: Parto. McGraw Hill, 2010. (pg. 1093).

40% de borramiento y expulsión del tapón mucoso. En otras palabras, posterior a las 3 dosis de dinoprostona, la paciente logró culminar la fase latente del trabajo de parto, lo cual se encontraba dentro del límite establecido para pacientes nulíparas. Ahora bien, respecto a la vigilancia y manejo del trabajo de parto, AR3 estableció que la paciente era “...*candidata para realizar prueba de tolerancia a la oxitocina...*” por lo que, indicó “...*prueba de trabajo de parto, vigilancia del binomio...*”.

81. Acerca de la prueba de trabajo de parto, la Guía de Práctica Clínica Parto después de una Cesárea la define como “el procedimiento obstétrico mediante el cual se somete a una paciente con relación céfalo-pélvica suficiente que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción.”²⁴ Asimismo, cabe mencionar que la citada guía recomienda que “en mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una prueba de parto se les debe informar lo siguiente:

- El riesgo de ruptura uterina es mayor cuando se compara con la cesárea de repetición.
- En caso de fracaso, al realizar la cesárea de repetición existe mayor riesgo de lesión vesical.
- El riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor cuando se compara con la cesárea de repetición.
- El riesgo que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor cuando se compara con la cesárea de repetición.

82. Con relación a lo anterior, del análisis del expediente clínico, se observa que AR3 no registró haber informado a la paciente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, por lo que es posible inferir que V1 no recibió la consejería adecuada antes de llevar a cabo los procedimientos de prueba de trabajo de parto y oxitocina.

²⁴ Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013.

83. Asimismo, la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea establece que dentro de los requisitos para iniciar la prueba de trabajo de parto²⁵ se encuentran los siguientes:

- Embarazo a término.
- Pelvis útil.
- Presentación cefálica abocada.
- Dilatación de 4 centímetros o más.
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
- Membranas rotas.
- Buen estado materno y fetal.
- Evacuación de vejiga y recto.
- Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso de trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
- La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba.
- La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante.

84. Es importante hacer notar que la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo recomienda que “la inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria. Se dice que un cérvix es favorable cuándo sus características clínicas corresponden a un Bishop mayor de 6.²⁶

85. En este caso en particular, al momento de determinar que la paciente era candidata a prueba de trabajo de parto, AR3 describió las siguientes características del cérvix: “...cérvix posterior, resistente, con 2 cm de dilatación y 40% de

²⁵ Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. (pg. 43)

²⁶ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.

borramiento, amnios abombado, con expulsión de tapón mucoso...". Es decir, de acuerdo a los registros de AR3, se advierte que sólo reportó cuatro parámetros del índice de Bishop: dilatación, borramiento, consistencia y posición del cérvix, sin establecer la altura de la presentación. Ahora bien, considerando lo descrito por la citada médica, se puede establecer que en ese momento la paciente contaba con un índice de Bishop de 2 puntos, dicho en otras palabras, el cérvix era desfavorable para iniciar la prueba de trabajo de parto. Al respecto, cabe anotar que el citado procedimiento inició a las 17:15 horas de del 11 de junio de 2019, cuando el índice de Bishop era inadecuado considerando que el cérvix era desfavorable para llevar a cabo la técnica obstétrica, lo cual incrementó el riesgo de complicaciones.

86. Respecto a los requisitos para la prueba de trabajo de parto, V1 contaba con un embarazo de término, membranas rotas, y los signos vitales maternos y fetales dentro de parámetros normales, por lo que, tal como lo estableció la AR3 que, si bien es cierto, la paciente contaba con indicaciones para la prueba de trabajo de parto misma que fue indicada el 11 de junio de 2019 a las 17:15 horas, también lo es que, de acuerdo a la valoración del cérvix, el cual era desfavorable para iniciar la prueba de trabajo de parto, incrementó el riesgo de que el procedimiento fallara.

87. Cabe hacer notar que, si bien es cierto, al momento de inicio de la prueba de trabajo de parto con oxitocina, de acuerdo a lo reportado en el partograma, V1 contaba con 4 centímetros de dilatación, 60% de borramiento y tenía 2 contracciones cada 10 minutos. También lo es que, no se advierte la descripción de la altura de la presentación, la consistencia y posición del cuello uterino. Por lo que, no es posible determinar fehacientemente cual era la puntuación completa del índice de Bishop. En ese momento V1 se encontraba en el inicio de la fase activa del trabajo de parto y en ese momento se comenzó el uso de oxitócicos.

88. Además, acerca del uso de oxitocina, la Guía de Práctica Clínica Parto después de una Cesárea evidencia que “en mujeres embarazadas con antecedente de cesárea, en quienes se lleva a cabo una conducción del trabajo de parto se debe considerar lo siguiente: la conducción no está contraindicada, sin embargo, debe

ser precedida por una consejería adecuada. La dosis de infusión de oxitocina debe ser la mínima requerida para alcanzar de 3 a 4 contracciones en 10 minutos (no rebasar de 4 contracciones). Procurar que las valoraciones cervicales las realice la misma persona para evitar sesgos en la valoración de la progresión.”³¹ Asimismo, en el diagrama de flujo en el apartado 5.3 de la misma guía, refiere “iniciar con oxitocina a razón de 0.5 a 2 mU/minuto con un incremento de 1 a 2 mU/minuto cada 30 a 60 minutos.”³² En ese mismo sentido, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, en la tabla de medicamentos, respecto a la dosis recomendada de oxitocina establece “iniciar con 2 a 5 mU/min con incrementos de 2 mU cada 15 minutos, con dosis máxima de 40 mU/min.”³³ De acuerdo a la bibliografía médica, la dosis de oxitocina indicada por la AR3 fue la adecuada.

89. Cabe mencionar que, dentro de las constancias no se encuentra un consentimiento informado relacionado con el uso de oxitócicos. Lo anterior incumple con lo establecido en la 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 en el apartado 5.5 Atención del parto, en el numeral 5.5.7.³⁴ De acuerdo a lo anterior, es posible inferir que la paciente no contaba con la consejería adecuada que incluyera los riesgos y beneficios del citado procedimiento.

90. La bibliografía médica refiere acerca de la oxitocina y su interacción con las prostaglandinas que, la “oxitocina no debe iniciarse durante las 6 horas siguientes a la administración vaginal de prostaglandinas. Las prostaglandinas y sus análogos facilitan la contracción del miometrio, por tanto, la oxitocina puede potenciar el efecto uterino de las prostaglandinas y análogos y viceversa.”³⁵ Asimismo, “las

³¹ Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013. Pg. 28

³² Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013. Pg. 62

³³ Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de evidencias pg. 41

³⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Apartado 5.5. Numeral 5.5.7 la inducción y **conducción del trabajo de parto**, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el **consentimiento informado**.

³⁵ Ficha técnica: oxitocina. Ministerio de sanidad política social e igualdad. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83281/FT_83281.pdf

prostaglandinas pueden potenciar el efecto uterotónico de oxitocina y viceversa, por lo que su administración concomitante requiere una vigilancia muy prudente.”³⁶ Aunado a lo anterior, los efectos secundarios y complicaciones de la dinoprostona (prostaglandina) se encuentran: “la hiperestimulación uterina, las dehiscencias de cicatrices de cesáreas previas y la ruptura uterina, son poco frecuentes y se presentan cuando se han utilizado simultáneamente oxitocina.”³⁷ lo que incrementa exponencialmente los riesgos y complicaciones para el binomio materno-fetal.

91. Con relación a las prostaglandinas, “la administración simultánea de oxitocina u otros medicamentos que estimulen las contracciones uterinas está contraindicada. En el caso de que, a juicio médico, se estime preciso administrar las prostaglandinas y oxitocina consecutivamente, se recomienda que transcurran al menos 6 horas entre la administración de estos medicamentos y es aconsejable monitorizar cuidadosamente la actividad uterina de la paciente.”³⁸ Asimismo, la bibliografía médica refiere que “según las instrucciones del fabricante, la inducción de oxitocina que sigue al uso de prostaglandinas para la maduración del cuello uterino debe retrasarse de 6 a 12 h después de la administración de prostaglandina E2 (dinoprostona).”³⁹

92. Lo anterior permite establecer en el caso particular de V1 que, si bien es cierto, una prueba de trabajo de parto con oxitocina no estaba contraindicada; también lo es que, previamente se habían utilizado prostaglandinas E2 (dinoprostona), siendo la última dosis a las 12:00 horas del 11 de junio de 2019, es decir, 5 horas previas a la prescripción de oxitocina y que de acuerdo a lo establecido en la bibliografía médica, posterior al uso de prostaglandinas es importante esperar al uso de oxitocina al menos 6 horas, toda vez que, la interacción medicamentosa de estos

³⁶ Oxitocina. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007.

³⁷ Benítez G. G., Medina M. N. Uso de prostaglandinas en obstetricia. 2006, vol. 29. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100011#-:text=Efectos%20secundarios%20y%20complicaciones,se%20ha%20utilizado%20simult%C3%A1neamente%20oxitocina.

³⁸ Ficha técnica: Dinoprostona. Ministerio de sanidad política social e igualdad. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/57694/FT_57694.pdf

³⁹ Cunningham et al. Williams obstetricia: Inducción del trabajo de parto. McGraw Hill, 2010. (pg. 503).

dos fármacos con función útero-estimulante puede causar hiperestimulación uterina y ruptura uterina, complicaciones que presentó el binomio materno fetal.

93. Por lo que, de acuerdo a lo establecido en la bibliografía médica, es posible determinar que, la función de ambos fármacos, los cuales fueron utilizados durante inducción del parto, prostaglandina E2 (dinoprostona) y la oxitocina, iba encaminada a la estimulación de las contracciones uterinas y, a su vez, es importante hacer notar que al no retrasar el inicio de la oxitocina después de la administración de prostaglandinas E2 (dinoprostona) al menos 6 horas posterior a la última dosis, permitió que existiera una interacción farmacológica entre las prostaglandinas E2 (dinoprostona) y la oxitocina, las cuales en conjunto aumentaron considerablemente el riesgo de ruptura uterina, hemorragia obstétrica, pérdida de la circulación materno fetal y de la vida del producto de la gestación, complicaciones que estuvieron presentes en este caso en particular.

94. Ahora bien, la interacción entre estos dos fármacos (dinoprostona y oxitocina) comenzó a las 17:15 horas del 11 de junio de 2019, potenciándose el efecto farmacológico 45 minutos después del inicio de la prueba de trabajo de parto con oxitocina, es decir, entre las 18:30 horas y las 19:15 horas del 11 de junio de 2019, donde, de acuerdo a los registros en el partograma el personal médico, de quien no se advierte nombre, reportó que la paciente presentaba una dilatación de 6 centímetros con 70% de borramiento a las 18:30 horas del 11 de junio de 2019, 45 minutos posterior a esta revisión, ya contaba con una dilatación completa de 10 centímetros con 100% de borramiento.

95. Cabe hacer notar que, a partir de los 4 centímetros de dilatación, a las 17:15 horas, 11 de junio de 2019, V1 tenía doble manejo farmacológico para la inductoconducción del trabajo de parto (prostaglandinas + oxitocina), que, como anteriormente se analizó fue inadecuado. Lo expuesto resulta relevante toda vez que, es posible inferir que el doble mecanismo de acción destinado a la inductoconducción contribuyó con la dilatación acelerada [de 4 centímetros en 45 minutos (1 centímetro cada 11.25 minutos)], la cual no se apega a la dilatación promedio

establecida en la bibliografía médica, siendo que la finalidad de dicho procedimiento es asemejar el del trabajo de parto normal, por lo que, al comparar los hallazgos en el caso de V1, la fase activa del trabajo de parto fue anormalmente rápida, menor a 2 horas, en comparación con lo reportado en la bibliografía médica que tiene una duración de la fase activa promedio de 4.9 horas en mujeres nulíparas.

96. Lo anterior resulta relevante, ya que al no advertir el personal de salud la anormalidad de la fase activa del trabajo de parto, se pone en evidencia la inadecuada atención y vigilancia a V1, incrementando el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones en el binomio materno-fetal.

97. Respecto a lo anterior, de acuerdo a los hallazgos en el partograma, V1 estuvo de las 19:15 horas a las 20:42 horas, del 11 de junio de 2019, en la segunda fase del trabajo de parto, es decir, un lapso de tiempo de una hora veintisiete minutos. Si bien es cierto que, con relación a lo establecido en la bibliografía en cuanto al tiempo de duración del segundo periodo de trabajo de parto el cual es de 50 minutos aproximadamente, también lo es que aún se encontraba dentro del rango de tiempo, ya que, en el caso particular de V1, se aplicó analgesia epidural a las 18:00 horas, del 11 de junio de 2019, es decir, mientras se encontraba en la fase activa del trabajo de parto.

98. El 11 de junio de 2019, a las 20:42 horas, SP9 valoró a V1, y describió que se encontraba con signos vitales dentro de parámetros normales, consciente, con dilatación de 10 centímetros y borramiento del 100%, y acerca del producto de la gestación con FCF dentro de parámetros normales y encajado, se destaca que desde el inicio de la inducto-conducción AR1, AR2 y AR3 omitieron anotar el descenso del producto de la gestación por el canal del parto, lo que pone en evidencia una inadecuada vigilancia del trabajo de parto e incumpliendo con 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, establece en su

apartado 5.5.11 que el registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación.

99. Asimismo, cabe mencionar que, con relación al descenso, SP9 a las 20:42 horas del 11 de junio de 2019, estableció que el producto de la gestación se encontraba encajado, cuando valoró por primera vez a V1 y advirtió los múltiples factores de riesgo, antecedente de cesárea previa, uso de dinoprostona, falta de progresión del descenso de la presentación, los cuales en su conjunto motivaron de manera adecuada la decisión de suspender los oxióticos y la interrupción del embarazo vía abdominal (cesárea).

100. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional se advierte que de la determinación de SP9 implicó que V1 presentó un trastorno por detención del descenso del producto de la gestación por el canal del parto, el cual pasó inadvertido por: AR1, AR2 y AR3, durante el procedimiento de inducto conducción del trabajo de parto a base de dinoprostona y oxitocina.

101. Lo anterior confirma que AR1, AR2 y AR3, realizaron una inadecuada vigilancia del trabajo de parto de V1, lo cual fue la causa directa de pasar inadvertida la distocia del descenso de la altura de la presentación fetal por el canal de parto y que expuso al producto de la gestación a riesgos innecesarios de complicaciones obstétricas, tales como: ruptura uterina, hemorragia obstétrica, desprendimiento de placenta, pérdida de la circulación materno fetal y muerte fetal.

102. Aunado a lo anterior, además de los múltiples factores de riesgo (antecedente de cesárea, uso de prostaglandinas, fase activa anormalmente acelerada, el trastorno del descenso del producto de la gestación) con los que contaba V1, también es importante mencionar acerca del segundo periodo del trabajo de parto y los efectos de la anestesia, que la bibliografía médica refiere que dentro de los efectos del uso de anestesia epidural en el trabajo de parto, el segundo periodo del trabajo de parto se puede prolongar y/o que el descenso del fetal por el canal del parto puede ser más lento. Es decir, cabe resaltar que, en el presente caso, a las

18:00 horas del 11 de junio de 2019 le fue administrada a V1 anestesia epidural una hora antes del inicio del segundo periodo del trabajo de parto, por lo que debió existir una mayor vigilancia del binomio materno fetal toda vez que, la bibliografía médica refiere que la anestesia epidural puede ralentizar el descenso fetal, sin embargo, el personal médico no registró nada respecto a los planos de Hodge, lo cual confirma y evidencia la inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente, pasando inadvertida la distocia del descenso, y esto, a su vez, las complicaciones obstétricas aunado a los factores de riesgo citados.

103. De la descripción de la nota médica del 11 de junio de 2019, a las 20:52 horas, el personal médico que atendió a V1, la encontró con contracciones regulares en frecuencia e intensidad. Con relación a las contracciones uterinas, la bibliografía médica evidencia que “en la fase activa del trabajo de parto, la duración de cada contracción varía entre 30 y 90 segundos, con promedio cercano a 1 minuto Existe una variabilidad apreciable en la intensidad de la contracción durante el trabajo de parto normal.”⁴⁵

104. Aunado a lo anterior, la misma bibliografía refiere que “aunque se valoran por lo general mediante vigilancia electrónica, las contracciones pueden valorarse de forma cuantitativa y cualitativa, por medios manuales. Con la palma de la mano aplicada con suavidad sobre el útero puede precisarse el momento de inicio de una contracción. Su intensidad se determina a partir del grado de firmeza que el útero alcanza. En el punto máximo de las contracciones efectivas, el pulgar o los otros dedos no pueden penetrar con facilidad el tejido uterino si la contracción es “firme”. A continuación, se determina el momento en el que la contracción termina. Esta secuencia se repite para determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.”⁴⁶ Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la

⁴⁵ Cunningham et al. Williams obstetricia: Anatomía y fisiología maternas y fetales. McGraw Hill, 2010. (pg. 142)

⁴⁶ Cunningham et al. Williams obstetricia: Trabajo de parto y parto normales. McGraw Hill, 2010. (pg. 393)

persona recién nacida en su apartado 5.5. Atención del parto, numeral 5.5.10 establece que:

5.5.10. Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto.

105. Todo lo anterior acerca de las contracciones permite establecer que, si bien es cierto, el personal médico refirió que la paciente presentaba “*contracciones regulares en intensidad y frecuencia normal*”, también lo es que omitió describir la duración de las mismas y si existía alguna irregularidad en el parto relacionada con disfunción uterina que impidiera la progresión del trabajo de parto.

106. De acuerdo a lo descrito por el personal médico y a lo referido en la bibliografía médica, si bien es cierto que, no se advierte que V1 presentara alguna anomalía de las fuerzas expulsivas y/o disfunción uterina, también lo es que, al omitir describir la duración de las contracciones uterinas, no es posible establecer fehacientemente que existiera alguna anomalía en las fuerzas expulsivas y/o disfunción uterina que afectara el descenso del producto de la gestación, por lo que se carecen de elementos técnico médicos para determinar al respecto, toda vez que las contracciones uterinas que presentó V1 lograron la dilatación y borramiento completos.

107. Lo anterior permite establecer que la vigilancia obstétrica estrecha tanto manual como electrónica de las contracciones uterinas (duración, intensidad, frecuencia) era importante, toda vez que, una de las complicaciones farmacológicas del doble mecanismo (prostaglandinas y oxitocina) es la hiperestimulación uterina y que a su vez podía derivar en complicaciones para el binomio materno fetal, tales

como ruptura uterina, interrupción de la circulación feto placentaria, hemorragia obstétrica y pérdida de la vida del producto de la gestación, mismas que en el caso que aquí se analiza estuvieron presentes.

108. Asimismo, cabe agregar que, durante esta revisión médica SP9 solicitó “...tomar registro cardiotocográfico para valorar bienestar fetal...”, es decir, la realización de un estudio cardiotocográfico para corroborar el estado fetal y que a su vez permite registrar las contracciones uterinas. Sin embargo, es importante hacer notar que también estableció que en ese momento “...no contamos con papel para RCTG (sic) por lo que se prepara para cesárea...”, asimismo, no reportó los hallazgos observados en el monitor cardiotocográfico, por lo que, no es posible establecer fehacientemente el bienestar fetal del producto de la gestación, en ese momento, adecuadamente SP9 determinó suspender el uso de oxitocina y el terminar el embarazo vía abdominal.

109. Con base en lo anterior, se puede determinar que, el Hospital de Gineco Pediatría 3 A, no contaba con los insumos (papel para el equipo cardiotocográfico) para brindar la atención médica integral que requería el producto de la gestación de V1 cuyo fin era otorgar una vigilancia del binomio materno fetal adecuada y que, a su vez, las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia que en ese momento requirieron esta herramienta diagnóstica no tuvieron acceso a ella, incumpliendo así con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como en el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

110. Cabe hacer notar, que a las 20:42 horas del 11 de junio de 2019, SP9 estableció que el binomio materno-fetal se encontraba delicado y que, por lo tanto, el pronóstico era reservado. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica establece que “se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia.”⁴⁸

⁴⁸ Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea, México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. Pg. 20

111. A las 21:11 horas se advirtió descenso en la FCF del producto de la gestación, por lo que a las 21:20 horas V1 ingresó a quirófano y a las 21:35 horas, se advirtió que los signos vitales de V1 cambiaron drásticamente, especialmente la tensión arterial pasando de 122/73 mmHg a 80/53 mmHg, existiendo hipotensión o disminución de la tensión arterial súbita y taquicardia (elevación de la frecuencia cardíaca) de 174 latidos por minuto. Lo que, clínicamente, se relaciona con un proceso de compromiso hemodinámico derivado de una hemorragia obstétrica, es decir, existió una gran pérdida de sangre debido a la ruptura uterina ocasionada por la medicalización a V1 para inducir el parto, que es la complicación obstétrica que presentó V1 y como causa directa del fallecimiento del producto de la gestación.

112. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión, llama la atención lo siguiente: la disminución de la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal) hasta el momento en el que se deja de escuchar, los cambios en los signos vitales, especialmente, la disminución de la tensión arterial y elevación de la frecuencia cardíaca materna de manera abrupta, el hallazgo transquirúrgico de ruptura uterina, hemoperitoneo, desprendimiento total de placenta y la pérdida de la vida del producto de la gestación. Todo lo anterior evidencia la ruptura uterina derivado del inadecuado manejo de la inducto-conducción, y que, fue la causa directa de la muerte fetal.

113. Acerca de la disminución en la frecuencia cardíaca fetal, la bibliografía médica refiere que, “la bradicardia o variaciones de la frecuencia cardíaca fetal puede deberse a múltiples causas.”⁴⁹ Aunado a lo anterior, la Guía de Práctica Clínica evidencia que “en mujeres que cursan con embarazo de término y antecedente de una cesárea, que se encuentran en trabajo de parto, los hallazgos en el registro cardiotocográfico que con mayor frecuencia se relacionaron con ruptura uterina fueron la bradicardia fetal y la hiperactividad uterina.”⁵⁰

⁴⁹ Guía de Práctica Clínica: Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea, México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. Pg. 27

⁵⁰ Guía de Práctica Clínica. Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013. Pg. 29

114. En el caso particular V1 cursaba con un embarazo de término y el antecedente de cesárea, además de los factores de riesgo de ruptura uterina secundarios al uso de prostaglandinas E2 (dinoprostona), el doble mecanismo de acción útero estimulante (prostaglandinas y oxitocina), la inadecuada vigilancia del trabajo de parto y la prueba de trabajo de parto fallida⁵¹, por lo que, en ese momento, era altamente posible que la bradicardia fetal se relacionara con el diagnóstico de ruptura uterina.

115. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el conjunto de factores de riesgo, tales como: inducción con dinoprostona (prostaglandina E2), el antecedente de cesárea previa, la interacción medicamentosa de dinoprostona E2 (dinoprostona) y oxitocina, la fase activa anormalmente acelerada, la inadecuada vigilancia del descenso del producto de la gestación por el canal del parto, el uso de analgesia epidural que incremento del efecto de oxitocina, el trastorno del descenso del producto de la gestación, la falta de papel para el registro cardiotocográfico para corroborar el bienestar fetal; todo en su conjunto incrementó innecesariamente el riesgo de ruptura uterina, complicación que estuvo presente en el binomio materno fetal.

116. Asimismo, SP9 reportó descenso de la frecuencia cardíaca fetal y V1 presentó cambios súbitos en los signos vitales, taquicardia e hipotensión arterial, además de que, en el partograma se evidencia una disminución de 3 contracciones a 0 contracciones, por lo que, es evidente que V1 cursó con inestabilidad hemodinámica, por lo que advirtiendo las complicaciones que estaba presentando V1 se indicó realizar cesárea de manera urgente, la cual se realizó en un periodo menor a 30 minutos, tal como lo establece la bibliografía médica.

117. Cabe mencionar que, a pesar de que la indicación de cesárea urgente fue adecuada y justificada por SP9, esto no impidió el pronóstico desfavorable del producto de la gestación, toda vez que la ruptura uterina por sí misma, al provocar

⁵¹ Guía de Práctica Clínica: Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea, México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. Pg. 20.

una interrupción de la circulación útero-placentaria, condiciona un compromiso sombrío para el producto de la gestación, comprometiendo su sobrevivencia dentro del útero, lo cual se reflejó con la muerte fetal.

118. El 12 de junio de 2019 a las 01:00 horas, el médico a cargo estableció en nota médica que, en la sala de quirófano se “...*ausculta frecuencia cardíaca fetal de 110 latidos por minuto...*”, encontrando posteriormente en la cavidad abdominal “...*hemoperitoneo...*”, que está descrito en bibliografía médica como “la presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal, que casi siempre requiere una intervención quirúrgica, para reparar la lesión sangrante”⁵⁵ y sobre al producto de la gestación describió lo siguiente: “...*producto único que no presenta llanto, flácido, coloración pálida, desprendimiento total de placenta, pinzo cordón y entrego a pediatra quien inicia maniobras de reanimación avanzada...*”. Al respecto, llama la atención el desprendimiento total de placenta y la falta de respuesta vital del producto de la gestación.

119. Es importante mencionar que el desprendimiento de placenta trae consigo la interrupción o pérdida de la circulación feto placentaria, que, en este caso en particular, a su vez derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

120. En este caso, es posible establecer que la pérdida de la vida del producto de la gestación fue de causas multifactoriales debido al uso inadecuado de dinoprostona, uso de dos fármacos útero-estimulantes, inadecuada atención y vigilancia del trabajo de parto, fase activa anormalmente acelerada, falla de la prueba de trabajo de parto con oxitócicos, potenciación de la oxitocina debido al uso de anestesia epidural, inadecuada vigilancia del descenso de la presentación y el trastorno del descenso de la presentación del producto de la gestación por el canal de parto, presentándose como una de las complicaciones fetales derivadas de todo el conjunto de factores de riesgo que tuvo V1 durante esta hospitalización.

⁵⁵ Diccionario Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hemoperitoneo>

121. Derivado de la ruptura uterina, V1 presentó una hemorragia obstétrica mayor, por una pérdida de 2000 mililitros con datos clínicos de inestabilidad hemodinámica (taquicardia e hipotensión arterial súbita), la cual fue tratada por el personal médico, logrando estabilizarla.

122. Ante la situación, el personal médico realizó una histerectomía total, ligadura de arterias hipogástricas y empaquetamiento, con el objetivo de detener el sangrado y salvaguardar la vida de V1.

123. La histerectomía es una técnica que salva vidas en casos graves de hemorragia, debe ser empleada para controlar el sangrado tan rápido como sea posible, asimismo, de las notas médicas se advierte que persistió el sangrado de V1, a pesar de este procedimiento, por lo que, el personal médico decidió realizar la ligadura de arterias hipogástricas y colocó empaquetamiento pélvico adecuadamente.

124. Posterior a la intervención quirúrgica V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para la mejor vigilancia y seguimiento, donde recibió la atención médica que requería.

125. El 13 de junio de 2019, a las 05:00 horas, V1 estaba en la UCI, con signos vitales dentro de parámetros normales, "... TA 110/62 mmHg FC 81 X' Temp 36.5 FR 16 DXTX 91 mg/dL...", sin presentar cambios físicos ni clínicos, con terapia antibiótica, refiriendo el médico que se mantenía estable hasta ese momento, sin requerir transfusiones sanguíneas y que ese día se realizaría el desempaquetamiento (retiro de compresas).

126. El 13 de junio de 2019, a las 13:30 horas, personal médico refirió que se realizó una laparotomía⁶¹, desempaquetamiento y reforzamiento de pedículo izquierdo, posterior a la cirugía estableció que, si bien es cierto, se encontraba delicada, también lo es que se había mantenido estable dentro de su gravedad, por lo que,

⁶¹ Laparotomía: incisión en la totalidad de las capas de la pared abdominal (piel, grasa subcutánea, fascias, músculos y peritoneo) para penetrar en la cavidad abdominal y poder operar en su interior. Diccionario Médico – Universidad de Navarra.

adecuadamente se decidió realizar la segunda intervención quirúrgica, en la que se retiraron las compresas que habían sido colocadas el día 11 de junio de 2019.

127. El 14 de junio de 2019, a las 09:30 horas y a las 13:30 horas, personal médico adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia y Terapia Intensiva respectivamente, valoraron a V1, a quien describieron con signos vitales dentro de parámetros normales, tolerancia a la dieta líquida y a la movilización, sin datos de alteración física, clínica, ni sangrado y evolucionando adecuadamente, por lo que, se valoró el egreso de V1 de Terapia Intensiva.

128. El egreso se realizó a las 13:30 horas, realizando un resumen de los días de estancia en este servicio hospitalario, describiendo que V1 adecuadamente respondió al tratamiento médico y progresó favorablemente. Durante los días que cursó en este servicio, fue valorada por diferentes médicos/as quienes refirieron que la paciente se mantuvo estable y evolucionó hacia la mejoría. Por lo que, adecuadamente el personal de salud decidió que la paciente egresara al servicio de Ginecología y Obstetricia para vigilar su estado de salud.

129. El 14 de junio de 2019, a las 20:00 horas, se realizó valoración médica de ingreso al servicio de Alojamiento Conjunto del servicio de Ginecología y Obstetricia, reportando que V1 se encontraba con taquipnea (elevación de la frecuencia respiratoria), el resto de los signos vitales dentro de límites establecidos. A su ingreso el personal médico describió que V1 clínicamente presentaba palidez, la cual era secundaria a la anemia derivada de la hemorragia obstétrica, agregando a su tratamiento médico sulfato ferroso También describió que el drenaje de Penrose⁶³ se encontraba de lado izquierdo con buen funcionamiento. Por lo que, adecuadamente el personal médico indicó que se mantuviera a la paciente bajo vigilancia estrecha y que continuaría con el tratamiento antibiótico y para manejo del dolor.

⁶³ Drenaje de Penrose: Tipo de drenaje abierto y no aspirativo, formado por un fragmento alargado de material de plástico o de goma que, colocado en la herida, facilita la salida de material líquido de esta al exterior por medio de un mecanismo de tensión superficial. Diccionario médico – Universidad de Navarra.

130. El 17 de junio de 2019, a las 09:00 horas, se realizó la nota médica de egreso de V1 del servicio de alojamiento conjunto, describiéndola con signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de fiebre en las últimas 24 horas y quien durante su estancia presentó una febrícula secundaria a congestión mamaria, la cual cedió. Respecto a la herida en abdomen secundaria al procedimiento quirúrgico, la reportó con dolor a la palpación, sin datos de infección o sangrado activo y con bordes bien afrontados. Asimismo, el personal médico describió que durante su estancia en este servicio se mantuvo estable, sin alteraciones físicas ni clínicas, por lo que adecuadamente indicó su egreso.

131. Para el seguimiento de V1 indicó acudir al servicio de urgencias en caso de requerirlo, la citó para retiro de puntos y seguimiento subsecuente el día 24 de junio con estudios de laboratorio, y le proporcionó terapia antibiótica con doble esquema a base de amikacina (vía intramuscular 1 ampula cada 24 horas por 7 días) y clindamicina (vía oral, una tableta cada 8 horas por 7 días), manejo del dolor "...c) *Naproxeno 250 mg, toma 1 tableta vía oral cada 8 horas en caso de dolor...*", medicamento para la disminución en la producción de leche materna "...d) *Cabergolina 25 mg, tomar 4 tabletas vía oral cada 12 horas por 2 días...*" y tratamiento para el diagnóstico de anemia "...e) *Hierro Dextran 100 mg, aplicar 1 ampula vía intramuscular técnica Z cada 3er día (3 dosis)...*".

132. El 24 de junio de 2019, a las 09:54 horas, se valoró a V1 en su "*cita subsecuente*", a quien se describió con signos vitales dentro de parámetros normales, tranquila, con ligera palidez, hidratada, sin salida de secreción en tejido mamario, a nivel abdominal sin alteraciones y con herida quirúrgica con adecuada cicatrización, por lo que decidió realizar el retiro de puntos, sin datos de salida de flujo o sangre a través de vagina. De sus laboratorios, reportó que V1 tenía una hemoglobina de 9.3, es decir, aún con datos de anemia, sin indicaciones de transfusión sanguínea, para la cual ya se encontraba en tratamiento y las plaquetas en "362", es decir, dentro de parámetros normales.

133. Asimismo, el personal médico refirió que V1 había evolucionado adecuadamente, que completó el tratamiento que le fue otorgado a su egreso hospitalario.

134. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja y de las constancias descritas en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional, se advierte que AR1, AR2 y AR3, no otorgaron a V1 la debida atención médica que requería, pues existió un inadecuado uso de fármacos útero estimulantes, que aplicaron sin tomar en cuenta sus antecedentes obstétricos; asimismo, una inadecuada atención y vigilancia del trabajo de parto, fase activa anormalmente acelerada por los medicamentos, falla de la prueba de trabajo de parto con oxitócicos, potenciación de la oxitocina debido al uso de anestesia epidural, inadecuada vigilancia del descenso de la presentación del producto de la gestación por el canal de parto, que en su conjunto fueron los factores de riesgo que tuvo V1 durante la vigilancia de trabajo de parto, generando con ello el desprendimiento del útero y en consecuencia, el fallecimiento del producto de la gestación, omisiones que se traducen en la violación al derecho a la protección de la salud.

135. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades detectadas configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud durante el trabajo de parto y su atención.

136. En razón de ello, este Organismo Constitucional Autónomo considera que los médicos tratantes tenían la responsabilidad del deber de cuidado de V1, en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en su dualidad preventiva y curativa. Lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que “toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”.

137. Las conductas y omisiones descritas en el presente documento, contravienen lo dispuesto en el numeral 5.4 de la NOM-007-SSA2-1993, (vigente al suscitarse los hechos y actualmente NOM-007-SSA2-2016), que prevé los lineamientos para la adecuada atención y control del trabajo de parto, incumplimiento, que ha sido referido reiteradamente en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se resalta la importancia de hacer un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio y detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

138. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 27 y 29 de la Ley del ISSSTE, 8º, fracciones I, II y III, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como diversos instrumentos internacionales en materia de derechos humanos entre los que destacan los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los numerales 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y; 10.1 y 10.2, incisos a) y b), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) y la NOM 007-SSA2-1993, citada.

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

139. 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.

140. 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”.

141. 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” .

142. Dicha Recomendación General, establece que la violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas del poder donde convergen el género, las jerarquías, la “*lucha por la posesión del conocimiento legitimado*”, la influencia del sexismo y el androcentrismo⁶⁴ en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado⁶⁵ sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales⁶⁶ y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer⁶⁷.

⁶⁴ Androcentrismo: Visión del mundo de las relaciones sociales centradas en el punto de vista masculino. Enlace: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=androcentrismo>.

⁶⁵ 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/pato/medicalización-rutinaria-del-parto>.

⁶⁶ 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/Nº32. Caracas, Enero-Junio 2009. Página 125.

⁶⁷ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, Párr. 12. 2017.

143. Esta Comisión Nacional en sus Recomendaciones ha definido a la violencia obstétrica como: Una 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, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.⁷

144. 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*”.

145. 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*” .

146. 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

⁷ Recomendación General 31/2017, Párr. 94.

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” .

147. 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 parto⁶⁸, 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 obstétrica⁶⁹.

148. 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, 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”.

⁶⁸ Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México. 2018. Práf. 41 d.

⁶⁹ Ídem. Párr. 42.d).

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

150. 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 deben⁷²:

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:

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;*

⁷² 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.

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;

151. Cabe señalar que de la nota de la pediatra quien recibió al producto de la gestación el día de los hechos, se advierte que recibió al paciente sin frecuencia cardiaca, flacidez generalizada y sin esfuerzo respiratorio, que inició maniobras de reanimación mismas que interrumpió después de 15 minutos, sin que exista respuesta por parte del producto de la gestación, declarando que se encontraba sin vida. Esto se debió a la ruptura de útero y el desprendimiento de placenta que sufrió V1 como consecuencia de la medicalización y sobre estimulación uterina que se mencionó anteriormente.

152. De las constancias analizadas y descritas, la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, señala que el 11 de junio de 2019, AR1, AR2 Y AR3, decidieron de manera inadecuada la inducción farmacológica del trabajo de parto a base de dinoprostona (prostaglandina E2) y oxitocina, sin tener dicho procedimiento una indicación médica precisa, ya que, por las características de V1, en ese momento, un parto espontáneo hubiera sido la opción más recomendada por la bibliografía médica. Dicha inducción influyó directamente con las complicaciones que presentó el binomio materno fetal de ruptura uterina, interrupción del embarazo vía abdominal (cesárea) de repetición, hemorragia obstétrica y muerte perinatal e incrementó innecesariamente el riesgo de muerte materno-fetal y condicionó a su vez la pérdida del útero y sus complicaciones inherentes a dicho procedimiento.

153. 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 indebida medicalización y vigilancia del parto.

154. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2 y AR3, 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 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. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

155. 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.

156. 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”*⁷³.

157. 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*

⁷³ CoIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

*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 [...]*⁷⁴.

158. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, emitida en el 2017, señaló que se consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es 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”*⁷⁵.

159. En la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se 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 en el HGP 3A, se detectaron diversas omisiones lo que implica un incumplimiento a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, ya que en la notas de 4, 7 y 11 de enero; 7 de febrero; 7 de marzo; 8 y 29 de abril; 15 y 23 de mayo y 6 de junio de 2019, se omitió asentar la hora de atención de V1 y firma del médico; asimismo, en las notas médicas de 10 y 11 de junio de 2019, faltó la firma del médico tratante.

160. Específicamente por la falta de horas y firmas 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).

161. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente

⁷⁴ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

⁷⁵ Párrafo 35.

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.

162. Dichas omisiones no afectaron directamente el tipo de atención, complicaciones de V1 y el fallecimiento del producto de la gestación, 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.

D. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA.

163. El proyecto de vida, atiende a *“la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, actitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”⁷⁶, se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para condicionar su vida y alcanzar el destino que se propone e implica “la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal en forma irreparable o muy difícilmente reparable”⁷⁷.*

164. En el presente caso, la histerectomía total que sufrió V1 de 28 años de edad, generó un daño a su integridad física, y su expectativa futura en relación con su capacidad y autonomía reproductiva, ya que se violó su derecho a elegir el número de hijos y su espaciamiento⁷⁸, también debe considerarse que de la inadecuada atención en el parto tuvo como consecuencia la pérdida de vida del producto de la

⁷⁶ Corte IDH. *Caso Loaiza Tamayo vs. Perú. Fondo*. Sentencia de 17 de septiembre de 1997, párr. 147.

⁷⁷ *Ibíd.* párr. 150.

⁷⁸ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 146.

gestación. Por esta razón la Comisión Nacional estima que la autoridad, debe tomar en cuenta para determinar la compensación a V1 y V2, por dicho daño.

V. RESPONSABILIDAD.

165. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, 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 vida, a la salud por la inadecuada atención durante el parto, el derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, así como al proyecto de vida de familia de V1 y V2.

166. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2 y AR3 incurrieron en omisiones susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, atendiendo a lo siguiente:

167. 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

168. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º 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.”

169. 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.

170. 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.

171. El 11 de junio de 2019, a las 20:52 horas, a través de la nota médica, se advierte que, para brindar la Atención médica integral que requería el producto de la gestación de V1, era necesario *tomar registro cardiotocográfico para valorar bienestar fetal y que a su vez permitiría* registrar las contracciones uterinas de V1. Sin embargo, no fue posible realizarlo ya que el HGP 3A, no contaba con los insumos o papel para el equipo cardiotocográfico, mismo que otras pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia pudieron requerir de ese estudio incumpliendo con ello lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

172. Por consiguiente, esta Comisión Nacional determina que el responsable del HGP 3A, debió realizar las acciones administrativas para evitar la falta de papel para el equipo cardiotocográfico, con la finalidad de garantizar la oportuna y eficiente

prestación de servicios a las y los pacientes que llegaron a requerir de esa herramienta diagnóstica. Por lo tanto, se establece que, el no efectuar el estudio señalado previamente, contribuyó con la inadecuada valoración y seguimiento de V1, principalmente corroborar el bienestar fetal, incumpliendo con ello, el artículo 26 del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

173. Por lo anteriormente expuesto, que esta Comisión Nacional considera que el IMSS es responsable institucionalmente.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL.

174. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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 y V2, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

175. El artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 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”.

176. 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.

177. De conformidad con la Ley General de Víctimas se deberá brindar a V1 y V2, 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, por el tiempo que sea necesario.

178. Se deberá otorgar a V1 el tratamiento hormonal que requiere debido a la intervención quirúrgica que le fue realizada de histerectomía, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos, así como la atención que requiera debido a los posibles efectos que deriven de dicho procedimiento.

179. 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.

180. 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.

181. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V2 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.

182. Independientemente de la responsabilidad administrativa en que hubiesen incurrido AR1, AR2 y AR3, una vez que se determinen las responsabilidades, se deberá anexar la presente Recomendación a su expediente laboral, en la que se comprueban que cometieron violaciones a los derechos humanos.

C) Garantías de no repetición.

183. 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.

184. 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 Hospital de Gineco Pediatría 3A, 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) 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 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud de esta Comisión Nacional. En todos los cursos se deberá señalar que se están impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

185. 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.

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

187. 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.

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

189. En un plazo de 12 meses el IMSS 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 medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados.

190. Ante la falta de material necesario para brindar una atención médica adecuada; en un plazo de 6 meses, se deberá dotar al Hospital de Gineco Pediatría 3A 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 los insumos para el uso de equipo médico, en específico papel para el equipo cardiotocográfico.

D) Medidas de compensación.

191. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación como madre y padre respectivamente, por el fallecimiento del producto de la gestación y a V1 por la inadecuada atención médica durante el trabajo de parto y la violencia obstétrica de la cual fue víctima, 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:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la inmediata reparación integral del daño ocasionado V1 y V2, 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, así como proporcionar la atención psicológica y tanatológica que requieran, 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 medicamento y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Otorgar a V1 el tratamiento hormonal que requiere debido a la intervención quirúrgica que le fue realizada, 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 el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3, por las violaciones a los derechos humanos descritas, la inadecuada atención médica y la violencia obstétrica a V1 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 y AR3, 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 de Gineco Pediatría 3A 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 de Gineco Pediatría 3A del IMSS, con especial énfasis de las áreas de urgencias, ginecología y obstétrica, 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) 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, 3) 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 está 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 IMSS 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 medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

DÉCIMA. En un plazo de 3 meses, se deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se dote al Hospital de Gineco Pediatría 3A, 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.

192. 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 1º, 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.

193. 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.

194. 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.

195. 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.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA