



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. _61_/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE 14 PERSONAS RECIÉN NACIDAS, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE SUS REPRESENTANTES LEGALES, COMO DE 9 PERSONAS MÁS, POR OMISIONES EN EL PERSONAL MÉDICO Y UNA INADECUADA ATENCIÓN SANITARIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS, EN CULIACÁN, SINALOA.

Ciudad de México, a 21 de noviembre de 2018.

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
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 y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, segundo párrafo, 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 y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2015/7709/Q** y sus acumulados **CNDH/1/2015/8014/Q**, **CNDH/4/2015/8215/Q**, **CNDH/1/2016/1305/Q** y **CNDH/1/2016/796/Q**, relacionados

con las quejas presentadas por V2, V6, V9, V13, V16, V19, V22, V27, V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V53, V56, V59 y V62.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 3º, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Claves	Denominación
VRN	Víctima recién nacida
V	Víctima indirecta
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor público
ONG	Organización No Gubernamental

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas víctimas, personas servidoras públicas e instituciones, se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Sinaloa, Culiacán.	Hospital Regional 1
Procuraduría General de la República	PGR
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	COFEPRIS
Comité para la Detección de Infecciones Nosocomiales del hospital, denominado CODECIN	CODECIN
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN	UCIN
Unidad de Vigilancia Epidemiológica, en lo sucesivo UVEH	UVEH

4. A fin de facilitar la pronta referencia de los distintos rubros que se desarrollan en la presente Recomendación, se utiliza el siguiente índice:

I. HECHOS.....	Párrafos
II. EVIDENCIAS.	5 a 20
❖ Expedientes clínicos de las personas recién nacidas asociadas al “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación epidemiológica” del área de “cuneros” del Hospital Regional 1	21 a 94
• VRN1, hija de V2.....	95

• VRN4, hijo de V6.....	96
• VRN5, hijo de V6.....	97
• VRN8, hijo de V9.....	98
• VRN11, hijo de V13.....	99
• VRN12, hijo de V13.....	100
• VRN15, hijo de V16.....	101
• VRN18, hijo de V19.....	102
• VRN21, hijo de V22.....	103
• VRN24, hijo de V27.....	104
• VRN26, hijo de V27.....	105
• VRN44, hija de V45.....	106
• VRN49, hijo de V50.....	107
• VRN61, hijo de V62.....	108
• Expediente clínico de VRN25, hija de V27, quien compartió el área de “cunero patológico” en el período del “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación” reportado por el IMSS	
• VRN25, hija de V27.....	109
❖ Expedientes clínicos de las personas recién nacidas que no fueron consideradas dentro del “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación” al mismo.	110
• VRN36, hija de V37.....	110
• VRN52, hija de V53.....	111
• VRN47, hija de V48.....	112
• VRN55, hija de V56.....	113
• VRN29, hija de V31.....	114
• VRN30, hija de V31.....	115
• VRN38, hija de V39.....	116
• VRN33, hija de V34.....	117
• VRN41, hija de V42.....	118
• VRN58, hija de V59.....	119
III. SITUACIÓN JURÍDICA.	
• Averiguaciones Previas iniciadas en la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, así como en la PGR.....	120-128

• Expedientes de queja administrativa iniciados en la Coordinación de Atención y Orientación del Derechohabiente de la Delegación Estatal del IMSS, en Sinaloa.....	129
• Asuntos relacionados con las personas recién nacidas consideradas como afectadas por el “brote de infección nosocomial” o asociación al mismo.....	129
• V22 y V23.....	129.1-129.4
• V13 y V14.....	129.5-129.7
• V27 y V28.....	129.8-129.10
• V6 y V7.....	129.11-129.13
• Tribunal Federal de Justicia Administrativa.....	129.14-129.16
• V19 y V20.....	129.17-129.20
• V62 y V63.....	129.21-129.23
• Tribunal Federal de Justicia Administrativa.....	129.24-129.26
• Asuntos relacionados con las personas recién nacidas consideradas extemporáneas al “ <i>brote de infección nosocomial</i> ” o asociación al mismo.....	129.27
• V34 y V35.....	129.27-129.30
• V59 y V60.....	129.31-129.33
• Tribunal Federal de Justicia Administrativa.....	129.34-129.36
• V31 y V32.....	129.37-129.38
• Tribunal Federal de Justicia Administrativa.....	129.39-129.40
• Cuadro de averiguaciones previas y procedimientos administrativos.....	130
IV. OBSERVACIONES.....	131-133
A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	134-145
• Consideraciones preliminares.....	146-166
A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 por omisión del llenado de la “hoja de registro de infección nosocomial”.....	167
• VRN1, hija de V2.....	168-173
• VRN4, hijo de V6.....	174-182
• VRN5, hijo de V6.....	183-194
• VRN8, hija de V9.....	195-203

• VRN11, hijo de V13.....	204-212
• VRN12, hijo de V13.....	213-218
• VRN15, hijo de V16.....	219-227
• VRN18, hijo de V19.....	228-234
• VRN21, hijo de V22.....	235-241
• VRN24, hija de V27.....	242-249
• VRN26, hija de V27.....	250-263
• VRN44, hija de V45.....	264-274
• VRN49, hija de V50.....	275-282
• VRN61, hija de V62.....	283-295
• Actuar del personal médico adscrito a las áreas de “cuneros” y de la “UCIN” del Hospital Regional 1, durante el “brote de infección nosocomial” reportado por el IMSS.....	296-303
B. DERECHO A LA VIDA.....	304-311
B.1. Violación al derecho humano a la vida de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.....	312-320
C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.....	321-332
C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.....	333-342
• Caso de VRN25, hija de V27, quien fue dada de alta del por mejoría del Hospital Regional 1.	343-345
❖ Expedientes clínicos de las personas recién nacidas fuera del “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación” al mismo.....	346-359
❖ Conclusiones de las personas recién nacidas contempladas dentro del “brote de infección nosocomial y por asociación epidemiológica” y aquellas extemporáneas al mismo.....	360
• Personas recién nacidas atendidas durante el “brote de infección nosocomial” y por asociación al mismo.	360.1-360.6

• Personas recién nacidas atendidas de manera extemporánea al “ <i>brote de infección nosocomial</i> ”...	360.7-360.11
• Consideraciones generales.....	360.12-365
D. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.....	366-373
❖ Autoridades encargadas del estudio del “ <i>brote de infección nosocomial</i> ” en el Hospital Regional 1.....	374-377
❖ Comité para la prevención y control de infecciones nosocomiales, “ <i>CODECIN</i> ”.....	378-409
❖ Limpieza en el área de “ <i>cunero patológico</i> ” del Hospital Regional 1.....	410-439
❖ “ <i>COFEPRIS</i> ”.....	440-456
❖ “ <i>UVEH</i> ”.....	457-463
❖ Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “ <i>CAMES</i> ”.....	464-470
❖ PGR.....	471-477
❖ Secretaría de Salud de Sinaloa.....	478-483
❖ Conclusiones respecto al actuar de las autoridades del IMSS.....	484-490
❖ Consideraciones respecto a aspectos médicos de la CONAMED.....	491-506
❖ Dictamen Médico en Materia de Medicina Forense emitido por peritos médicos oficiales de la PGR y su análisis por un perito en medicina legal con motivo de la petición realizada por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.....	507
• Dictamen en Materia de Medicina Forense de la PGR...	507-511
• Análisis de meta peritaje de la PGR emitido por perito en medicina legal a petición de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.....	512-520
• Consideraciones respecto a las exhumaciones realizadas a once personas recién nacidas a petición de sus respectivos progenitores.....	521-526
• Consideraciones en torno a los hemocultivos realizados en el IMSS.....	527-535
• Análisis en materia de medicina forense de la opinión médica particular relacionada con VRN47 y V48.....	536-539

• Análisis de la opinión emitida por la doctora especialista designada por la ONG que representa a VRN47 y V48....	540-546
D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.....	547-554
D.1. Inadecuada integración del expediente clínico.....	555-568
D.2. Derecho al acceso a la información del estado de salud de los legítimos representantes de las personas recién nacidas que nos ocupan.....	569-579
E. RESPONSABILIDAD.....	580-585
E.1. Responsabilidad Institucional.....	586-588
F. REPARACIÓN DEL DAÑO.....	589-601
<i>i. Rehabilitación.....</i>	<i>602-605</i>
<i>ii. Satisfacción.....</i>	<i>606</i>
<i>iii. Garantías de no repetición.....</i>	<i>607-613</i>
<i>iv. Compensación.....</i>	<i>614-615</i>
V. RECOMENDACIONES	

I. HECHOS.

5. El 16, 17, 19, 20 y 21 de septiembre de 2015, se publicaron varias notas periodísticas con motivo del fallecimiento de diversas personas recién nacidas que fueron atendidos en distintas fechas en el Hospital Regional 1, razón por la cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, inició el expediente CEDH/VIII/268/2015.

6. Lo anterior, debido a que del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015, en el área de “*cuneros*” del Hospital Regional 1, se presentó un proceso de infección que ocasionó el deceso de 14 personas recién nacidas, a 4 de los cuales se les detectó por estudios de laboratorio, la bacteria “*klebsiella pneumoniae*”, otro dio positivo a “*escherichia coli*” y, el resto de los fallecimientos aconteció por

asociación a dicho “*brote de infección nosocomial*”, debido a que las personas recién nacidas compartieron lugar, tiempo y causas de muerte en dicho período.

7. El IMSS reportó que de 84 personas recién nacidas que estuvieron expuestos a dicho “*brote*”, 69 fueron dados de alta hospitalaria sin que se registrara complicación alguna.

8. Derivado de lo anterior, ante la naturaleza de los hechos publicados en diversos medios de comunicación, esta Comisión Nacional radicó el expediente **CNDH/1/2015/7709/Q** y el 22 de septiembre de 2015, se constituyó en el lugar de los hechos, donde entrevistó a V2, V6, V9, V13 y V16, quienes de forma coincidente comunicaron que el deceso de sus respectivos hijos “*se debió a una bacteria o sepsis*”.

9. El 24 de septiembre de 2015, la COFEPRIS determinó que el Hospital Regional 1 contaba con diversos factores de riesgo como falta de limpieza de áreas, ropa de cama, pacientes y personal de salud, falta de capacitación de las buenas prácticas de higiene (lavado y sanitización de manos), deficiente mantenimiento y limpieza de insumos para la salud, así como deficiencias en la preparación de alimentos y soluciones de uso médico.

10. El 24 y 25 de septiembre de 2015, la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa y la PGR iniciaron de oficio, la Averiguación Previa 1 y el Acta Circunstanciada, respectivamente.

11. El 25 de septiembre de 2015, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, la queja presentada el 23 de ese mismo mes y año, por V16 y V17 en la cual manifestaron su inconformidad con la atención médica proporcionada a VRN15 en el Hospital Regional 1, la cual se acumuló al expediente que nos ocupa.

12. El 28 de septiembre de 2015, la Comisión Estatal de Derechos Humanos en Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, el escrito de queja de V22 y V23, el cual se radicó como expediente CNDH/1/2015/8014/Q.

13. El 1º de octubre de 2015, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, el escrito de queja de V19 de 30 de septiembre de 2015, el cual se radicó como expediente CNDH/4/2015/8215/Q.

14. El 2 de octubre de 2015, el Ministerio Público de la Federación elevó el Acta Circunstancia a Averiguación Previa 2 y, el 19 de ese mismo mes y año, la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, declinó la competencia de la Averiguación Previa 1 a la PGR en razón de materia.

15. El 21 de enero de 2016, V27 hizo del conocimiento de este Organismo Nacional, el fallecimiento de dos de sus trillizos, esto es, de VRN24 y VRN26 en el Hospital Regional 1, por lo que radicó el expediente de queja CNDH/1/2016/1305/Q.

16. El 25 de enero de 2016, V31 presentó queja a través de la página web de esta Comisión Nacional, la cual se radicó como expediente de queja CNDH/1/2016/796/Q.

17. El 29 de enero de 2016, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a este Organismo Nacional los escritos de queja presentados por V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V53 y V56 con motivo del fallecimiento de sus respectivos hijos en el Hospital Regional 1.

18. El 17 de febrero de 2016, V59 y V60 se inconformaron ante este Organismo Nacional con la atención médica otorgada a VRN58 en el Hospital Regional 1.

19. Debido a que en los expedientes de queja **CNDH/1/2015/8014/Q**, **CNDH/4/2015/8215/Q**, **CNDH/1/2016/796/Q** y **CNDH/1/2016/1305/Q** existe conexidad en los hechos denunciados, los probables derechos humanos vulnerados y la identidad de una misma autoridad responsable, con fundamento en los artículos 85 y 125, fracción VII, del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, se acordó su acumulación al expediente de queja **CNDH/1/2015/7709/Q**, lo cual se notificó a los interesados.

20. A fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron resúmenes y expedientes clínicos de las personas recién nacidas integrados en el Hospital Regional 1, se realizó la consulta de las investigaciones iniciadas en la PGR, y se requirieron informes a diversas autoridades, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

21. Oficio CEDH/VG/DF/1903 de 21 de septiembre de “2014” (sic), mediante el cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, diversas notas periodísticas relacionadas con el fallecimiento de diversas personas recién nacidos en el Hospital Regional 1.

22. Acta Circunstanciada de 23 de septiembre de 2015, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se constituyó en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, donde V3 y V6 manifestaron su inconformidad con la atención médica proporcionada a VRN1, así como a VRN4 y VRN5 respectivamente, en el Hospital Regional 1.

23. Acta Circunstanciada de 24 de septiembre de 2015, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se constituyó en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, donde V9 y V13 manifestaron su inconformidad con la atención médica proporcionada a VRN8, así como a VRN11 y a VRN12 en el Hospital Regional 1.

24. Oficio CEDH/VZS/DF/1456 de 25 de septiembre de 2015, mediante el cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, la queja presentada el 23 de ese mismo mes y año, por V16 y V17 en la cual manifestaron su inconformidad con la atención médica proporcionada a VRN15 en el Hospital Regional 1.

25. Oficio CEDH/V/DF/1937 de 28 de septiembre de 2015, a través del cual la Comisión Estatal remitió a este Organismo Nacional, el escrito de queja de V23 en el cual manifestó su inconformidad con la atención médica proporcionada a VRN21 en el Hospital Regional 1.

26. Dos Actas Circunstanciadas de 29 de septiembre de 2015, en las que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que el 22 de ese mismo mes y año, se constituyó en el Hospital Regional 1, donde el Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente en Sinaloa, entregó un listado provisional de nombres y datos de algunas de las progenitoras de las personas recién nacidas "*perjudicadas*" con copia de sus respectivos expedientes. Se advirtió que el área de "*cunero patológico*" se encontraba sin pacientes, ni mobiliario y realizaban acciones de limpieza y pintura, ubicándose a las niñas y niños en la UCIN.

27. Oficio CEDH/V/DF/01978 de 30 de septiembre de 2015, mediante el cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió a este Organismo Nacional, el escrito de queja de V19 con motivo de los hechos cometidos en agravio de VRN18 en el Hospital Regional 1.

28. Oficio DAJ/954/2015 de 27 de octubre de 2015, a través del cual el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "*Ismael Cosío Villegas*" informó a este Organismo Nacional, que no recibió solicitud de apoyo por parte del Hospital Regional 1.

29. Oficio 095217614B20/1921 de 10 de noviembre de 2015, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el diverso 095217612000/00199 de 27 de octubre de ese mismo año, al cual adjuntó lo siguiente:

29.1. Informe de los servicios médicos brindados a VRN1, hija de V2; VRN4 y VRN5, hijos de V6; VRN8, hijo de V9; VRN11 y VRN12, hijos de V13; VRN15, hijo de V16; VRN18, hijo de V19; VRN21, hijo de V22; VRN24, VRN25 y VRN26, hijos de V27; VRN44, hija de V45; VRN49, hijo de V50 y VRN61, hijo de V62.

29.2. Listado de las personas menores de edad fallecidas que fueron registrados en la libreta de entrega de certificados de defunción del área de Trabajo Social del Hospital Regional 1.

29.3. Informe de 22 de octubre de 2015, en el cual AR37 indicó que personal de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Delegación Estatal Sinaloa, le proporcionó las quejas presentadas en ese instituto por T1, T2 y T3.

29.4. Informe sin fecha, en el cual AR14 indicó su intervención en la valoración médica de VRN1, VRN4, VRN5, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN24, VRN25, VRN26 y VRN47.

29.5. Informe de 24 de octubre de 2015, en el cual AR15 indicó su intervención en la valoración médica de VRN25 y VRN26, así como de VRN61.

29.6. Informe de 24 de octubre de 2015, en el cual AR16 indicó su intervención en la valoración médica de VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN41, VRN47 y VRN58.

29.7. Informe de 24 de octubre de 2015, en el cual AR17 indicó su intervención en la valoración médica de VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.

29.8. Listado de los hemocultivos realizados a VRN5, VRN11, VRN15, VRN18, VRN24, VRN25, VRN44, VRN61, así como de los hijos de T1 y T3, (que egresaron por mejoría) con sus respectivos resultados.

29.9. Con motivo de las quejas presentadas el 17 de septiembre de 2015 en la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, por T1, T2 y T3, en las cuales solicitaron mejor atención e higiene para sus respectivos hijos, AR1 ordenó a AR4, AR13 y AR37 conminaran a su respectivo personal para mejorar su trato con los familiares y para que el personal de vigilancia restringiera el acceso al área de “*cuneros*”.

29.10. En el Sistema de Quejas Médicas del IMSS “*SIQUEM*”, se registraron los expedientes de quejas institucionales presentados por V6, V13, V23 y V27, respectivamente.

29.11. Informe de las acciones de higiene realizadas en el área de “*cunero patológico*” durante el 2015.

29.12. Informe de la evaluación de riesgos sanitarios del área de “*cunero patológico*” por personal de la COFEPRIS del 19 y 20 de septiembre de 2015.

29.13. Informe de 24 de septiembre de 2015, a través del cual la COFEPRIS verificó el cumplimiento de los diez puntos que ordenó en la evaluación del 20 de ese mismo mes y año, y emitió nueve acciones más de forma permanente.

30. Oficio CGJC/1/OR/902/2015 de 13 de noviembre de 2015, a través del cual la COFEPRIS remitió a este Organismo Nacional, la “*minuta de trabajo*” con evidencia fotográfica de las observaciones que realizó al Hospital Regional 1, el 24 de septiembre de ese mismo año.

31. Oficio V4/83899 de 30 de noviembre de 2015, a través del cual este Organismo Nacional notificó a V19 que la queja CNDH/4/2015/8215/Q se acumuló al expediente que nos ocupa.

32. Dos Actas Circunstanciadas de 3 de diciembre de 2015, mediante las cuales personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica de V13, en la que informó que presentó su denuncia en la PGR por el fallecimiento de VRN11 y VRN12 e indicó que acudió a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Por otro lado, a V23 se le informaron los avances de la queja, quien

refirió que algunos padres de las personas recién nacidas denunciaron los hechos en la PGR.

33. Oficio 87593 de 15 de diciembre de 2015, a través del cual este Organismo Nacional notificó a V23 que la queja CNDH/1/2015/8014/Q se acumuló al expediente que nos ocupa.

34. Oficio CEAV/AJF/DGADH/045/2016 de 29 de enero de 2016, a través del cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas informó a este Organismo Nacional, las acciones que ha realizado respecto a los padres de familia de las personas recién nacidas relacionadas con los hechos que nos ocupan, y adjuntó lo siguiente:

34.1. Oficio CEAV/AJF/DG/ADH/375/2015 de 28 de diciembre de 2015, a través del cual informó que V16 presentó su queja en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, el 23 de septiembre de 2015.

34.2. Escrito de queja sin fecha, mediante el cual V27 designó personas para oír y recibir notificaciones con motivo del fallecimiento de dos de sus trillizos, esto es, de VRN24 y VRN26 en el Hospital Regional 1.

34.3. Escrito de queja presentado por V31 el 25 de enero de 2016, a través de la página web de esta Comisión Nacional, con motivo del fallecimiento de sus gemelas VRN29 y VRN30 en el Hospital Regional 1.

34.4. Escritos de queja sin fecha que fueron presentados en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas por V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V53 y V56 con motivo del fallecimiento de sus respectivos hijas e hijos en el Hospital Regional 1.

35. Escrito de queja recibido en este Organismo Nacional el 21 de enero de 2016, mediante el cual V27 hizo del conocimiento el fallecimiento de dos de sus trillizos en el Hospital Regional 1

36. Oficio 748/16/DGPCDHQI de 3 de febrero de 2016, al que la PGR adjuntó el diverso 540/2016 de 27 de enero de ese mismo año, mediante el cual comunicó a este Organismo Nacional, que la Averiguación Previa 2 continuaba en integración.

37. Oficio 095217614B20/282 de 16 de febrero de 2016, a través del cual el IMSS anexó el diverso 269001050100/16/2016 de 29 de enero de ese mismo año, por el que su Delegación Estatal remitió a esta Comisión Nacional lo siguiente:

37.1. Informe detallado y completo de los servicios médicos brindados a las personas recién nacidas VRN29, VRN30, VRN33, VRN38, VRN41, VRN47, VRN52 y VRN55.

37.2. Listado con el resultado de las muestras de hemocultivos realizados a las personas recién nacidas VRN30 y VRN38, los cuales dieron positivo a "*klebsiella pneumoniae*".

37.3. Informe del escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado interpuesto por V31 el 26 de enero de 2016.

37.4. Informes de los médicos pediatras AR14, AR16 y AR18 rendidos ante el IMSS, en relación a las personas recién nacidas que atendieron el Hospital Regional 1.

37.5. Tabla de las quejas médicas presentadas en la Delegación del IMSS, por V6, V13, V22, V27 y V34.

37.6. Trabajos de limpieza rutinaria y exhaustiva realizados en el "*cunero patológico*" de enero de 2015 al 16 de enero de 2016, así como del mantenimiento preventivo-correctivo en el período de enero a septiembre de 2015.

37.7. Trabajos de mantenimiento realizado en los equipos del área de "*cuneros*" de enero a agosto de 2015, así como del mantenimiento preventivo-correctivo de los equipos médicos de octubre a diciembre de 2015 y del 1º al 15 de enero de 2016.

37.8. Escrito de 29 de enero de 2016, mediante el cual AR37 informó las acciones permitidas y las no permitidas al personal de enfermería del “*área de cuneros*”.

37.9. Oficio 269001050100/05/2016 de 29 de enero de 2016, a través del cual el IMSS informó que en las quejas presentadas por T1, T2 y T3, se tomaron las medidas para garantizar al máximo la protección de todos los pacientes; que el 28 de ese mismo mes y año, se registró el Expediente de Reclamación Patrimonial 7 presentado por V31 y V32.

38. Escritos de queja de 17 de febrero de 2016, mediante los cuales V6, V7, V59 y V60, se inconformaron ante este Organismo Nacional con la atención médica otorgada a sus respectivas hijas e hijos en el Hospital Regional 1, mismo escrito en el cual autorizaron a su abogado para oír y recibir notificaciones; a su vez, V59 y V60 solicitaron se enviará copia de su escrito al Órgano Interno de Control en el IMSS.

39. Oficio 15817 de 15 de marzo de 2016, a través del cual este Organismo Nacional informó a V31 que el expediente de queja CNDH/1/2016/796/Q, se acumuló al expediente que nos ocupa.

40. Acta Circunstanciada de 30 de marzo de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que el 18 de ese mismo mes y año, se le informó al personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, las diligencias y acciones realizadas en el expediente de queja que nos ocupa.

41. Oficio 269001050100/127/2016 de 24 de mayo de 2016, al que el IMSS adjuntó el diverso 260501200200/005 de 22 de septiembre de 2015, en el cual AR1 solicitó a la Subdirección Administrativa con motivo de las quejas presentadas por T1, T2 y T3, la restricción del acceso a toda persona ajena al área de “*cuneros*” y la introducción de alimentos y bebidas en áreas críticas de pediatría.

42. Oficio 32758 de 24 de mayo de 2016, a través del cual este Organismo Nacional informó a V27 que el expediente de queja CNDH/1/2016/1305/Q se acumuló al expediente que nos ocupa.

43. Oficio 095217614B20/1066 de 30 de mayo de 2016, a través del cual el IMSS adjuntó el diverso 269001050100/127/2016/10661 de 24 de ese mismo mes y año, mediante el cual se remitió a este Organismo Nacional, la siguiente documentación:

43.1. Informe de 9 de mayo de 2016, a través del cual AR13 comunicó su intervención en la atención médica de VRN36 y VRN58.

43.2. Oficio 260172000/0126/2016 de 24 de mayo de 2016, al cual adjuntó el informe de los servicios médicos brindados a VRN36 y la entrega del certificado de defunción.

43.3. Tablas de trabajos de limpieza rutinaria y exhaustiva en el área de “*cunero patológico*” de enero a abril y de enero a marzo de 2016, de los trabajos de mantenimiento preventivo-correctivo de enero a diciembre de

2015 y de los equipos médicos que recibieron mantenimiento de enero a abril de 2016.

43.4. Minuta de la COFEPRIS respecto a las correcciones por parte del IMSS acompañada de fotografías, así como la relación de asistencia a los cursos impartidos al personal de enfermería y pasantes de servicio social en el Hospital Regional 1, de enero a abril de 2015.

44. Acta Circunstanciada de 7 de julio de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se constituyó en la PGR con sede en esta Ciudad, donde tuvo a la vista la Averiguación Previa 2 de la que se advirtieron las siguientes constancias:

44.1. El 25 de septiembre de 2015, se inició el Acta Circunstanciada con motivo de las notas periodísticas relacionadas con la muerte de bebés en el Hospital Regional 1.

44.2. En la misma fecha, se solicitó al IMSS un informe y copia certificada de los expedientes clínicos y estudios.

44.3. El 2 de octubre de 2015, el Acta Circunstanciada se radicó como Averiguación Previa 2, por el delito de homicidio culposo con la calificativa de responsabilidad profesional en contra de quien resultara responsable.

44.4. El 19 de octubre de 2015, la entonces Procuraduría General de Justicia de Sinaloa ordenó la incompetencia para conocer de la

Averiguación Previa 1 en razón de materia, por el delito de responsabilidad profesional y homicidio culposo, cometidos en agravio de VRN15, hijo de V16; VRN18, hijo de V19; VRN21, hijo de V22; VRN29, hija de V31; VRN33, hijo de V34; VRN38, hija de V39; VRN41, hija de V42; VRN52, hijo de V53; VRN55, hijo de V56 y VRN61, hijo de V62, misma fecha en que la PGR convalidó dichas actuaciones, de entre las que se destacó la siguiente:

44.4.1. Declaraciones ministeriales de V23, V45 y V62 de 28 de septiembre de 2015; de V16 de 29 de ese mismo mes y año; de V9, V50, V53 y V56 de 2 octubre de 2015; de V19, V31, V34 y V39 de 7 de ese mismo mes y año y la de V42 de 1º de junio de 2016.

44.5. Del Acta Circunstanciada iniciada en la PGR, se destacó lo siguiente:

44.5.1. Declaración ministerial de V3, V6, así como de V27, V48 y V37 de 2, 8 y 9 de octubre de 2015, respectivamente.

44.5.2. Oficio 06470 mediante el cual la Comisión Estatal para Protección de Riesgos Sanitarios “COEPRIS”, informó a la PGR que el 19 de septiembre de 2015, tuvo conocimiento de los hechos acontecidos en el área de “*cuneros*” del Hospital Regional 1, misma fecha en que la COFEPRIS le pidió colaboración para el monitoreo de agua potable de la red interna de dicho hospital, toma de muestras en superficies e insumos, las cuales se remitieron al

Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica y a la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura con sede en la Ciudad de México para su determinación.

44.5.3. El 26 de octubre de 2015, PGR recibió la minuta de la reunión extraordinaria del CODECIN de 9 de septiembre de ese mismo año, remitida por AR1.

44.5.4. El 30 de octubre de 2015, V6, V9, V19, V23, V31, V34, V39, V42, V45, V48, V50, V53 y V56 solicitaron la exhumación de los cadáveres de sus respectivas hijas e hijos.

45. Acta Circunstanciada de 2 de agosto de 2016, mediante la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se le informó a V23 que el expediente que nos ocupa, continuaba en integración.

46. Oficio DGA/230/1645/2016 de 9 de agosto de 2016, mediante el cual la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en lo sucesivo CONAMED, informó a esta Comisión Nacional que no inició expediente relacionado con los hechos y adjuntó el diverso 1697/2016 de 15 de julio de ese mismo año, mediante el cual la PGR le solicitó una opinión médica respecto a la atención proporcionada a las progenitoras de las personas menores de edad relacionadas con los hechos.

47. Acta Circunstanciada de 17 de agosto de 2016, a través de la cual personal de esta Comisión Nacional informó vía telefónica al representante legal de V6,

V59 y V62 los avances de la integración de la queja que nos ocupa. En la misma fecha en que se comunicó lo mismo a V23.

48. Oficio CGJC/1/OR/666/2016 de 22 de agosto de 2016, mediante el cual la COFEPRIS remitió a esta Comisión Nacional, la siguiente documentación:

48.1. Memorándum interno COS/DEDS/3/UE/2971/2016, al cual la Subdirección Ejecutiva de Dictamen de Servicios e Insumos para la Salud adjuntó el *“Reporte de infecciones nosocomiales”* del *“28 de septiembre al 2 de octubre y del 5 al 9 de octubre”*, con motivo de la evaluación sanitaria en el Hospital Regional 1.

48.2. Memorándum interno CCAYAC/1/OR/7436/2016, a través del cual la Comisionada de Control Analítico y Ampliación de Cobertura informó que el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa *“LESP”*, detectó las bacterias *“klebsiella pneumoniae y escherichia coli”* en el análisis de las muestras aisladas de las personas recién nacidas que estuvieron internadas en el área de *“cuneros”* del Hospital Regional 1.

49. Oficio 006781/16/DGPCDHQI de 23 de agosto de 2016, a través del cual la PGR anexó el diverso 6991/2016 de ese mismo mes y año, en el cual informó lo siguiente:

49.1. La exhumación de once personas recién nacidas, esto es de VRN8, VRN18, VRN21, VRN29 y VRN30, VRN33, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47 y VRN55 se realizó por personal ministerial y peritos coadyuvantes

de los progenitores, a pesar de que el perito médico de dicha institución consideró que no era conveniente *“ya que las condiciones de sus cuerpos, no brindarían la información necesaria para determinar la causa del fallecimiento”*.

49.2. No se solicitó dictamen o muestreo de las áreas de *“cuneros”* o de la UCIN del Hospital Regional 1, debido a que sus condiciones eran distintas a cuando se conocieron los hechos.

49.3. Se recabaron declaraciones de 27 ginecólogos y 18 pediatras neonatólogos, quienes fueron coincidentes en que la atención médica que proporcionaron a las personas recién nacidas fue la adecuada; por su parte, las 67 personas de intendencia indicaron no haber tenido contacto con las personas menores de edad y las 119 personas de enfermería, manifestaron que no recordaban si atendieron a las niñas y niños relacionados con los hechos.

50. Oficio 095217614B20/1627 de 24 de agosto de 2016, mediante el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que en el área de *“cunero patológico”* se presentó una bacteriemia (sepsis) relacionada con *“klebsiella pneumoniae”* del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015 y adjuntó el diverso 095695612B00/100 de 23 de ese mismo mes y año, al cual anexó los estudios epidemiológicos de 11 personas recién nacidas, destacó que en 8 casos no se realizó debido a la aplicación de antibiótico de forma *“empírica”*, así como enunció las acciones de cerco sanitario para limitar la propagación de bacterias e

indicó el resultado de los estudios de laboratorio realizados a VRN4, VRN11, VRN15, VRN18, VRN26, VRN44, VRN59 y VRN61.

51. Oficio 447/2016 de 15 de septiembre de 2016, mediante el cual la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “*CAMES*” informó a este Organismo Nacional, que las quejas presentadas por V13, V23 y V34 fueron enviadas al IMSS para su trámite y/o resolución, y adjuntó lo siguiente:

51.1. Oficio 594/15 de 14 de octubre de 2015, mediante el cual dirigió la Recomendación 4, al Hospital Regional 1 con el objetivo “*(...) de enriquecer las medidas preventivas en los hospitales para disminuir la morbilidad por (...) infecciones*”.

51.2. Oficio sin número de 17 de noviembre de 2015, mediante el cual el director del Hospital Regional 1 contestó los requerimientos de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “*CAMES*” y adjuntó el Acta Constitutiva del CODECIN y de la conformación del Comité de Farmacovigilancia.

52. Oficio CEAV/DGAIPC/DGA/DAA/AJ/488/2016 de 13 de octubre de 2016, mediante el cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a esta Comisión Nacional, los escritos de queja de V6, V7, V53, V54, V62 y V63, en los que designaron a representante legal, detallaron su inconformidad con la atención médica recibida en el Hospital Regional 1, en la Área de Atención y Orientación al Derechohabiente y el Órgano Interno de Control en el IMSS, por la

PGR y en este Organismo Nacional, así como solicitaron su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

53. El 22 de febrero de 2017, V27 amplió su queja en la que solicitó a este Organismo Nacional se valoraran los resultados de laboratorio de hemocultivo realizados a VRN24 y VRN26, y facilitó copia de los documentos que solicitó a Unidad de Transparencia del IMSS.

54. Ampliación de queja sin fecha de V48, quien a través de la ONG adjuntó a este Organismo Nacional, la opinión médica en materia obstetricia y la de su hija VRN47 elaboradas por un médico particular.

55. Acta Circunstanciada de 22 de febrero de 2017, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la presencia de V2, V3, V9, V10, V16, V17, V22, V23, V27, V28, V31, V34, V39, V48, V53, V56 y V57 en compañía de personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, quienes indicaron que los expedientes clínicos de sus respectivas hijas e hijos se encontraban incompletos, así como desconocían los estudios ordenados en otras instancias.

56. Acta Circunstanciada de 31 de marzo de 2017, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que en la reunión sostenida con V2, V3, V9, V10, V13, V22, V23, V27, V28, V31 y V32 en compañía personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en las instalaciones del Instituto Sinaloense de la Mujer en Culiacán, Sinaloa, donde se les hizo saber el estado que guarda su expediente y se les ofreció atención psicológica. Misma fecha en la que se acudió a la PGR, donde se consultó la Averiguación Previa 2.

57. Oficio DGA/230/1122/17 de 28 de abril de 2017, a través del cual la CONAMED remitió a este Organismo Nacional, copia de las conclusiones generales de los expedientes relacionados con el caso que nos ocupa y de los dictámenes médicos institucionales 172/16 y 173/2016.

58. Oficio DPDyAC/SDH/0147/2017 de 8 de mayo de 2017, mediante el cual la actual Fiscalía General de Estado de Sinaloa, informó a este Organismo Nacional, que el 24 de septiembre de 2015 inició la Averiguación Previa 1 y, el 19 de octubre de ese mismo año, se declaró incompetente en razón de materia, por lo que la remitió a la PGR.

59. Oficio 957217614B20/746 de 24 de mayo de 2017, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, un disco compacto con el informe epidemiológico de infecciones nosocomiales detectadas en el área de “*cuneros*”, UCIN y tococirugía del Hospital Regional 1, así como las acciones sugeridas por el CODECIN.

60. Acta Circunstanciada de 5 de julio de 2017, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en la delegación de la PGR, donde informaron a V9, V10 y V23 los avances de queja que nos ocupa, asimismo se revisó la Averiguación Previa 2, de la cual se advirtió lo siguiente:

60.1. Las declaraciones ministeriales de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR12, AR13, AR14 y AR37.

60.2. Resultados bacteriológicos de los peritos coadyuvanes respecto de VRN8, VRN18, VRN21, VRN29, VRN30, VRN33, VRN38, VRN41, VRN44, VRN48 y VRN55.

60.3. Minuta de la reunión extraordinaria del CODECIN de 9 de septiembre de 2015, en la que se analizaron las 2 defunciones ocurridas el 8 de septiembre de 2015 en el área de “*cunas*”.

60.4. Folio 9504 de 4 de noviembre de 2015, a través del cual personal médico de la PGR concluyó: “*PRIMERA. (...) si se detectaron microorganismos (...) como bacterias y hongos. SEGUNDA. No es posible especificar si estos microorganismos fueron determinantes para causar la muerte de [las personas] recién nacidas (...) [para ello se requiere] contar con [sus] expedientes clínicos y de sus madres con el fin de evidenciar si la causa de la muerte estuvo relacionada con los microorganismos descritos.*”

60.5. Folio 9675 de 7 de noviembre de 2015, mediante el cual el perito en criminalística de campo de la PGR concluyó que en el Hospital Regional 1, en el área de “*cuneros*”, no se cumple completamente con los reglamentos y sugirió que la inspección se realizara por personal médico capacitado y/o con conocimientos en áreas hospitalarias para la emisión de una opinión más técnica.

60.6. Folio 9505 de 7 de noviembre de 2015, mediante el cual un perito médico de la PGR indicó que para determinar si en las diferentes

superficies e insumos utilizados en la atención de los pacientes y en el contenido del cloro residual, se detectó alguna bacteria y/o cepa y/o microorganismo, y si fue determinante para causar la muerte de las personas recién nacidas en el Hospital Regional 1, lo siguiente:

“PRIMERA. (...) si se detectaron microorganismos tales como bacterias. SEGUNDA. No es posible especificar si estos microorganismos fueron determinantes para causar la muerte de los recién nacidos (...) [para ello se requiere] contar con [sus] expedientes clínicos y sus madres con el fin de evidenciar si la causa de la muerte estuvo relacionada con los microorganismos descritos.”

60.7. Folio 9693 de 7 de noviembre de 2015, a través del cual un perito médico oficial de la PGR emitió el dictamen médico en el cual concluyó que no era conveniente realizar la exhumación de los neonatos por las condiciones de sus cuerpos.

60.8. El 6 de noviembre de 2015, se realizó la inspección ocular y la fe ministerial de las instalaciones del Hospital Regional 1, en las que se advirtió que el área de “*cuneros*” se encontraba en remodelación y la UCIN con acceso restringido.

60.9. El 6 de febrero de 2016, AR14 ratificó su escrito de 2 de febrero de ese mismo año y contestó las preguntas formuladas por su defensor.

60.10. Oficio 269001400100/199/2016 de 11 de febrero de 2016, mediante el cual el IMSS remitió la lista de personal adscrito a las áreas de “*cuneros patológicos*”, UCIN y tococirugía.

60.11. Dictámenes médicos con folios 1209, 1658, 1659, 1661, 1662, 1663, 1665, 1667 de 1º de marzo de 2016, emitidos personal médico de la PGR, a través de los cuales informó que no realizó la necropsia en los cuerpos de las hijas e hijos de V9, V19, V22, V31, V34, V42 y V45, debido a que sus estructuras óseas no presentaron alteraciones que pudieran determinar la causa de su muerte, por lo cual se concluyó que fue indeterminada.

60.12. Dictámenes médicos con folio 1666 de 3 de marzo de 2016, así como 1664, de 4 de ese mismo mes y año, mediante los cuales una persona perito médico de la PGR informó que no realizó la necropsia en los cuerpos de las hijas e hijos de V39, así como V48 y V56, debido a que sus estructuras óseas no presentaron alteraciones que pudieran determinar la causa de su muerte, por lo cual se concluyó que fue indeterminada.

60.13. Dictamen en bacteriología de 16 de marzo de 2016, suscrito por el director del Hospital General de Culiacán “*DR. BERNARDO J. GASTELUM*”, mediante el cual informó el resultado de las muestras recabadas a las personas recién nacidas a quienes se les practicó la necropsia.

60.14. Declaración de AR1 de 31 de mayo de 2016, en la que ratificó su escrito de 22 de abril de ese mismo año, y se reservó su derecho a contestar preguntas.

60.15. Declaración de AR4 de 31 de mayo de 2016, en la que ratificó su escrito de 23 de abril de 2016 y se reservó su derecho a contestar preguntas.

60.16. Declaración de AR2 de 31 de mayo de 2016, en la que ratificó su escrito de 25 de abril de 2016 y se reservó su derecho a contestar preguntas.

60.17. Declaración por escrito de AR12 sin fecha, en la que negó los hechos e indicó en relación al fallecimiento de las personas recién nacidas, que el 9 de septiembre de 2015, sesionaron los integrantes del CODECIN sin su presencia.

60.18. Oficio sin número de 9 de marzo de 2017, mediante el cual el IMSS remitió los resultados de los hemocultivos realizados a las 23 personas recién nacidas que fallecieron.

61. Oficio CEAV/AJF/DG/DGADH/0988/2017 de 5 de julio de 2017, mediante el cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a este Organismo Nacional los estudios químicos de laboratorio, imágenes de ultrasonido con interpretación, recetas, entre otros, relacionados con V13 y V27.

62. Oficio SGA-AEMS-232/2017 de 10 de julio de 2017, a través del cual el Tribunal Federal de Justicia Administrativa informó a esta Comisión Nacional, que los juicios de nulidad promovidos por V6 y V7, así como por V59 y V60 continuaban en trámite.

63. Oficio 00641/30.14/3234/2016 del 11 de julio de 2017, a través del cual el Órgano Interno en el IMSS informó a esta Comisión Nacional, que la Queja Administrativa se encontraba en integración y en la cual se advirtió lo siguiente:

63.1. Acuerdo de inicio de 2 de octubre de 2015, con motivo de las notas periodísticas relacionadas con el deceso de personas recién nacidas en el Hospital Regional 1.

63.2. El 21 de diciembre de 2015, se remitió al Área de Quejas de dicha institución.

63.3. El 5 de octubre de 2016, a través del oficio 00641/30.102/513/2015, la Auditoría del IMSS solicitó a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente iniciara el procedimiento de queja administrativa, y en su caso, determinara la responsabilidad correspondiente.

63.4. El 25 de febrero de 2016, se integraron a la Queja Administrativa los escritos de V6 y V7, así como de V59 y V60; el 9 de agosto de ese mismo año, los de V62 y V63 y, el 3 de noviembre de ese año, el del representante legal de los citados por versar sobre los mismos hechos.

64. Actas Circunstanciadas del 7 y 11 de diciembre de 2017, a través de las cuales personal de este Organismo Nacional hizo constar la consulta del expediente por personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

65. Oficio 00230/18DGPCDHQI de 11 de enero de 2018, por el cual la PGR adjuntó el diverso SCRPPA/DSCA/02273/2017 de 28 de diciembre de 2017, con el dictamen en materia de medicina forense de 11 de mayo de ese mismo año.

66. Oficio COS/DEDS/174/2018 de 8 de marzo del 2018, a través del cual la COFEPRIS informó a este Organismo Nacional, que en la UCIN (sic) del Hospital Regional 1 se realizó la desinfección de alto grado y se tomaron controles microbiológicos que reflejaron la esterilidad del área antes de que fuera abierta para nuevos pacientes y anexó fotografías.

67. Oficio COS/DEDS/188/2018 de 12 de marzo del 2018, a través del cual la COFEPRIS informó a este Organismo Nacional, que los hechos ocurridos en el Hospital Regional 1 acontecieron en el área ubicada en el tercer piso denominada de manera interna como “*cunero patológico*” y con el objetivo de limitar el riesgo sanitario, se realizaron intervenciones para contar con la infraestructura que eleve el nivel de atención de dicha área a la par de la UCIN.

68. Oficio 00641/30.14/1512/2018 de 27 de marzo de 2018, a través del cual el Órgano Interno en el IMSS informó a este Organismo Nacional, que el 22 de diciembre de 2017, dictó el acuerdo de archivo por falta de elementos en la Queja Administrativa ante la falta de pruebas suficientes e idóneas para atribuirle a alguna persona servidora pública, la presunta irregularidad administrativa

respecto de los hechos denunciados y dejó a salvo los derechos de V6 y V7, V59 y V60, así como de V62 y V63 respecto al pago de una indemnización.

69. Escritos de 23 de febrero de 2018, mediante los cuales V9, V19, V20, V22, V23, V31, V39, V42, V53 y V56 autorizaron a personal de la ONG para que tuvieran acceso al expediente que nos ocupa.

70. Acta Circunstanciada del 4 de abril de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se informó vía telefónica a V23 y V27, el estado del expediente que nos ocupa.

71. Oficio SGA-AEMS-127/2018 de 5 de abril de 2018, mediante el cual el Tribunal Federal de Justicia Administrativa informó a este Organismo Nacional, que los juicios de nulidad promovidos por V6 y V7, V59 y V60, así como V62 y V63 continuaban en trámite.

72. Oficio 095217614C00/1093 de 27 de julio de 2018, mediante el cual el IMSS adjuntó el diverso 0955034AC1/1700 de 17 de ese mismo mes y año, mediante el cual la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS informó el estado que guardan las quejas administrativas presentadas por V6, V13, V19, V22, V23, V27, V34, V59, V60 y de V62.

73. Oficio 005789/18DGPCDHQI de 20 de agosto de 2018, mediante el cual la PGR adjuntó el diverso 6539, de 17 de ese mismo mes y año, a través del cual informó a este Organismo Nacional que la Averiguación Previa 2 continuaba en trámite.

74. Opinión médica de 23 de agosto de 2018, realizada por el personal médico de este Organismo Nacional con motivo del análisis de las constancias aportadas por el IMSS, COFEPRIS, PGR, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “CAMES” y la CONAMED.

75. Opiniones médicas de 23 de agosto de 2018, realizadas por el personal médico de esta Comisión Nacional, en las que establecieron consideraciones técnicas respecto a las acciones, omisiones, negligencia médica y/o responsabilidad institucional en las que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas del Hospital Regional 1, en el siguiente sentido:

75.1. La atención médica brindada a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 fue inadecuada porque omitieron notificar que cursaban con infección nosocomial, probable “sepsis” y alteraciones hematológicas sugestivas de ésta, con excepción de VRN25, quien fue dada de alta por mejoría.

75.2. La atención médica brindada a VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN47, VRN52, VRN55 y VRN58 en opinión del personal médico de este Organismo Nacional no se consideraron asociadas al período del “*brote de infección nosocomial*” que nos ocupa.

76. Opinión técnica en materia de medicina forense de 23 de agosto de 2018, realizada por el personal médico de esta Comisión Nacional, con motivo de la

opinión médica emitida por la ONG a nombre de V48 y VRN47 de 17 de enero de 2017.

77. Acta Circunstanciada de 28 de agosto de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la reunión sostenida con personal de la ONG, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, así como con V9, V10, V19, V22, V23, V31, V34, V39, V56 y V57, a quienes se les informó las acciones realizadas en el expediente que nos ocupa.

78. Acta Circunstanciada de 31 de agosto de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas consultó el expediente que nos ocupa.

79. Actas Circunstanciadas de 3 de septiembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en Culiacán, Sinaloa, donde se entrevistó con V13, V19, V22, V23, V34 y V45; en tanto que, el 4 de ese mismo mes y año, se entrevistó con V3 y V53, quienes aportaron información respecto a la atención médica brindada a sus respectivas hijas e hijos.

80. Actas Circunstanciadas de 3 de septiembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en Guasave, Sinaloa, donde se entrevistó con V27 y V28; V48, V56 y V57, y el 4 de ese mismo mes y año, con V31 y V39, quienes aportaron información respecto a la atención médica brindada a sus respectivas hijas e hijos.

81. Acta Circunstanciada de 5 de septiembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V23, a quien se le indicó que el expediente que nos ocupa quedaba a disposición de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para consulta.

82. Acta Circunstanciada de 6 de septiembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada vía telefónica con V3 en la que aportó información respecto a la atención médica brindada a su hija V2 en el Hospital Regional 1.

83. Oficio 095217614C21/1594 de 5 de septiembre de 2018, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, tres listados de personas recién nacidas atendidas en el Hospital Regional 1 y adjuntó lo siguiente:

83.1. Oficio 14^a601122153/DHP/133/16 de 18 de enero de 2016, a través del cual la *“UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente”* remitió el *“análisis y dictaminación del caso de defunción de paciente con diagnóstico de vigilancia epidemiológica en el menor de 5 años”*, relacionado con VRN52.

83.2. Certificados de defunción de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN45, VRN50, VRN59 y VRN62.

83.3. Resultados de laboratorio en los que se reportó lo siguiente:

83.3.1. El 19 de enero de 2015, VRN29 dio positivo a "*Estaphylococcus Haemolyticus*",

83.3.2. El 11 de febrero de 2015, VRN38 dio positivo a "*Klebsiella pneumoniae*".

83.3.3. El 10 de septiembre de 2015, VRN15, VRN24 y VRN61 fueron consideradas dentro del "*brote de infección nosocomial*" y tres personas recién nacidas más, que egresaron por mejoría el 23 de ese mes y año, el 1º y 3 de octubre de 2015, respectivamente, dieron positivo a "*Klebsiella pneumoniae*".

83.2.4. El 21 de septiembre de 2015, diversa persona recién nacida dio positivo a "*klebsiella pneumoniae*", sin embargo, egresó el 6 de octubre de ese mismo año, por mejoría.

84. Oficio SS/DS/981/2018 de 10 de septiembre de 2018, mediante el cual la Secretaría de Salud de Sinaloa informó a este Organismo Nacional lo siguiente:

84.1. La jurisdicción sanitaria número IV en Culiacán no fue notificada de los casos de defunción de las personas menores de edad en el Hospital Regional 1.

84.2. El Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica "*CEVE*" no cuenta con la base de datos de registro o antecedente de trabajo de inspección y vigilancia en el área de "*cunero patológico*" del Hospital Regional 1.

84.3. El 19 de septiembre de 2015, se recibió una nota informativa respecto a la infección asociada con la atención de salud en Culiacán, Sinaloa, en el cual se reportó un *“brote hospitalario de infecciones nosocomiales”* en el servicio de *“cuneros patológicos”* del Hospital Regional 1.

84.4. Personal de la Dirección General de los Servicios de Salud de Sinaloa, vía telefónica requirió a la Delegación Estatal en el IMSS, el acceso a la reunión de trabajo programada por las autoridades delegacionales y las Nacionales del IMSS el 19 de septiembre de 2015, la cual les fue negada.

84.5. No se realizó informe de supervisión o inspección al área de *“cunero patológico”* del Hospital Regional 1.

84.6. En la minuta de Reunión Extraordinaria del Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica de Sinaloa, del 9 de octubre de 2015 en las instalaciones de la Secretaría de Salud en Culiacán, se asentó que el Área de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud registrado en el Hospital Regional 1, sólo cuenta con un informe parcial en el que se comunicó lo siguiente:

84.6.1. *“6 niños”* continuaban hospitalizados graves y 16 fueron trasladados a la UCIN para desalojar el área afectada, lo que provocó hacinamiento en dicha área, la cual no favorece la contención del brote.

84.6.2. Se valoraría en el transcurso de la noche cambiar a las niñas y niños al área de “*cuneros patológicos*” previa valoración de su desinfección.

84.6.3. La Comisión Estatal para Protección de Riesgos Sanitarios “*COEPRIS*” (sic) realizó mediciones de cloro residual en el agua, descartándose como riesgo por el brote y asentó que se revisaría la Central de Equipos y Esterilización “*CEYE*” y se haría limpieza a los ductos de aire acondicionado.

84.6.4. Se continúa sin información fidedigna del “*brote*” registrado en esa Unidad Hospitalaria del IMSS.

84.7. Los funcionarios del Hospital Regional 1, esto es, los integrantes del CODECIN nunca informaron al Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica en Sinaloa, debido a que el informe citado con anterioridad se envió por funcionarios de la Dirección General de Epidemiología de la Ciudad de México.

84.8. No se tienen registros de trabajos de inspección y vigilancia en el área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, en las fechas citadas.

84.9. Oficio 21452 de 5 de octubre de 2015 a través del cual la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud informó a la Delegación Estatal del IMSS, lo siguiente:

84.9.1. El 18 de septiembre de ese mismo año, notificó a la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica que hubo un reporte inicial de “*brote*” en el Hospital Regional 1 en la UCIN, con un total de 19 casos probables y la ocurrencia de 11 defunciones, sin que se haya recibido información actualizada del mismo.

84.9.2. Del formato de información mínima requerida para la notificación inmediata de “*brotos*”, se advirtió que se reportó vía telefónica -no se especificó quién- de un “*brote hospitalario*” con los siguientes datos:

84.9.2.1. Diagnóstico probable por septicemia por “*pseudomona*”, esto es, una bacteria nosocomial.

84.9.2.2. Unidad notificante: Hospital Regional 1 en la Delegación de Sinaloa.

84.9.2.3. Fecha de notificación: 17 de septiembre de 2015.

84.9.2.4. Fecha de notificación a la Secretaría de Salubridad: 18 de septiembre de 2015.

84.9.2.5. Fecha de inicio de “*brote*”: 8 de septiembre de 2015.

84.9.2.6. Casos probables: 19 y 71 personas expuestas.

84.9.2.7. Rango de edad: de 0 a 30 días.

84.9.2.8. Sexo de las personas: 11 personas femeninas y 8 personas masculinas.

84.9.2.9. Principales síntomas y signos: fiebre y mal estado general.

84.9.2.10. Alteraciones laboratoriales, esto es, trombocitopenia (cuando la sangre no coagula debido a la producción insuficiente de plaquetas), incremento de la reacción en cadena de la polimerasa, en lo sucesivo “PCR” (técnica de laboratorio para amplificar fragmentos de ADN para identificación de gérmenes microscópicos causantes de enfermedades) y leucocitosis (aumento de leucocitos en la sangre por causas fisiológicas como en el embarazo, durante la digestión o por causas patológicas como infecciones).

84.9.2.11. 19 personas hospitalizadas y 11 defunciones.

84.9.2.12. Probable fuente del brote: contaminación de manos del personal.

84.9.2.13. Probable mecanismo de transmisión: contacto.

84.9.2.14. Laboratorio: hemocultivos.

84.9.2.15. Acciones de control: Se inició con aislamiento de los casos, restricción del acceso al servicio, garantizar insumos, lavado de manos en cinco momentos, uso de uniforme reglamentario, toma de cultivo a todos los casos sospechosos, así como limpieza exhaustiva del área.

85. Oficio DGE-DG-6936-2018 de 18 de septiembre de 2018 a través del cual la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud informó a este Organismo Nacional, que el Hospital Regional 1 no forma parte de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica “*RHOVE*”, por tanto:

85.1. No se cuenta con registro de casos de infecciones asociadas a la atención de la salud “*IAAS*” o antecedentes de trabajos de inspección y vigilancia en dicho hospital.

85.2. No obstante el 18 de septiembre de 2015, a través de la plataforma de notificación “*NOTIMED*” del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica “*SINAVE*”, se comunicó de un “*brote*” de 19 casos probables de septicemia y 11 defunciones en el Hospital Regional 1, el cual se originó por “*pseudomona*”, esto es, por una bacteria nosocomial.

85.3. El 22 de septiembre de 2015, se recibieron en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “*InDRE*”, 9 cepas de “*klebsiella*”

bajo cadena de custodia de la COFEPRIS, procedentes del nosocomio citado.

85.4. Debido a que el Hospital Regional 1 no forma parte de la “*RHOVE*”, no se llevaron a cabo procesos de supervisión, detección, estudio, clasificación, seguimiento y notificación de casos y defunciones, ocasionadas por las infecciones asociadas a la atención de la salud “*IAAS*”.

85.5. Tampoco existe la solicitud por parte de dicho nosocomio para la realización de tales actividades ya que lo único con que se cuenta, es la confirmación de la bacteria en las cepas de COFEPRIS.

86. Oficio 806/2018 de 18 de septiembre de 2018, a través del cual la dirección de Registro Civil del Estado de Sinaloa informó a este Organismo Nacional, que su sistema de base de datos de defunciones no proporciona información por fechas de fallecimiento, sino por nombres y fecha en que se registró el mismo, por tanto, no puede informar cuántas defunciones se registraron en las fechas solicitadas.

87. Oficio SDHPDSC/DGPCDHQI/006581/2018 de 25 de septiembre de 2018, a través del cual la PGR remitió a este Organismo Nacional, el diverso 7414/2018 en el que informó lo siguiente:

87.1. No cuenta con médico especialista en epidemiología, sin embargo, solicitó a la COFEPRIS informará si había sido requerida por algún incidente suscitado en el Hospital Regional 1, quienes levantaron una minuta de trabajo, la cual recibió el 23 de noviembre de 2015.

87.2. El 16 de diciembre de 2015, la CONAMED elaboró el dictamen médico institucional 172/2016, el cual fue ratificado.

87.3. Los integrantes del CODECIN del Hospital Regional 1, se acogieron al artículo 20 Constitucional.

88. Acta Circunstanciada de 24 de septiembre de 2018, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en el domicilio de V16, quien manifestó su inconformidad con la atención médica que recibió, así como el trato que se dio a VRN15 en el Hospital Regional 1.

89. Oficio CEA/AJF/DG/DGAVD/1695/2018 de 27 de septiembre de 2018, a través del cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a este Organismo Nacional, el dictamen pericial sobre el análisis del dictamen en materia de medicina forense de 11 de mayo de 2017 emitido por la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGR dentro de la Averiguación Previa 2.

90. Correo electrónico de 28 de septiembre de 2018 a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el oficio 095217614C20/1864 de 27 de ese mes y año, a través del cual informó el nombre y cargo de los integrantes de la UVEH del Hospital Regional 1 y las acciones que se realizan en las diferentes áreas hospitalarias, al cual adjuntó lo siguiente:

90.1. Las minutas del Comité para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales del Hospital Regional 1 realizadas el 27 de octubre, 20 de noviembre y 11 de diciembre de 2015.

90.2. Seguimiento de compromisos y acuerdos del 20 de noviembre de 2015, así como los informes mensuales de infecciones nosocomiales de diciembre de 2014 a septiembre de 2015.

91. Oficio SDHPDSC/DGPCDHQI/05751/2018 de 2 de octubre de 2018, a través del cual la PGR informó a este Organismo Nacional, lo siguiente:

91.1. Con motivo de lo sugerido por el perito en materia de criminalística de campo el 6 de noviembre de 2015, se realizó la inspección ocular y la fe ministerial a las áreas de “*cunero patológico*” y UCIN del Hospital Regional 1, las cuales se encontraban en remodelación.

91.2. El 18 de noviembre de 2015, se recibió la minuta de trabajo con las observaciones efectuadas por personal de la COFEPRIS.

91.3. El 28 de octubre de 2015, se recibió el resultado de los cultivos de las muestras ambientales emitido por personal de la Comisión Estatal para la Protección de Riesgos Sanitarios “*COEPRIS*”.

91.4. La COFEPRIS y la Comisión Estatal para la Protección de Riesgos Sanitarios “*COEPRIS*” son las encargadas de efectuar la evaluación de

riesgos de salud, identificar y evaluar los riesgos para la salud humana, participar en coordinación con las autoridades administrativas competentes de la Secretaría de Salud en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como la vigilancia epidemiológica.

91.5. El 13 de noviembre de 2015, se recabó la minuta de 24 de septiembre de 2015, en la que derivado de las observaciones de la COFEPRIS en el Hospital Regional 1, se realizaron las acciones correspondientes.

91.6. La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “CAEMES” no emitió ningún informe respecto a la atención médica, pero sí la CONAMED el 16 de diciembre de 2015.

92. Oficio 1500/207/2018 de 2 de octubre de 2018, a través del cual el Instituto Nacional de Estadística y Geografía “INEGI” indicó que no puede informar cuántos certificados de defunción emitió el Hospital Regional 1 en las fechas solicitadas.

93. Oficio 095217614C20/1905 de 3 de octubre de 2018, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, las constancias de las minutas mensuales del CODECIN desde octubre de 2015 a agosto de 2018.

94. Oficio 095217614C20/1932 de 3 de octubre de 2018, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, los datos relacionados con el procedimiento de reclamación patrimonial que promovió V31 y V32.

❖ **Expedientes clínicos de las personas recién nacidas asociadas al “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación epidemiológica” del área de “cuneros” del Hospital Regional 1.**

- **VRN1, hija de V2.**

95. Expediente clínico de VRN1 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

95.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN1 nació a las 16:25 horas del 1º de septiembre de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro, del sexo femenino, con peso de 2,095 gramos, calificación de Apgar 8/9 (examen rápido realizado en el primer y minuto cinco después del nacimiento) y Silverman-Andersen 1/1 (examen que valora la dificultad respiratoria).

95.2. Resultados de laboratorio de 2 de septiembre de 2015, en los cuales se reportó a VRN1 con elevación de leucocitos, hiperbilirrubinemia (cantidades anormalmente altas de bilirrubina), hiperfosfatemia (aumento de fosfato en la sangre) e hipercloremia (nivel elevado de cloro en la sangre).

95.3. Nota de evolución de 2 de septiembre de 2015, en la que AR19 le indicó a VRN1 manejo con fototerapia (uso terapéutico de la luz) con doble cobertura antibiótica. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional y firma.

95.4. Nota de evolución de 8 de septiembre de 2015, en la cual AR14 describió a VRN1, en mal estado general con sangrado de tubo digestivo y dificultad respiratoria. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional y firma.

95.5. Nota de alta por defunción de VRN1 en la que AR16 indicó que falleció a las 18:25 horas del 8 de septiembre de 2015, datos que asentó en el certificado de defunción correspondiente.

95.6. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN1.

- **VRN4, hijo de V6.**

96. Expediente clínico de VRN4 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

96.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN4 nació a las 16:55 horas del 20 de agosto de 2015, mediante cesárea, producto gemelar I, del sexo masculino, con peso de 810 gramos, calificación de Apgar 6/8 y Silverman-Andersen 0/0.

96.2. Nota de ingreso a “*cunas*” de 20 de agosto de 2015, en la que AR18 reportó a VRN4 con datos de dificultad respiratoria leve y riesgo de “*sepsis*”

por maniobras de reanimación". Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

96.3. Nota de evolución de 24 de agosto de 2015, en la que AR14 reportó a VRN4 con hipoglucemia, leucocitosis (aumento de leucocitos) y mejoría en las cifras de plaquetas y glucosa confirmada con los resultados de laboratorio, por lo cual ordenó un hemocultivo que salió negativo.

96.4. Nota de evolución de 25 de agosto de 2015, AR14 indicó que VRN4 presentó disminución importante de leucocitos y plaquetas, por lo que ordenó la transfusión de plasma fresco con observación estrecha.

96.5. Nota de evolución nocturna del 25 de agosto de 2015, en la que AR18 indicó que VRN4 pudiera ameritar ventilación mecánica ante los datos de "*sepsis neonatal temprana*" (presentada dentro de las 6 horas posteriores al parto) evidenciada por laboratorio como leucopenia, trombocitopenia y "*PCR*" elevada (proteína "C" reactiva, útil para la identificación de gérmenes microscópicos causantes de enfermedades) y pese a que el hemocultivo salió negativo, requirió una radiografía de abdomen para descartar enterocolitis necrotizante "*ECN*" (enfermedad intestinal grave en recién nacidos). Omitió matrícula y/o cédula profesional.

96.6. Nota de evolución de 29 de agosto de 2015, en la que AR20 intubó a VRN4 sin complicaciones. Omitió nombre completo y firma.

96.7. Nota post defunción en la cual SP8 indicó que VRN4 falleció a las 05:50 horas del 1º de septiembre de 2015, datos que asentó en el certificado de defunción correspondiente.

96.8. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN4.

- **VRN5, hijo de V6.**

97. Expediente clínico de VRN5, hijo de V6, con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

97.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN5 nació a las 16:57 horas del 20 de agosto de 2015, mediante cesárea, producto de embarazo gemelar, del sexo masculino, con peso de 1,550 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman-Anderson 0/0.

97.2. Nota de ingreso a “*cunas*” de 20 de agosto de 2015, en la que AR18 reportó a VRN5 estable, con doble esquema de antibiótico y sin alteraciones aparentes. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

97.3. Nota de evolución del 26 de agosto de 2015, en la que AR14 indicó que VRN5 cursaba con dificultad respiratoria mientras su ultrasonido transfontanelar (ecografía a través de los espacios entre los huesos del cráneo) evidenció hemorragia de la placa germinal del tercer ventrículo y

de las astas frontales, esto es, a nivel intracerebral. Omitió nombre, matrícula y/o cédula profesional.

97.4. Nota de evolución de 27 de agosto de 2015, en la que AR14 indicó ajuste al tratamiento de antibiótico de VRN5, le dio seguimiento a la hemorragia interventricular y ordenó la reinstalación de un catéter percutáneo. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

97.5. Nota de evolución nocturna del 30 de agosto de 2015, en la que AR18 reportó a VRN5 delicado con pronóstico reservado a evolución. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

97.6. Nota de evolución de 1º de septiembre de 2015, en la cual AR14 reportó a VRN5 con pico febril (aumento de temperatura), en ayuno y que solicitó transfusión de plasma y concentrado plaquetario. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

97.7. Nota de evolución de 2 de septiembre de 2015, en la que AR14 reportó que VRN5 continuaba con dificultad respiratoria y a las 18:00 horas, AR16 lo diagnosticó con "*sepsis neonatal tardía sin germen aislado*". Omitió matrícula y/o cédula profesional.

97.8. Nota de cirugía pediátrica de las 11:45 horas del 3 de septiembre de 2015, en la cual SP1 indicó que VRN5 presentaba datos clínicos y radiológicos compatibles con enterocolitis necrotizante "*ECN*" en estadio I (enfermedad intestinal grave en bebés con bajo peso).

97.9. Nota de evolución vespertina del 3 de septiembre de 2015, en la cual AR16 reportó que los estudios de laboratorio de VRN5 evidenciaron “*trombocitopenia severa*” (bajo nivel de plaquetas). Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional y firma.

97.10. Nota de evolución nocturna del 4 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que VRN5 presentaba “*sepsis neonatal tardía*” y el 5 de ese mismo mes y año, AR23 y AR27 le colocaron un catéter venoso central por venodisección para soluciones intravenosas y nutrición parenteral.

97.11. Nota de evolución nocturna de 6 de septiembre de 2015, en la que AR21 reportó a VRN5 con datos francos de “*sepsis severa*”. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

97.12. Nota de alta de servicio de “*cuneros*” por defunción de 8 de septiembre de 2015, en la cual AR14 indicó que VRN5 falleció a las 02:22 horas de ese mismo día.

97.13. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN5.

- **VRN8, hijo de V9.**

98. Expediente clínico de VRN8 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

98.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN8 nació a las 17:42 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea por hipomotilidad fetal (pérdida de bienestar fetal) y bradicardia fetal (por debajo de cien latidos por minuto), del sexo masculino, con peso de 2,150 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 3/3.

98.2. Nota de ingreso al servicio de “*medicina interna*”, de 29 de agosto de 2014 (*sic*), en la cual AR22 indicó que el motivo por el cual VRN8 ingresó fue por haber presentado al momento de su nacimiento bradipnea (disminución de la frecuencia respiratoria) y dificultad de adaptación al medio ambiente, con signos vitales por debajo de los percentiles para su edad y “*síndrome dismórfico en pared torácica con tórax en quilla y deformidad en hemitórax izquierdo*”.

98.3. Nota de evolución nocturna del 30 de agosto de 2015, en la que AR18 reportó que los estudios de laboratorio de VRN8 evidenciaron que presentaba hipoglucemia severa e hiperkalemia (elevación de potasio), por lo cual se lo reportó grave con pronóstico reservado a evolución. Omitió nombre completo y firma.

98.4. Nota de evolución de 4 de septiembre de 2015, en la que AR14 reportó a VRN8 con datos de “*sepsis*”, por lo que requería manejo en la UCIN ante su inestabilidad con tendencia al deterioro. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional y firma.

98.5. Nota de evolución de 5 de septiembre de 2015, en la cual AR23 ordenó que a VRN8 se le diera nutrición parenteral y vigilancia estrecha.

98.6. Nota de evolución de 7 de septiembre de 2015, en la que el AR14 reportó a VRN8 en malas condiciones generales con datos de hipoxia severa (afección en la que el oxígeno es insuficiente), saturación de oxígeno de 65%, taquicárdico y mal llenado capilar, por lo cual le transfundió concentrados plaquetarios y modificó el esquema de antibióticos, refiriéndolo muy grave con alto riesgo de complicaciones a corto plazo. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

98.7. Nota de evolución de las 12:00 horas del 8 de septiembre de 2015, en la que AR14 indicó que realizó a VRN8, aféresis plaquetaria (cuando se le conecta vía venosa a una máquina separadora de células) por haber presentado un día previo sangrado gástrico activo por cánula endotraqueal (catéter que se inserta en la tráquea), reportándolo con datos de choque séptico (sepsis severa sin respuesta a la utilización de líquidos de reanimación) y falla orgánica múltiple (falla de dos o más sistemas orgánicos que no pueden mantenerse en tratamiento). Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

98.8. Nota de egreso por defunción en la que AR16 reportó el fallecimiento de VRN8 a las 02:10 AM del 9 de septiembre de 2015 y señaló como

causas de su fallecimiento, “*choque mixto (12 horas) y sepsis severa (2 días)*”.

- **VRN11, hijo de V13.**

99. Expediente clínico de VRN11 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, de la cual se destacó lo siguiente:

99.1. Hoja del recién nacido en la cual se advirtió que VRN11 nació a las 03:25 horas del 19 de agosto de 2015, producto de embarazo gemelar, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro, del sexo masculino, con peso de 1,250 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1.

99.2. Nota de ingreso a cunas de 19 de agosto de 2015, en la que AR21 indicó que VRN11 ingresó por síndrome de dificultad respiratoria, prematuro extremo y peso bajo al nacer. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

99.3. Nota de evolución del 19 de agosto de 2015, en la que AR14 reportó a VRN11 con hipotermia (disminución de la temperatura). Omitió nombre completo.

99.4. Nota de evolución nocturna del 25 de agosto de 2015, en la que AR18 indicó que a VRN11 se le realizaría una radiografía de abdomen por probable enterocolitis necrotizante “*ECN*” y ordenó laboratorios de control para descartar sepsis neonatal (síndrome caracterizado por signos y síntomas de infección

sistémica y se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida), con pronóstico reservado a evolución.

99.5. Nota de evolución del 31 de agosto de 2015, en la que AR16 reportó a VRN11 en malas condiciones generales, por lo cual ordenó su valoración en terapia intensiva neonatal.

99.6. Nota de ingreso a la UCIN del 31 de agosto de 2015, en la que AR24 reportó que VRN11 ingresó con diagnóstico de: *“recién nacido pretérmino de 32.5 semanas de gestación, gemelo I, probable enterocolitis necrotizante, apnea obstructiva [aunque realice movimientos respiratorios, no existe movimiento de aire entre nariz y boca] y probable sepsis”*. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

99.7. Nota de evolución de 31 de agosto de 2015, en la cual AR25 reportó a VRN11 muy grave con signos clínicos y alteraciones hematológicas sugestivas de *“sepsis”*.

99.8. Nota de evolución matutina sin hora, del 1º de septiembre de 2015, en la que AR26 reportó a VRN11 en malas condiciones generales.

99.9. Nota de alta (sic) en la que AR26 reportó que VRN11 falleció a las 10:00 horas del 2 de septiembre de 2015.

99.10. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN11.

- **VRN12, hijo de V13.**

100. Expediente clínico de VRN12 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

100.1. Hoja del recién nacido de la que se advirtió que VRN12 nació a las 03:27 horas del 19 de agosto de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro, producto de embarazo gemelar, del sexo masculino, con peso de 1,375 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1.

100.2. Nota de ingreso a cunas de 19 de agosto de 2015, en la cual AR21 indicó que VRN12 ingresó por probable síndrome de dificultad respiratoria y prematuro extremo, para su vigilancia y ganancia ponderal (aumento de peso).

100.3. Nota de evolución del 19 de agosto de 2015, en la que AR14 reportó que VRN12 cursaba con dificultad respiratoria de leve a moderada, por lo que ordenó vigilancia estrecha ante el riesgo de algún proceso inflamatorio sistémico. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

100.4. Nota de evolución de 29 de agosto de 2015, en la que AR17 reportó a VRN12 clínicamente estable y el 30 del mismo mes y año, lo refirió que cursaba con “*sepsis sin germen aislado*”, reportándolo muy grave con riesgo alto de muerte. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

100.5. Nota de egreso por defunción de las 20:20 de 30 de agosto de 2015, en la que AR17 indicó que VRN12 falleció a las 19:30 horas de ese mismo día. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

- **VRN15, hijo de V16.**

101. Expediente clínico de VRN15, hijo de V16 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

101.1. Hoja del recién nacido de la que se advirtió que VRN15 nació a las 16:55 horas del 30 de agosto de 2015, mediante cesárea ante la preeclampsia severa de V16 y oligohidramnios severo (falta de líquido amniótico), del sexo masculino, con peso de 1,450 gramos, calificación de Apgar 8/9, Siverman Andersen 2/2.

101.2. Nota nocturna de 2 de septiembre de 2015, en la que AR21 diagnosticó a VRN15 con enterocolitis necrosante “ENC” estadio I.

101.3. Nota de evolución nocturna de 4 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que los estudios de laboratorio reportaron a VRN15 con datos de “*sepsis neonatal temprana*”. Omitió nombre completo y firma.

101.4. Nota de evolución de 5 de septiembre de 2015, en la cual AR23 indicó que apreció a VRN15 sin datos de dificultad respiratoria, abdomen con peristalsis presente, por lo cual indicó el inicio de la vía oral con

microestimulación y vigilancia en caso de dificultad respiratoria, nutrición parenteral, así como la colocación de un catéter percutáneo.

101.5. Nota médica de 8 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que VRN15 presentaba respiración periódica (episodios en los que la respiración es irregular) y lo reportó con alto riesgo de que progresara la dificultad respiratoria y requiriera ventilación mecánica.

101.6. Nota de evolución de 10 de septiembre de 2015, en la que AR14 indicó que le transfundió a VRN15 aféresis plaquetaria a chorro, plasma fresco, así como le realizó un hemocultivo y una radiografía de abdomen. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

101.7. Nota de evolución de 12 de septiembre de 2015, en la que AR27 reportó a VRN15 con datos clínicos y bioquímicos francos de “sepsis”. Omitió nombre completo y firma.

101.8. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la cual se reportó que VRN15 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN15, HIJO DE V16.	
Motivo principal del ingreso.	Bajo peso (3,350 gramos) y riesgo de sepsis por ruptura prematura de membrana.
Diagnóstico de ingreso.	Recién nacido de 33 semanas de gestación con riesgo de infección por la ruptura de membrana.
Fecha de detección del “IN”	10 de septiembre de 2015.

(infección nosocomial).	
Fecha de inicio de los síntomas.	3 de septiembre de 2015
Tipo de infección nosocomial.	Bacteriemia no demostrada en niños.
Síntomas.	Fiebre, taquipnea, calofrío, taquicardia, ictericia y eucitosis.
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Venoclisis brazo izquierdo Fecha de aplicación: 8 de septiembre de 2015
	Sonda orogástrica "SOG" sin fecha
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: hemocultivo
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Vancomicina, fecha de inicio 3 de septiembre de 2015. Vía de admisión: intravenosa
	Meropenem, fecha de inicio 8 de septiembre de 2015. Vía de admisión: intravenosa

101.9. Certificado de defunción de VRN15, en el cual AR27 indicó que falleció a las 04:15 horas del 13 de septiembre de 2015 y señaló como causa de su defunción, "*choque séptico, enterocolitis necrotizante y sepsis temprana*". Documento ilegible.

101.10. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN15.

- **VRN18, hijo de V19.**

102. Expediente clínico de VRN18, con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

102.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN18 nació a las 03:40 horas del 9 de septiembre de 2015, del sexo masculino, mediante parto eutócico (parto normal), del sexo masculino, con peso de 2,450 gramos, calificación de Apgar 7/8 y Silverman Andersen 2/3.

102.2. Nota de ingreso a “*cunas*” de 9 de septiembre de 2015, en la que AR19 indicó VRN18 ingresó con ventilación mecánica asistida e intubación orotraqueal. Omitió nombre, firmas, matrícula y/o cédula profesional.

102.3. Nota de evolución nocturna de 11 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que VRN18 presentaba datos de “*sepsis neonatal*” como leucocitosis, hiperbilirrubinemia, hiperkalemia, hiponatremia (nivel bajo de sodio) y PCR elevada, confirmados por estudios de laboratorio.

102.4. Nota médica de las 12:00 horas del 11 de septiembre de 2015, en la que AR14 reportó a VRN18 con “*sepsis*”, datos de falla renal y desequilibrio hidroelectrolítico. Omitió nombre, firmas, matrícula y/o cédula profesional.

102.5. El resultado del estudio de hemocultivo de VRN18, de 11 de septiembre de 2015, dio negativo.

102.6. Nota médica del 12 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que VRN18 cursaba su tercer día de vida extrauterina con datos de dificultad respiratoria y frecuencias respiratorias de 80 por minuto (elevadas). Omitió nombre completo, firmas, matrícula y/o cédula profesional.

102.7. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN18.

102.8. El 10 de noviembre de 2015, el IMSS informó a este Organismo Nacional que el 13 de septiembre de 2015, VRN18 presentó un paro cardiorrespiratorio sin que respondiera a las maniobras de reanimación, por lo que se declaró como hora de su fallecimiento las 05:53 horas e indicó como causa de su muerte, *“enfermedad de la membrana hialina, prematuridad, sepsis severa e hiperbilirrubinemia”*.

- **VRN21, hijo de V22.**

103. Expediente clínico de VRN21 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

103.1. Hoja del recién nacido en la cual se advirtió que VRN21 nació a las 21:29 horas del 30 de agosto de 2015, mediante intraparto por preeclampsia severa, diabetes mellitus tipo 2 e infección de vías urinarias materna activa, del sexo masculino, con peso de 1,790 gramos, calificación de Apgar 8/9, Silverman Andersen 1/1.

103.2. Nota de ingreso a *“cunas”* del 30 de agosto de 2015, en la que AR18 indicó que VRN21 ingresó para vigilancia del patrón respiratorio y terapia antibiótica con venoclisis en antebrazo izquierdo por dificultad respiratoria y el

riesgo de “sepsis” por infección de vías urinarias materna activa. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

103.3. Nota médica del 1º de septiembre de 2015, en la cual AR19 reportó que VRN21 presentó “*poliglobulia*”, esto es, aumento en las cifras de hemoglobina, por lo cual se le colocó un catéter venoso umbilical. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

103.4. En las indicaciones del 1º de septiembre de 2015, AR16 indicó que VRN21 permaneciera en ayuno y se le realizaran estudios de laboratorio y una radiografía toracoabdominal, así como se le aplicara fototerapia (tratamiento médico con luz artificial o natural).

103.5. Nota de evolución de 2 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que VRN21 se encontraba estable dentro de su gravedad.

103.6. Nota de 2 de septiembre de 2015, en la que AR19 indicó que reajustó el esquema de antibióticos a VRN21, a quien dejó con doble esquema (ampicilina y amikacina). Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional).

103.7. Nota de alta por defunción en la que AR16 indicó que VRN21 falleció a las 06:00 horas del 3 de septiembre de 2015 y asentó como causa de su fallecimiento, “*choque séptico y poliglobulia*”.

103.8. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN21.

- **VRN24, hijo de V27.**

104. Expediente clínico de VRN24 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

104.1. Hoja del recién nacido en la se advirtió que VRN24 nació a las 11:15 horas del 3 de septiembre de 2015, producto de embarazo múltiple (trillizo l), mediante cesárea, del sexo masculino, con peso de 1,815 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 2/2.

104.2. Nota de ingreso a “*cuneros*” de 3 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que el diagnóstico de VRN24 fue: “*recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria pb. tipo 1 (1 dosis de surfactante), riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna*”. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

104.3. Nota de evolución de 9 de septiembre de 2015, en la que AR14 indicó que VRN24 continuaría con doble esquema antibiótico e inicio de la vía oral con leche materna por sonda orogástrica “SOG”. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

104.4. Nota de evolución de 10 de septiembre de 2015, en la que AR14 indicó que VRN24 se encontraba con “*CPAP nasal*” (corriente de aire que mantiene abierta la vía aérea superior) y fototerapia con lámpara de

halógeno, cuyo hemocultivo “(...) *reporta infección nosocomial*” (sic). Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

104.5. Nota de evolución del 11 de septiembre de 2015, en la que AR16 refirió que intubó a VRN24, lo dejó con ventilación mecánica y solicitó su valoración por terapia intensiva neonatal. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

104.6. Nota de evolución del 12 de septiembre de 2015, en la que AR28 reportó que VRN24 se encontraba muy inestable hemodinámicamente. Omitió nombre completo y firma.

104.7. Nota de alta por defunción en la que AR18 indicó que VRN24 falleció a las 02:20 horas del 14 de septiembre de 2015, así como estableció como causa de su muerte: “*choque séptico, sepsis neonatal tardía y enterocolitis necrotizante*”.

104.8. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN24.

- **VRN26, hijo de V27.**

105. Expediente clínico de VRN26 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

105.1. Hoja del recién nacido en la que se determinó que VRN26 nació a las 11:19 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea, producto de un embarazo múltiple (trillizo III), del sexo masculino, con peso de 1,500 gramos, calificación Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 2/2.

105.2. Nota de ingreso a “*cuneros*” del 3 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que el ingreso de VRN26 a dicha área, fue para manejo y vigilancia estrecha. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

105.3. Nota de evolución del 4 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que el estudio de laboratorio de VRN26 evidenció discreta elevación de leucocitos e hipoglucemia, así como leve infiltrado reticular compatible con taquipnea transitoria del recién nacido (aumento de la frecuencia respiratoria).

105.4. Nota de evolución del 5 de septiembre de 2015, en la que AR33 ordenó que a VRN26 se le pusiera oxígeno por casco cefálico e indicó que la gasometría que se le realizó lo reportó con acidosis mixta severa.

105.5. Nota de evolución del 6 de septiembre de 2015, en la cual AR21 reportó a VRN26 muy grave con alto riesgo de requerir fase III de la ventilación.

105.6. Nota de evolución de 11 de septiembre de 2015, en la cual AR18 reportó a VRN26 con leve dificultad respiratoria.

105.7. Nota de evolución del 14 de septiembre de 2015, en la que AR14 indicó que los resultados de los estudios de laboratorios de VRN26, lo reportaron con elevación de *“leucocitos, plaquetopenia y PCR elevada”*, por lo que inicio triple esquema de antibiótico. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

105.8. El 15 de septiembre de 2015, AR33 reportó a VRN26 con datos de respuesta inflamatoria sistémica. Omitió nombre completo y firma.

105.9. Nota médica del 17 de septiembre de 2015, en la cual AR16 reportó a VRN26 con dificultad respiratoria leve con retracción suprainfantil y tiros intercostales medio bajos, campos pulmonares con rudeza respiratoria, aun sin resultado de hemocultivo. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

105.10. Nota de cirugía pediátrica del 17 de septiembre de 2015, en la que AR29 indicó que a VRN26 se le colocó un catéter central por venodisección sin complicaciones. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

105.11. Nota de ingreso a la UCIN del 20 de septiembre de 2015, en la que AR15 señaló que VRN26 presentaba choque séptico con el antecedente infeccioso y el deterioro con trombocitopenia persistente (disminución del número de plaquetas lo que trae como consecuencia aumento en el riesgo de sangrado).

105.12. Nota de evolución sin fecha en la que AR30 indicó que VRN26 presentó un paro cardiorrespiratorio, reportándolo con extrema gravedad por choque séptico refractario al manejo médico y porcentaje de mortalidad del 80%.

105.13. Resumen clínico del 21 de septiembre de 2015 sin hora, en el cual AR26 informó que VRN26 presentó cuatro paros cardíacos, por lo que declaró la hora de su fallecimiento a las 11:30 horas y estableció como causas de su muerte: *“hemorragia intraventricular, choque séptico, sepsis sin germen aislado y prematurez”*. Omitió firma.

105.14. Resultados de la biometría hemática de VRN26 de las 08:34 horas del 21 de septiembre de 2015.

105.15. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la cual se reportó que VRN26 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN26, HIJO DE V27	
Motivo principal del ingreso.	Enviado de tococirugía.
Diagnóstico de ingreso.	Recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para su edad gestacional, trillizo III, cesárea, preeclampsia, riesgo de infección de sepsis por infección de vías urinarias materna activa.
Fecha de detección del “IN” (infección nosocomial).	18 de septiembre de 2015.

Fecha de inicio de los síntomas.	7 de septiembre de 2015
Tipo de infección nosocomial.	Infección del torrente sanguíneo.
Síntomas.	Leucocitos elevados, taquicardia e hipotermia.
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Venoclisis brazo derecho. Fecha de aplicación: 17 de septiembre de 2015.
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: hemocultivo, pendiente resultado.
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Vancomicina, fecha de inicio 14 de septiembre de 2015. Vía de admisión: intravenosa
	Ciprofloxacino, fecha de inicio 14 de septiembre de 2015. Vía de admisión: intravenosa

105.16. Nota de alta de 21 de septiembre de 2015, en la que AR26 indicó que VRN26 “egresó” por anemia, hiperbilirrubinemia multifactorial (ictericia), “sepsis sin germen aislado”, choque séptico y hemorragia intraventricular. Certificado de defunción ilegible.

105.17. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN26.

- **VRN44, hija de V45.**

106. Expediente clínico de VRN44 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

106.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN44 nació a las 22:33 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea, del sexo femenino, con peso de 4,370, calificación de Apgar 6/6 y Silverman Andersen 1/2.

106.2. Nota de ingreso a “*cunas*” del 29 de agosto de 2015, en la que AR31 indicó que VRN44 ingresó por “*prematuro extremo*”, con baja expansión a la ventilación, bajo tono e intensidad. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

106.3. Nota de evolución del 2 de septiembre de 2015, en la que reportó a VRN44 con fiebre de 38.2°C, acrocianosis (dedos de las manos y pies fríos y azulados) y taquicardia, evidenciando los resultados de sus estudios de laboratorio la presencia de plaquetopenia (disminución de plaquetas en la sangre), leucopenia (disminución de leucocitos en la sangre) y PCR alto. Nombre, firma y hora ilegible, omitió matrícula y/o cédula profesional.

106.4. Nota de evolución nocturna del 2 de septiembre de 2015, en la que AR31 refirió que VRN44 presentaba “*sepsis severa*” con datos de respuesta inflamatoria sistémica. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

106.5. Nota de evolución del 4 de septiembre de 2015, en la que AR18 indicó que estudios de laboratorio de VRN44, la reportaron con datos de “*sepsis neonatal temprana*”. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

106.6. Nota de evolución del 4 de septiembre de 2015, en la cual AR32 señaló que los estudios de laboratorio de VRN44 la reportaron con elevación de leucocitos y plaquetopenia severa. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

106.7. Nota de evolución vespertina del 8 de septiembre de 2015, en la cual AR16 precisó que VRN44 presentaba “*sepsis neonatal sin germen aislado*” de un día, con datos de deterioro clínico y laboratorial, por lo cual le colocó un catéter venoso central. Omitió firma.

106.8. Nota de evolución nocturna del 9 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que VRN44 presentaba datos de “*sepsis severa*”, deterioro general y trombocitopenia. Omitió firma.

106.9. Nota de evolución del 10 de septiembre de 2015, en la que AR32 ordenó la realización de un hemocultivo a VRN44. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

106.10. Nota de evolución del 14 de septiembre de 2015, en la cual AR16 indicó que los estudios de laboratorio de VRN44, indicaron mejoría, sin embargo, le realizaron nuevos cultivos debido a que continuó con datos de “*sepsis*”. Omitió nombre completo, firma.

106.11. Nota de evolución nocturna del 16 de septiembre de 2015, en la que AR21 ordenó que VRN44 ingresara a la UCIN. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

106.12. Nota de evolución matutina de “*cuneros*” del 16 de septiembre de 2015, en la que AR33 advirtió a VRN44 con evolución tórpida hacia el deterioro de sus condiciones generales, hemato-infeccioso la reportó con muy mala evolución, muy grave e inestable.

106.13. Nota de defunción de VRN44 en la que AR31 indicó que falleció a las 02:15 horas del 17 de septiembre de 2015 y estableció que la causa de su fallecimiento: “*choque séptico 1 día, neumonía 3 días, sepsis neonatal temprana 15 días, taquipnea transitoria del recién nacido 18 días asociados a asfixia perinatal leve (...)*”. Omitió nombre, matrícula y/o cédula profesional con firma ilegible.

106.14. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN44.

106.15. El 10 de septiembre de 2015, el área de laboratorio indicó que el resultado del hemocultivo realizado a VRN44 fue negativo, sin embargo, el que le fue realizado el 14 de ese mismo mes y año, dio positivo al desarrollo de “*klebsiella oxytoca*” con antibiograma.

- **VRN49, hijo de V50.**

107. Expediente clínico de VRN49 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

107.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN49 nació a las 06:33 horas del 28 de agosto de 2015, mediante cesárea, del sexo masculino, con peso de 2,405, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/2.

107.2. Nota de ingreso a “*cunas*” del 28 de agosto de 2015, en la cual se reportó a VRN49 como recién nacido de pretérmino de 34 semanas de gestación, peso grande (sic) para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable enfermedad de membrana hialina, riesgo de “*sepsis*” por ruptura prematura de membranas de 13 horas y madre hipotiroidea.

107.3. Nota de evolución del 29 de agosto de 2015, en la que AR17 ordenó vigilancia estrecha de la dificultad respiratoria de VRN49. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

107.4. Nota de evolución del 2 de septiembre de 2015, en la que cual AR14 reportó a VRN49 con datos clínicos de choque séptico. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

107.5. Nota de evolución de las 17:00 horas del 2 de septiembre de 2015, en la que AR16 reportó a VRN49 con datos de probable coagulopatía (sangrado de

zonas de venopunciones y de punciones arteriales en zonas radiales con hematomas y equimosis en un dedo de la mano), acidosis metabólica parcialmente descompensada, disfunción ventricular y al parecer *“displasia valvular no especificada”*.

107.6. Nota de defunción de 3 de septiembre de 2015, en la cual AR25 indicó que VRN49 presentó un paro cardiaco, sin que respondiera a las maniobras de reanimación avanzada, por lo que declaró su fallecimiento a las 01:30 horas. Omitió nombre, firma, matrícula y/o cédula profesional.

107.7. Certificado de defunción de VRN49 en el cual AR26 estableció como causa de su fallecimiento: *“choque séptico 10 horas, síndrome de dificultad respiratoria 6 días, recién nacido de pretérmino 6 días, sepsis neonatal”*.

107.8. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN49.

- **VRN61, hijo de V62.**

108. Expediente clínico de VRN61 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

108.1. Certificado de nacimiento en el que se advirtió que VRN61 nació el 30 de agosto de 2015 a las 14:35 horas, mediante parto eutócico (normal), del sexo masculino, de 37 semanas de gestación, con peso de 2,400 gramos y calificación de Apgar 8/9.

108.2. Hoja de referencia y contrarreferencia del 1° de septiembre de 2015, en la cual personal médico del Hospital Pediátrico de Sinaloa “*Dr. Rigoberto Aguilar Pico*” diagnosticó a VRN61 con hipoglicemia y “*poliglobulia*” en estudio, lo que amerito su traslado al Hospital Regional 1.

108.3. Hoja de urgencias pediátricas del Hospital Regional 1, de 1° de septiembre de 2015, en la cual se ordenó el ingreso de VRN61 a “*cunas*”.

108.4. Nota de ingreso a “*cuneros*” sin fecha ni hora, en la que se reportó a VRN61 con dificultad respiratoria leve, hipoglucemia y “*poliglobulia*” en estudio.

108.5. Nota de evolución nocturna de las 23:30 horas en la cual AR21 refirió que VRN61 se encontraba potencialmente infectado por traslado y con plaquetas bajas. Se advirtió sin fecha y se omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

108.6. Nota de evolución de 3 de septiembre de 2015, en la cual se reportó que VRN61 se encontraba en mal estado general, muy grave con alto riesgo grado de complicaciones. Datos ilegibles.

108.7. Nota de evolución de 4 de septiembre de 2015, en la que el AR14 reportó a VRN61 con ictericia por lo cual ordenó se le aplicara fototerapia. Omitió nombre completo y firma.

108.8. Nota de evolución de las 17:30 horas de 4 de septiembre de 2015, en la que AR16 reportó a VRN61 con trombocitopenia severa, leucopenia y neutropenia (glóbulos blancos bajos).

108.9. Nota de evolución de 5 de septiembre de 2015, en la cual AR23 indicó que a VRN61 se le mantuvo en vigilancia estrecha debido a que contaba con criterio para *“sepsis”*. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cedula profesional.

108.10. Nota de evolución de 6 de septiembre de 2015, en la cual AR23 indicó que VRN61 mostró deterioro clínico, por lo cual requería su manejo en la UCIN, *“sin que hubiera cupo”*.

108.11. Nota de procedimiento de 8 de septiembre de 2015, en la que AR34 refirió que le colocó a VRN61 venodisección en la yugular interna derecha sin complicaciones y solicitó radiografía de tórax de control. Datos ilegibles.

108.12. Nota de guardia de 8 de septiembre de 2015, en la cual AR35 reportó a VRN61 con proceso infeccioso generalizado.

108.13. Nota de egreso por defunción de VRN61 de 13 de septiembre de 2015, en la cual AR15 indicó como hora de su fallecimiento las 10:30 horas y estableció como causas de la muerte: *“choque séptico, sangrado de tubo digestivo alto, crisis convulsivas y sepsis neonatal”*.

108.14. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN61.

108.15. En la hoja de registro de pacientes hospitalizados de 1º de septiembre de 2015, se diagnosticó a VRN61 con *“sepsis/policitemia”*.

❖ **Expediente clínico de VRN25, hija de V27, quien compartió el área de *“cunero patológico”* en el período del *“brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación”* reportado por el IMSS.**

109. Expediente clínico de VRN25, hija de V27, con motivo de la atención médica proporcionada en el Hospital Regional 1, del que se destacó lo siguiente:

109.1. Hoja de recién nacido en la que se determinó que VRN25 nació a las 11:15 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea, producto de un embarazo múltiple (trilliza II), del sexo femenino, con peso de 1,825 gramos, calificación de Apgar 7/9 y Silverman Andersen 0/2/4, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, cesárea por embarazo múltiple (3), preeclampsia severa, apnea secundaria recuperada, síndrome de dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina, riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna”*, por lo cual ingresó a la UCIN para seguimiento estrecho y recabar estudios de laboratorio.

109.2. Nota médica de 3 de septiembre de 2015, personal médico de quien se desconocen datos, reportó a VRN25 con riesgo de *“sepsis”*.

109.3. Nota de 4 de septiembre de 2015, en la que SP6 indicó que VRN25 cursaba con fase III de ventilación (intubada), hipoactiva, reactiva con distensión abdominal, fontanela normotensa, con doble esquema antimicrobiano, lo que ameritó la colocación de un catéter percutáneo, y ordenó la vigilancia de datos de respuesta inflamatoria sistémica.

109.4. El 5 de septiembre de 2015, SP5 reportó a VRN25 con fiebre de 38 grados centígrados probablemente asociado a la “*cuna*”, sin datos clínicos francos de respuesta inflamatoria sistémica, lo que ameritó vigilancia estrecha.

109.5. El 6 de septiembre de 2015, AR15 indicó que VRN25 se encontraba afebril, sin datos clínicos francos de respuesta inflamatoria sistémica, cuyos resultados de laboratorio la reportaron con parámetros normales.

109.6. El 7 de septiembre de 2015, AR25 indicó que VRN25 cursaba el cuarto día de edad, en ayuno, con nutrición parenteral, reactiva, coloración rosada e indicó se continuara con fototerapia ante sus bilirrubinas altas.

109.7. El 8 de septiembre de 2015, SP6 indicó que VRN25 estaba en fase I de ventilación, inició estimulación enteral con leche materna, campos pulmonares con buena entrada de aire bilateral estertores bronquiales bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, con pronóstico reservado a evolución.

109.8. El 10 de septiembre de 2015, AR25 apreció a VRN25 con signos vitales normales, buena tolerancia a la alimentación enteral y nutrición parenteral.

109.9. Nota de evolución de 10 de septiembre de 2015, en la que AR16 indicó que VRN25 ingresó al servicio de “*cunas*” procedente de la UCIN por mejoría y la diagnosticó como: “*recién nacido de pretérmino de 32 semanas de gestación, trillizo 2, síndrome de dificultad respiratoria, potencialmente infectada por infección de vías urinarias materna, hijo (sic) de madre preecláptica y enterocolitis necrotizante estadio I*”.

109.10. Nota de egreso de 22 de septiembre de 2015, en la cual AR16 ordenó el egreso a su domicilio de VRN25 dada su notable mejoría, con manejo y vigilancia en la consulta externa de pediatría.

❖ **Expedientes clínicos de las personas recién nacidas que no se encuentran en el período del “*brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación*” al mismo.**

- **VRN36, hija de V37.**

110. Expediente clínico de VRN36 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

110.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN36 nació a las 05:10 horas del 12 de julio de 2015, mediante cesárea, del sexo femenino,

con peso de 1,330 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Siverman-Andersen 1/1.

110.2. Nota de ingreso a “*cunas*” de 12 de julio de 2015, en la que el AR23 reportó a VRN36 sin datos de dificultad respiratoria y con buena respuesta a estímulos.

110.3. Nota de evolución de 14 de julio de 2015, en la cual AR14 ordenó que VRN36 iniciara la vía oral por succión y posteriormente por sonda orogástrica con técnica de residuo gástrico con leche materna o fórmula y se le aplicara fototerapia. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

110.4. Nota de evolución de 19 de julio de 2015 en la cual AR28 ordenó que a VRN36 le fueran suspendidos los medicamentos y soluciones parenterales, así como se le retirara la fototerapia y oxígeno complementario. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

110.5. Nota médica sin fecha ni hora, en la cual AR16 ordenó vigilancia y monitorización estrecha de la evolución de VRN36.

110.6. Nota de evolución de 21 de julio de 2015, en la que AR28 le suspendió a VRN36 la alimentación vía oral y le colocó un acceso venoso para soluciones parenterales. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

110.7. Nota de evolución de 22 de julio de 2015, en la cual el AR28 reportó a VRN36 con datos de “*sepsis*”. Omitió firma, matrícula y/o cédula profesional.

110.8. Nota de evolución vespertina del 22 de julio de 2015, en la cual AR16 diagnosticó a VRN36 con “*sepsis neonatal sin germen aislado*”. Omitió firma.

110.9. Nota de evolución de 24 de julio de 2015, en la cual AR28 solicitó la valoración de VRN36 por la UCIN. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

110.10. Nota de defunción de 25 de julio de 2015, en la cual SP2 indicó que VRN36 falleció a las 23:45 del 24 de ese mismo mes y año, y como causa de su muerte estableció: “*choque séptico, sepsis sin germen aislado y prematuridad*”.

110.11. Certificado de defunción ilegible.

- **VRN52, hija de V53.**

111. Expediente clínico de VRN52 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

111.1. Hoja de recién nacido en la que se señaló que VRN52 nació el 18 de julio de 2015, a las 06:53 horas, del sexo femenino, con peso de 1,710 gramos, calificación de Apgar 6/8 y Silverman Andersen 3-3.

111.2. Nota de ingreso a “*cunas*” del 18 de julio de 2015, en la cual se le diagnosticó a VRN52 con “*síndrome de distres respiratorio en evolución*”. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

111.3. El IMSS no remitió las notas médicas posteriores al ingreso de VRN52 a “*cunas*”, no obstante, del dictamen médico institucional 172/2016 emitido por la *CONAMED*, se desprendió lo siguiente:

111.3.1. El 19 de julio de 2015, VRN52 inició estímulo enteral y fototerapia simple.

111.3.2. El 23 de julio de 2015, a VRN52 se le diagnosticó con bilirrubina fuera de parámetros normales.

111.3.3. El 26 de julio de 2015, VRN52 presentó pausas respiratorias con tendencia a la “*acidosis metabólica*”, también se le reportó con “*sepsis sin germen aislado*” y cobertura para hongos por “*PCR*” negativa, misma fecha en que personal de enfermería la refirió con períodos de apnea y dificultad respiratoria moderada por la noche.

111.3.4. El 29 de julio de 2015, se le suspendió la fototerapia por mejoría clínica y estudios de laboratorio.

111.3.5. El 9 de agosto de 2015, se solicitó la interconsulta de VRN52 por cardiología ante probable persistencia del conducto arterioso, lo cual se descartó.

111.3.6. El 18 de agosto de 2015, el área de oftalmología, diagnosticó a VRN52 con retinopatía del prematuro en zona II ambos ojos.

111.4. Nota de Alta de 26 de agosto de 2015, en la que la AR19 ordenó el egreso de VRN52 a su domicilio con cita a pediatría, a oftalmología y en su caso a urgencias.

111.5. Hoja de referencia-contrarreferencia a oftalmología de 8 de septiembre de 2015, en la que una persona especialista en oftalmología diagnosticó a VRN52, con retinopatía del prematuro “ROP” II, en zona II en ojo derecho y en ojo izquierdo “ROP” II-III.

111.6. Nota de ingreso a piso de pediatría-escolares de 9 de septiembre de 2015, en la que AR36 indicó que VRN52 fue hospitalizada para su traslado a tercer nivel de atención.

111.7. Nota de envío a tercer nivel de hospital [Regional 1] a hospital “*Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco*” de 10 de septiembre de 2015, a

través de la cual la persona especialista en oftalmología remitió en forma urgente a VRN52 ante el avanzado grado de su diagnóstico.

111.8. Nota inicial de urgencias pediátricas del “*Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco*” de 14 de septiembre de 2015, en la que SP3 indicó que VRN52 no contaba con nota del tratamiento a seguir, por lo cual se solicitó su ingreso a piso de lactantes.

111.9. Nota de ingreso a piso de pediatría-escolares del “*Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco*” de 14 de septiembre de 2015 en la que AR31 reportó a VRN52 bajo vigilancia. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

111.10. El 29 de enero de 2016, el IMSS informó respecto a la atención de VRN52, lo siguiente:

111.10.1. El 17 de septiembre de 2015 ingresó al “*Centro Médico de Occidente del IMSS en Guadalajara, Jalisco*”, donde se le realizó tratamiento para la retinopatía del prematuro que presentaba en ambos ojos.

111.10.2. Después de la cirugía presentó imposibilidad para extubarla, por lo que ingresó a la UCIN Pediátricos del “*Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco*”.

111.10.3. El 26 de septiembre de 2015, falleció en dicho nosocomio, a las 21:50 y se estableció como causas de su defunción: *“choque no especificado (choque séptico) (sic) neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo secundario, neumotórax izquierdo secundario, recién nacida pretérmino, insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, sobrecarga de líquidos, estenosis de la arteria pulmonar y retinopatía del prematuro”*.

- **VRN47, hija de V48.**

112. Expediente clínico de VRN47, hija de V48 con motivo de la atención médica proporcionada en el Hospital Regional 1, del que se destacó lo siguiente:

112.1. Hoja de recién nacido en la que se advirtió que VRN47 nació a las 05:27 horas del 15 de junio de 2015, mediante cesárea, sexo femenino, con peso de 1,575 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 0-1.

112.2. Nota de ingreso a cunas de 15 de junio de 2015, en la que AR14 reportó a VRN47 delicada con pronóstico reservado a evolución. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

112.3. El 25 de junio de 2015, AR14 diagnosticó a VRN47 con *“celulitis de antebrazo derecho, riesgo alto de sepsis, recién nacido de 33.3 semanas de gestación, antecedente de infección de vías urinarias materna”*, por lo

que solicitó estudios de laboratorio. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

112.4. Nota de evolución del 1º de julio de 2015, en la cual AR18 reportó a VRN47 estable, activa, hidratada, y con la finalidad de completar su esquema de antibióticos, le colocó venodisección en la vena yugular interna izquierda. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

112.5. Nota de evolución de 6 de julio de 2015, en la cual AR18 reportó a VRN47 con datos de “*sepsis neonatal tardía*”. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

112.6. Nota de evolución del 6 de julio de 2015, en la que el AR14 reportó a VRN47 con fiebre y con malas condiciones generales. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

112.7. Nota de evolución del 9 de julio de 2015, en la que el AR14 solicitó un hemocultivo para VRN47.

112.8. Nota de evolución del 10 de julio de 2015, en la cual AR14 reportó que los estudios de laboratorio de VRN47 evidenciaron “*colestasis intrahepática*” (acumulación de bilis en el hígado), por lo que solicitó un ultrasonido de hígado y vías biliares, el cual resultó normal.

112.9. Nota de valoración retina de 14 de junio (*sic*) de 2015, en la que AR14 reportó que a VRN47 con *retina inmadura*.

112.10. Nota de evolución de 15 de julio de 2015, en la que AR18 indicó que VRN47 cursaba un “*proceso infeccioso activo*”. Omitió nombre completo y firma).

112.11. Nota de evolución de 17 de julio de 2015 en la que AR14 reportó a VRN47 en estado de “*choque séptico*”, por lo cual solicitó radiografía de abdomen y su valoración por cirugía pediátrica”.

112.12. Nota de cirugía pediátrica de ese mismo día, a las 08:35 horas, en la cual SP1 reportó a VRN47 desde su nacimiento con problema hepático en estudio, apreciándolo en malas condiciones generales.

112.13. Nota de egreso por defunción de 17 de julio de 2015, en la que SP4 indicó que VRN47 presentó paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación, por lo que falleció a las 13:30 horas del 17 de julio de 2015 y estableció como causas de su muerte, “*choque séptico, sepsis neonatal y recién nacido prematuro de 36 semanas de gestación*”, datos asentados en el certificado de defunción.

- **VRN55, hijo de V56.**

113. Expediente clínico de VRN55 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General “D Guasave” y en el Hospital Regional 1, de los cuales se destacó lo siguiente:

113.1. Nota de egreso del Hospital General “D Guasave” de 24 de enero de 2015, en la que se reportó que VRN55 nació el 12 de diciembre de 2014, a las 11:55 horas, producto de la gesta II, mediante cesárea, del sexo masculino, con peso de 900 gramos, calificación de Apgar 7/9 y Silverman-Andersen 2 (sic), con diagnóstico de: *“prematurez extrema, sepsis neonatal temprana, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, atelectasia pulmonar derecha, neumonía asociada al ventilador y alteraciones electrolíticas”*.

113.2. Nota de urgencias pediátricas del Hospital Regional 1, del 24 de enero de 2015, en la que AR20 precisó que a VRN55 se le trasladó para tratamiento por su prematurez y complicaciones, por lo cual fue canalizado a la UCIN.

113.3. Nota de ingreso a la UCIN de 25 de enero de 2015, en la que SP5 reportó a VRN55 muy grave con pronóstico reservado a evolución. Omitió nombre completo y firma.

113.4. Nota de evolución de 27 de enero de 2015, en la cual SP6 indicó que VRN55 fue valorado por el servicio de oftalmología.

113.5. Nota de egreso de la UCIN de 30 de enero de 2015, en la cual SP6 ordenó que VRN55 continuara su tratamiento en el servicio de “*cunas*”.

113.6. Nota de ingreso al servicio de “*cunas*”, en la que AR16 diagnosticó a VRN55 con “*sepsis neonatal tardía, neumonía, displasia broncopulmonar (dependiente de O2 en casco), inmadurez retiniana, probable ROP (retinopatía del prematuro)*”.

113.7. Nota de evolución de 2 de febrero de 2015, en la cual AR18 reportó a VRN55 estable dentro de su gravedad y con “*sepsis neonatal tardía*” confirmada por el resultado de estudio de laboratorio.

113.8. Nota de evolución de 4 de febrero de 2015, en la que AR14 diagnosticó a VRN55 con “*neumonía nosocomial*”, confirmada por resultado de la radiografía ordenada. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional).

113.9. Nota de reingreso a UCIN de 6 de febrero de 2015, en la que AR25 reportó que intubó a VRN55 para su manejo.

113.10. Nota de evolución de la UCIN de 7 de febrero de 2015, en la cual AR15 reportó a VRN55 con pronóstico reservado a evolución y riesgo de falla orgánica múltiple o muerte, complicaciones y/o secuelas derivadas de su prematurez.

113.11. Nota de alta de 22 de febrero de 2015, en la cual AR26 indicó que VRN55 falleció a las 22:30 horas de ese mismo día, y estableció como causas de su muerte: “*choque séptico*”.

113.12. Nota de alta sin fecha ni hora, en la cual SP5 diagnosticó a VRN55 con: “*sepsis neonatal tardía*” (nosocomial) más “*choque séptico*”. Omitió nombre completo.

113.13. Certificado de defunción en el cual se advirtió que VRN55 falleció por “*choque séptico (1 día), sepsis neonatal tardía (17 días) y prematurez (72 días)*”. Ilegible en el rubro del “*certificante*”.

113.14. Hoja de registros de casos de infección nosocomial, en la cual se reportó que VRN55 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN55, HIJO DE V56.	
Motivo principal del ingreso.	Enviado del Hospital General de Guasave, recién nacido pretérmino, 31 semanas de gestación, peso ilegible.
Diagnóstico de ingreso.	Prematurez extrema, neumonía “ <i>asoc. ventilador</i> ” sepsis.
Fecha de detección del “ <i>IN</i> ” (infección nosocomial).	10 de febrero de 2015.
Fecha de inicio de los síntomas.	10 de febrero de 2015
Tipo de infección nosocomial.	Sepsis.
Síntomas.	Fiebre 37.5, dificultad respiratoria, plaquetopenia.
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Intubado

	Fecha de aplicación: 24 al 11 de febrero (sic) Total de días: 18
	Catéter sellado brazo izquierdo Fecha de aplicación: 12 de enero de 2015. Total de días: 1
	Catéter percutáneo brazo derecho. Fecha de aplicación: 24 de enero de 2015. Total de días: 19
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: hemocultivo de 9 de febrero de 2015.
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Linezolid Fecha de inicio: 2 de febrero de 2015. Vía de admisión: intravenosa.
	Ciprofloxacino Fecha de inicio: 6 de febrero de 2015. Vía de admisión: intravenosa

- **VRN29, hija de V31.**

114. Expediente clínico de VRN29 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

114.1. Hoja del recién nacido de la cual se advirtió que VRN29 nació el 16 de enero de 2015, a las 04:35 horas, parto eutócico gemelar, inseminación in vitro, del sexo femenino, con peso de 620 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 0/0.

114.2. Nota de ingreso a la UCIN de 18 de enero de 2015, en la que SP5 reportó a VRN29 con “*acidosis metabólica*” confirmada por gasometría y

hemato-infeccioso la reportó con tendencia a la hipotermia, pronóstico reservado a evolución y alto riesgo de daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematurez extrema.

114.3. Nota de evolución de 21 de enero de 2014 (sic) en la cual AR25 reportó a VRN29 con alteraciones hematológicas sugestivas de “sepsis”, por lo que le indicó transfusión de aféresis plaquetaria cada doce horas y le ajustó el esquema antibiótico.

114.4. Nota médica de 22 de enero de 2015, en la que AR24 refirió a VRN29 con deterioro de la saturación de oxígeno, abundantes secreciones de nariñas y secreción gástrica verdosa, con dificultad por espasmo de cuerdas bucales, por lo cual lo reportó grave. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

114.5. Nota de evolución de neonatología de 22 de enero de 2015, en la cual SP6 ordenó que a VRN29 se le mantuviera en vigilancia estrecha a descartar hemorragia intraventricular, “sepsis tardía” y enterocolitis necrosante “ECN”, por lo que al siguiente día solicitó la colocación de un catéter percutáneo.

114.6. Nota médica de 24 de enero de 2015, en la que AR15 reportó a VRN29 con coloración violácea, “grietas” e hipoglucemia, por lo cual la reportó grave con pronóstico reservado a evolución. Se informa a familiar. Omitió nombre completo y firma.

114.7. Nota de egreso de la UCIN de 25 de enero de 2015, en la cual AR15 indicó que V49 falleció a las 20:00 horas, y estableció como causas de su muerte “*hemorragia intraventricular catastrófica, sepsis bacteriana del recién nacido y enterocolitis necrotizante*”. Omitió firma.

- **VRN30, hija de V31.**

115. Expediente clínico de VRN30 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

115.1. Hoja del recién nacido de 16 de enero de 2015, en la que se refirió que VRN30 nació a las 04:40 horas, mediante parto eutócico, embarazo gemelar por inseminación artificial, del sexo femenino, con peso de 740 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 1-1.

115.2. Nota de ingreso a la UCIN de 16 de enero de 2015, en la cual AR26 indicó a VRN30 procedente de Guamuchil, y lo reportó con prematuridad extrema, síndrome de dificultad respiratoria por probable inmadurez pulmonar, probable “*EMH*”, esto es, enfermedad de membrana hialina, riesgo de “*sepsis temprana*” y hemorragia intracraneal. Omitió firma.

115.3. Nota de evolución de 17 de enero de 2015, en la cual SP5 reportó a VRN30 muy grave con pronóstico reservado a evolución y alto riesgo de daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematuridad extrema. Omitió nombre completo.

115.4. Nota de evolución de 19 de enero de 2015, en la cual AR24 indicó que a VRN30 se le destetó debido a que presentó secreciones, se le colocó un casco de oxígeno y se le intubó, reportándola como grave. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

115.5. Nota de neurocirugía de 27 de febrero de 2015, en la cual se reportó a VRN30 con hemorragia intraventricular, por lo que se le extrajeron 23 ml. de líquido cefalorraquídeo de aspecto xantocrómico (amarillento), cuyo resultado de citoquímico y cultivo resultó negativo a proceso infeccioso en ese momento. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

115.6. Nota de evolución de la UCIN de 8 de marzo de 2015, en la cual AR15 reportó a VRN30 con aislamientos en repetidas ocasiones por "*cándida albicans*" (hongo que habitualmente se encuentra en la cavidad oral y en el tracto gastrointestinal), sin embargo, el hemocultivo resultó negativo a dicho microorganismo. Se informa a sus familiares. Omitió nombre completo.

115.7. Nota de evolución de 9 de marzo de 2015, en la cual AR25 refirió que VRN30 presentó apnea sin que remitiera a estímulo, por lo cual se le intubó. Omitió firma.

115.8. Nota de oftalmología de 10 de marzo de 2015, en la cual se diagnosticó a VRN30 con "*inmadurez retiniana*". Omitió nombre completo.

115.9. Nota de evolución de la UCIN de 22 de marzo de 2015, en la cual AR15 diagnosticó a VRN30 con prematuridad, “*sepsis nosocomial*” por “*staphylococcus haemolyticus* y *cándida albicans*”, hidrocefalia comunicante secundaria, anemia e hiperbilirrubinemia multifactorial, enterocolitis necrotizante “*ECN*” y neumonía asociada a ventilador, se informa a sus familiares. Omitió nombre completo.

115.10. Nota de colocación de ventriculostomía (cirugía en la cual se coloca un tubo en uno de los ventrículos del cerebro para drenar cualquier exceso de sangre en la cabeza o extraer líquido cefalorraquídeo en exceso) a VRN30 ante el incremento de su perímetro cefálico de 31 centímetros e hidrocefalia.

115.11. Nota de evolución de 31 de marzo de 2015, en la cual AR28 reportó que VRN30 cursaba su primer día con antibiótico ante el reporte de cultivo de líquido cefalorraquídeo con “*Klebsiella*”. Omitió nombre completo.

115.12. Reporte de tomografía de cráneo de 1º de abril de 2015, en el cual se reportó a VRN30 con hidrocefalia.

115.13. Nota de evolución de 2 de abril de 2015, en la cual SP6 indicó que el cultivo de líquido cefalorraquídeo “*LCR*” de VRN30 dio positivo a “*Klebsiella pneumoniae*”.

115.14. Nota de evolución de 2 de abril de 2015, a las 16:02 horas, en la cual SP7 diagnosticó a VRN30 con “*sepsis nosocomial*” por

“staphylococcus haemolyticus” e indicó que no se anexó el reporte de hemocultivo que demostrara el desarrollo de dicha bacteria.

115.15. Nota médica de 7 de abril de 2015, en la que SP5 solicitó la valoración de VRN30 por neurocirugía.

115.16. Resultados de los laboratorios de 8 de abril de 2015, en los que se confirmó que VRN30 presentaba líquido cefalorraquídeo y punta de catéter positivos al desarrollo de *“Klebsiella pneumoniae”*.

115.17. El 10 de abril de 2015, el personal médico en neurocirugía le realizó a VRN30 una tercera ventriculostomía sin complicaciones.

115.18. Nota de retina de 14 de abril de 2015, en la que VRN30 fue diagnosticada por personal médico de oftalmología con *“ROPI”*, esto es, retinopatía del prematuro del ojo izquierdo, zona II.

115.19. Nota médica de 15 de abril de 2015, en el cual SP5 reportó a VRN30 con meningitis (inflamación de las membranas de la médula espinal y cerebro, usualmente a causa de una infección) por *“klebsiella pneumoniae”* en tratamiento. Se da informe a familiar.

115.20. Nota de evolución de 20 de abril de 2015, en la cual AR26 reportó a VRN30 con pronóstico malo para la función e incierto para la vida. Omitió nombre completo.

115.21. Nota de guardia de 21 de abril de 2015, en la cual AR35 indicó que la evolución de VRN30 dependería de las complicaciones y/o secuelas derivadas de la prematuridad. Se informará a familiares.

115.22. Nota médica de 23 de abril de 2015, en la cual AR24 apreció a VRN30 muy grave dada la cronicidad de su patología y nulo avance, con pronóstico malo para la función y la vida, alto riesgo de neumotórax o fuga aérea. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

115.23. Nota médica de 27 de abril de 2015, en el cual AR25 reportó a VRN30 dependiente de ventilador, con displasia broncopulmonar (enfermedad pulmonar crónica en niñas y niños con síndrome de dificultad respiratoria o prematuros que necesitan oxígeno y tratamiento con respirador) y con proceso infeccioso a nivel de "SNC". Omitió nombre completo.

115.24. Nota de neurocirugía de 1° de mayo de 2015, en la cual se reportó a VRN30 con líquido purulento espeso, ventriculostomía parcialmente funcional, por lo cual requirió su valoración por infectología para terapia antimicrobiana.

115.25. Nota de evolución de 8 de mayo de 2015, en la cual AR26 describió a VRN30 con "sepsis activa" por "*klebsiella pneumoniae*" y falla orgánica múltiple con pronóstico malo para la función y la vida. Se informa a los padres su estado.

115.26. Nota médica de 9 de mayo de 2015, en la cual SP5 indicó que el pronóstico de VRN30 era reservado a evolución con alto riesgo daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematurez extrema.

115.27. Nota de evolución de 13 de mayo de 2015, en la cual AR25 advirtió a VRN30 con tendencia a la bradicardia, con soporte ventilatorio alto y crisis convulsivas.

115.28. Informe sin fecha ni hora, en el cual AR26, indicó que VRN30 presentó paro cardiaco sin respuesta a maniobras de reanimación avanzadas, por lo que la declaró fallecida a las 09:15 horas y estableció como causa de su muerte “*insuficiencia respiratoria del recién nacido* [60 días], *insuficiencia renal congénita* [80 días], *feto y recién nacido afectado* [118 días], *inmadurez extrema* [118 días], *sepsis*”, datos que asentó en el certificado de defunción correspondiente.

115.29. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la que se reportó que VRN30 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN30, HIJA DE V31.	
Motivo principal del ingreso.	Recién nacido prematura de 26 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de deficiencia respiratoria.
Diagnóstico de ingreso.	Recién nacido, prematurez extrema, síndrome de dificultad respiratoria, probable inmadurez pulmonar.
Fecha de detección del “IN”	29 de enero de 2015.

(infección nosocomial).	
Fecha de inicio de los síntomas.	9 de enero de 2015.
Tipo de infección nosocomial.	Bacteremia.
Síntomas.	Febrícula 35-5, leucocitos elevados, 17,000, plaquetas bajas, 76,000.
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Ontaloclísis Fecha de aplicación: 19 al 26 de enero de 2015 Total de días: 7
	Catéter percutáneo brazo izquierdo Fecha de aplicación: 16 de enero de 2015. Total de días: 13
	Orintubado Fecha de aplicación: 16 de enero de 2015, total de días: 13
	SOG Fecha de aplicación: 28 de enero de 2015. Total de días 1
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: Hemocultivo en punta de catéter. Resultado " <i>klebsiella pneumoniae</i> " Tipo de cultivo: hemocultivo en ontaloclísis Resultado " <i>klebsiella pneumoniae</i> ".
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Meropenem Fecha de inicio: 23 de enero de 2015. Vía de admisión: intravenosa. Dosis 24 mg. cada 12 horas.
	Vancomicina Fecha de inicio: 20 de enero de 2015 Vía de admisión: intravenosa, Dosis 6 mg. cada 72 horas.

- **VRN38, hija de V39.**

116. Expediente clínico de VRN38 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General “*Guasave*”, así como en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

116.1. Nota de urgencias pediátricas del Hospital Regional 1, en la cual se reportó a VRN38 referida de diverso nosocomio en “*Guasave*”, donde nació el 30 de enero de 2015, mediante parto eutócico, del sexo femenino, con peso de 3,600 gramos y calificación de Apgar 8/9, sin evacuaciones desde su nacimiento, razón por la AR25 la diagnosticó con “*tapón meconial vs íleo meconial, descartar atresia intestinal baja*”. Omitieron nombre completo.

116.2. Nota de ingreso a “*cunas*” del Hospital Regional 1, de 31 de enero de 2015, en la cual se refirió que VRN38 presentó Silverman Andersen 0/0, y que fue referida para su valoración por cirugía pediátrica ante probable atresia intestinal (ausencia de evacuaciones).

116.3. Nota de evolución de 1º de febrero de 2015, en la cual se asentó que VRN38 estaba pendiente de ser valorada por personal especialista en cirugía pediátrica.

116.4. Nota de cirugía pediátrica de 3 de febrero de 2015, en la cual SP1 indicó que VRN38 requería exploración quirúrgica abdominal a la brevedad, lo cual se informó a la mamá.

116.5. Autorización, solicitud y registro de Intervención Quirúrgica de 3 de febrero de 2015, en la que se advirtió que VRN38 fue intervenida por oclusión intestinal y se le diagnosticó con probable enfermedad de “*hirschsprung*” (enfermedad genética en la que hay ausencia de ganglios en el trayecto intestinal o en una de sus porciones). Datos del médico ilegibles, omitió matrícula y/o cédula profesional.

116.6. Resultados de los estudios histopatológicos de VRN38 en los cuales se reportó que las muestras de íleon distal y apéndice cecal se reportaron sin alteraciones histológicas.

116.7. Nota de ingreso a la UCIN de 3 de febrero de 2015, en la que AR35 reportó a VRN38 con bradicardia y mal llenado capilar.

116.8. Nota médica de 9 de febrero de 2015, en la que AR24 indicó que VRN38 continuaba con extrema gravedad. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

116.9. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la que se reportó que VRN38 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN38, HIJA DE V39.	
Motivo principal del ingreso.	traslado del Hospital General recién nacido de término, vómito, distensión abdominal.

Diagnóstico de ingreso.	Tapón meconial vs hipermeconial descartar arteria intestinal.
Fecha de detección del "IN" (infección nosocomial).	13 de febrero de 2015.
Fecha de inicio de los síntomas.	Sin dato.
Tipo de infección nosocomial.	Sepsis tardía.
Síntomas.	Plaquetomía y febrícula de 37.8.
"Dx médico".	Antecedentes quirúrgicos: 3 de febrero de 2015. Tipo de cirugía, LAPE, ileostomía, mapeo intestinal.
Sitio de infección.	Sin dato.
Factores de riesgo.	Orintubado Sin fecha de aplicación ni total de días
	SOG a derivación Sin fecha de aplicación ni total de días.
	Venodisección, sin fecha de aplicación ni total de días.
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: hemocultivo de 11 de febrero de 2015
	Tipo de cultivo: hemocultivo, resultado sin dato
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Meropenem Fecha de inicio: 9 de febrero de 2015 Vía de admisión: intravenosa. Dosis 75 mg., cada 12 horas.
	Vancomicina Sin fecha de inicio Vía de admisión: intravenosa Dosis 56 mg., cada 12 horas.
	Ciproflaxino. Fecha de inicio: 10 de febrero de 2015. Vía de administración: intravenosa Dosis 55 mg., cada 12 horas.

116.10. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la cual se reportó que VRN38 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN38, HIJA DE V39.	
Motivo principal del ingreso.	Traslado del Hospital General recién nacido de término, vómito, distensión abdominal.
Diagnóstico de ingreso.	Tapón meconial vs hipermeconial descartar arteria intestinal.
Fecha de detección del "IN" (infección nosocomial).	13 de febrero de 2015.
Fecha de inicio de los síntomas.	9 de febrero de 2015.
Tipo de infección nosocomial.	Sepsis tardía
Síntomas.	Sangrado de estoma, distensión abdominal, febril 37.8, plaquetopenia 8000, secreción amarillenta tipo por capa de estoma.
Sitio de infección.	Abdominal. Fecha de resolución sin dato
"Dx médico".	Antecedentes quirúrgicos: 3 de febrero de 2015. Tipo de cirugía: LAPE, ileostomía, mapeo intestinal
Factores de riesgo.	Orintubado Fecha de aplicación: 3 de febrero de 2015. Total de días: 10
	Sonda orogástrica "SOG" a derivación Fecha de aplicación: 2 de febrero de 2015. total de días: 11
	Venodisección Fecha de aplicación: 3 de febrero de 2015. Total de días: 10

	Ileostomía Fecha de aplicación: 3 de febrero de 2015. Total de días: 10
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: Secrecional ilegible 10 de febrero de 2015
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Meropenem Fecha de inicio: 2 de febrero de 2015 Vía de admisión: intravenosa. Dosis 75 mg., cada 12 horas.
	Vancomicina Sin fecha de inicio Vía de admisión: intravenosa Dosis 56 mg., cada 12 horas.
	Ciproflaxino. Fecha de inicio: 10 de febrero de 2015. Vía de administración: intravenosa Dosis 55 mg., cada 12 horas.

116.11. De la bitácora de resultados de hemocultivos remitida a este Organismo Nacional el 9 de marzo de 2017 por el IMSS, se advirtió que el hemocultivo realizado a VRN38, resultó positivo a desarrollo de "*klebsiella pneumoniae*".

116.12. Nota médica de 14 de febrero de 2015, en la cual SP6 reportó a VRN38 en malas condiciones generales. Se informa a la madre.

116.13. Certificado de defunción sin fecha, nombre, hora, en el cual se estableció como causa de la muerte de VRN38: "*choque séptico, insuficiencia respiratoria, sepsis neonatal y enfermedad de hirschsprung*".

- **VRN33, hijo de V34.**

117. Expediente clínico de VRN33 con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

117.1. Hoja del recién nacido de la que se advirtió que VRN33 nació el 30 de mayo de 2015, a las 21:16 horas, mediante cesárea, del sexo masculino, con peso de 1,040 gramos, calificación de Apgar 7/8 y Silverman Andersen 0/0.

117.2. Nota de ingreso a la UCIN de 31 de mayo de 2015, en la que SP2 indicó que VRN33 presentaba acidosis respiratoria mixta e hipoxemia (disminución de oxígeno), hemodinámicamente con bradicardia, y “*síndrome de dificultad respiratoria estadio IV*” (muy grave). Se dará informes a familia cuando acudan.

117.3. Nota de egreso por defunción de 1º de junio de 2015, en la cual se informó que VRN33 falleció a las 10:45 horas de ese mismo día, y se estableció como causa de su muerte: “*hemorragia pulmonar [1 día], síndrome de dificultad respiratoria [2 días], prematurez extrema [2 días] y sepsis neonatal temprana [2 días]*”, datos que asentaron en el certificado de defunción.

- **RNV41, hija de V42.**

118. Expediente clínico de VRN41 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

118.1. Hoja del recién nacido en la que se advirtió que VRN41 nació el 19 de enero de 2015, a las 08:42 horas, mediante cesárea, del sexo femenino, con peso de 1,100 gramos, calificación de Apgar 4/6 y Silverman-Andersen 4/4, con diagnóstico de: *“(...) 29 semanas de gestación, peso adecuado (...), cesárea urgente por embarazo de 32 semanas de gestación + preeclampsia severa, estado fetal no tranquilizador (bradicardia fetal), choque hipovolémico en corrección, hipoglucemia remitida, insuficiencia respiratoria e hipotermia en corrección”.*

118.2. Nota de evolución de 19 de enero de 2015, en la cual SP6 reportó a VRN41 con datos de respuesta inflamatoria sistémica e indicó que su ultrasonido transfontanelar la reportó sin alteraciones ecográficas.

118.3. Nota de evolución de 21 de enero de 2014 (sic), en la cual AR25 indicó que el resultado de los estudios de laboratorio de VRN41 evidenciaron un proceso infeccioso con riesgo alto de mayores complicaciones.

118.4. Nota de evolución de 2 de febrero de 2015, en el cual SP5 apreció a VRN41 muy grave con pronóstico reservado a evolución, alto riesgo de

daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematuridad extrema. Se informa a familiares.

118.5. Nota médica de 17 de febrero de 2015, en la que se asentó que VRN41 presentó *“inmadurez retiniana”*.

118.6. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la cual se reportó que VRN41 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE RVN41, HIJA DE V42	
Motivo principal del ingreso.	Recién nacido pretérmino con 39 semanas de gestación (sic), nacimiento por bradicardia fetal.
Diagnóstico de ingreso.	Recién nacido pretérmino, femenino, 29 semanas de gestación, síndrome de dificultad respiratoria, probable sepsis temprana, hijo de madre preclámsica.
Fecha de detección del <i>“IN”</i> (infección nosocomial).	13 de febrero de 2015.
Fecha de inicio de los síntomas.	27 de enero de 2015
Tipo de infección nosocomial.	Sepsis.
Síntomas.	Febrícula 37.8, leucocitos elevados, 11,400 (en aumento desde entonces).
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Puntas nasales Fecha de aplicación: 2 de febrero de 2015. Total de días: 11
	Sonda orogástrica <i>“SOG”</i> Fecha de aplicación: 13 de febrero de 2015.

	Total de días: 0
	Venoclísis brazo derecho. Fecha de aplicación: 12 de febrero de 2015 Total de días: 1
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: Hemocultivo. Fecha: 13 de febrero de 2015.
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Ciprofloxacino Fecha de inicio: 12 de febrero de 2015. Vía de admisión: intravenosa, Dosis: 15 mg, cada 12 horas

118.7. Nota de alta del servicio de UCIN de 23 de febrero de 2015, en la cual SP6 decidió el egreso de VRN41 a “*cunas*” para su manejo.

118.8. Nota de evolución del 11 de marzo de 2015, en el cual AR14 se reportó a VRN41 estable, sin datos de “*respuesta inflamatoria, sistémica*”. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula.

118.9. Nota de alta hospital a hospital (sic) de 12 de marzo de 2015, en la cual AR16 decidió el alta de VRN41 para que continuara con tratamiento y ganancia de peso.

118.10. Nota de evolución de 7 de mayo de 2015, en la cual AR28 indicó que VRN41 reingresó referida de “*Mazatlán*” para valoración por un gastroenterólogo pediatra debido a que no obtuvo peso. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

118.11. Nota de valoración por el servicio de gastroenterología pediátrica de 11 de mayo de 2015, en la cual se diagnosticó a VRN41 con *“desnutrición severa, intolerancia a la alimentación, hipoglucemia persistente”*.

118.12. Nota de evolución de 13 de mayo de 2015, en la cual AR28 solicitó la valoración de VRN41 por el servicio de endocrinología y cirugía general para descartar sub-oclusión intestinal. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

118.13. Nota de evolución de 14 de mayo de 2015, en la cual se asentó que VRN41 no contaba con datos de hipotiroidismo clínico y su nivel fuera de rango de hormonas tiroideas se debía a desnutrición grave.

118.14. Nota de cirugía pediátrica de 15 de mayo de 2015, en la cual la SP1 refirió que era posible que VRN41 presentara *“angangliosis”* intestinal debido a que no tenía colon por enema.

118.15. Nota de evolución de 16 de mayo de 2015, en el cual AR23 diagnosticó a VRN41 con desnutrición severa, intolerancia a la alimentación, hipoglucemia remitida y crisis convulsivas. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

118.16. Nota de evolución de 17 de mayo de 2015, de las 18:30 horas, en la cual AR23 indicó que VRN41 contaba con factores de riesgo como estancia hospitalaria prolongada con métodos invasivos, prematurez,

múltiples esquemas antimicrobianos desde su ingreso con deterioro clínico, ayer con crisis convulsivas y “*hoy*” con “*sepsis clínica*”, sin que fuera posible la repetición del ultrasonido transfontanelar por su condición de gravedad. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

118.17. Nota de evolución vespertina de 22 de mayo de 2015, en la cual AR36 reportó a VRN41 con amplios criterios para “*síndrome de falla orgánica múltiple*”, reportándola crítica con familia enterada.

118.18. Nota de egreso por defunción de 22 de mayo de 2015, en la cual el SP8 informó que VRN41 tuvo deterioro progresivo súbito de funciones generales, lo que le ocasionó un paro cardiorrespiratorio, por lo cual le informó a V42, que su deceso fue a las 22:45 horas; y estableció como causa de la muerte: “*prematurez extrema, desnutrición severa, sepsis nosocomial por neumonía, síndrome de falla orgánica múltiple, choque séptico por falla renal terminal y pario cardiorrespiratorio*”, datos que asentó en el certificado de defunción correspondiente.

- **VRN58, hija de V59.**

119. Expediente clínico de VRN58 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Regional 1, en el cual se destacó lo siguiente:

119.1. Hoja del recién nacido de la que se advirtió que VRN58 nació el 29 de agosto de 2015, a las 18:49 horas, mediante cesárea por preeclampsia

severa materna, con peso de 2,020 gramos, calificación de Apgar 7/9 y Silverman-Andersen 3/3.

119.2. Nota de evolución de 31 de agosto de 2015, en la que AR14 indicó que VRN58 presentaba leve polipnea. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional).

119.3. Nota de evolución de 1º de septiembre de 2015, en la cual AR14 reportó que debido a que el resultado del hemocultivo realizado a VRN58 (sin que se conozca la fecha) evidenció desarrollo de "*escherichia coli*" sin antibiograma, por lo cual le suministró doble esquema de amplio espectro (cefotaxima y vancomicina) y una trasfusión de plasma. Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

119.4. Nota de evolución de 3 de septiembre de 2015, en la cual AR14 asentó que intubó a VRN58 y se informó a sus familiares las últimas eventualidades, advirtiéndose una nota escrita a mano que a la letra dice "*sepsis*". Omitió nombre completo, firma, matrícula y/o cédula profesional.

119.5. Nota de resumen de infectología de 9 de septiembre de 2015, en la cual AR16 informó los antecedentes clínicos de VRN58, su evolución y medicamentos suministrados con motivo del hemocultivo que dio positivo a "*escherichia coli*". Omitió matrícula y/o cédula profesional.

119.6. Nota de ingreso a la UCIN de 10 de septiembre de 2015, en la que AR24 indicó que a pesar de que a VRN58 se le dio tratamiento, presentó

mala evolución y datos de choque, por lo cual la diagnosticó con probable neumonía adquirida por el ventilador “NAV”. Omitió nombre completo, matrícula y/o cédula profesional.

119.7. Nota de evolución de 11 de septiembre de 2015, en la cual SP5 indicó que a VRN58 se le realizó hemocultivo periférico sin reporte de crecimiento y la reportó con pronóstico reservado a evolución con alto riesgo de daño neurológico severo y/o muerte. Se da informes a familiar. Omitió nombre completo.

119.8. Nota de evolución de 15 de septiembre de 2015, en la cual SP6 reportó que VRN58 cursaba fase III de la ventilación con plaquetopenia muy grave. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

119.9. Nota de evolución de 17 de septiembre de 2015, en la cual el SP6 apreció a VRN58 en “*pésimas*” condiciones generales, con presencia de paro cardiorrespiratorio que ameritó maniobras avanzadas de reanimación, logrando revertirlo y solicitó nuevo hemocultivo central, se informa a la madre del grave estado de salud. Omitió matrícula y/o cédula profesional.

119.10. Nota de evolución de la UCIN de 20 de septiembre de 2015, en la cual AR30 apreció a VRN58 con datos de falla orgánica múltiple con pronóstico sombrío a corto plazo, mortalidad por arriba del 80%, con patología de base “*choque séptico*” por sospecha de “*klebsiella pneumoniae*” aún sin asilamiento, por lo que se planea consensar con el grupo interdisciplinario la modificación del esquema antibiótico empírico.

119.11. Nota de evolución de la UCIN de 21 de septiembre de 2015, en la cual SP9 indicó que a VRN58 se le tomaron muestras para hemocultivo centrales y periféricas, las cuales se reportaron sin desarrollo de gérmenes, reportándola muy grave con pronóstico malo para la función y la vida.

119.12. Nota de oftalmología de 29 de septiembre de 2015, en la cual se diagnosticó a VRN58 con *“retinopatía del prematuro I, ambos ojos, Zona II”*.

119.13. Nota médica de 9 de octubre de 2015, en la cual AR26 indicó que a VRN58 se le retiró el catéter central por venodisección que tenía desde el 19 de septiembre de 2015, cuyo análisis de la punta dio positivo a *“staphylococcus hominis”* con antibiograma.

119.14. Nota de valoración en conjunto de la UCIN con neuropediatría sin fecha, en la cual AR26 y SP10 indicaron que VRN58 presentaba daño neurológico severo, ventilación mecánica asistida, sin automatismo respiratorio, quien presentó eventos que la pusieron en estado crítico con falla multiorgánica, *“choque séptico”* y secundariamente eventos de hipoxia severos con pronóstico malo para la función por alto riesgo de *“PCI”* parálisis cerebral infantil y crisis convulsivas.

119.15. Nota de evolución matutina de 26 de octubre de 2015, en el cual AR26 indicó que VRN58 presentó *“escherichia coli”* con antibiograma, se comentó a V59 su estado de salud y los riesgos que puede presentar y en forma verbal se reportó el hemocultivo con *“enterobacter fecalis”*.

119.16. Nota de egreso por defunción de 19 de noviembre de 2015, en la cual SP5 indicó que VRN58 no respondió a las maniobras avanzadas de reanimación en su tercer paro cardiaco, por lo cual la declaró fallecida a las 07:45 horas de ese mismo día, con diagnóstico de muerte: *“34 semanas de gestación, ROP ‘retinopatía del prematuro II zona 1 A, displasia broncopulmonar severa, descartar endocarnititis, encefalopatía hipóxico-isquémica Sarnat II (Escala de la clasificación de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica/Moderada)”*.

119.17. Hoja de registros de casos de infección nosocomial en la que se reportó que VRN58 presentó lo siguiente:

HOJA DE REGISTROS DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE VRN58, HIJA DE V59	
Motivo principal del ingreso.	Sonda orogástrica “SOG” leve, ictericia y piel reticulada y fiebre
Diagnóstico de ingreso.	35.9 semanas de gestación, taquipnea transitoria de recién nacido, en sí sepsis severa, choque séptico, ilegible.
Fecha de detección del “IN” (infección nosocomial).	10 de septiembre de 2015.
Fecha de inicio de los síntomas.	31 de agosto de 2015
Tipo de infección nosocomial.	Bacteriemia no especificada en niños.
Síntomas.	Fiebre, taquipnea, hipoglucemia.
Sitio de infección.	Hematológico
Factores de riesgo.	Catéter venoso en la subclavia izquierda Fecha de aplicación 10 de septiembre de 2015.

	Venoclisis en la mano izquierda. Fecha de aplicación: 10 de septiembre de 2015
	Orointubado Fecha de aplicación: 3 de septiembre de 2015.
Información microbiológica.	Tipo de cultivo: Hemocultivo. Fecha: fecha 1º de septiembre de 2015. Resultado "escherichia coli".
Tratamiento antimicrobiano para la infección nosocomial.	Cetotaximina Fecha de inicio 2 de septiembre de 2015. Vía de admisión: intravenosa Dosis ilegible cada 12 horas.
	Vancomicina Fecha de inicio: 2 de febrero de 2015. Vía de admisión intravenosa Dosis 2.5 miligramos, cada 12 horas.

119.18. Certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud correspondiente a VRN58.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

❖ **Averiguaciones Previas iniciadas en la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, así como en la PGR.**

120. El 24 de septiembre de 2015, con motivo de las notas periodísticas en la cuales se reportó el fallecimiento de recién nacidos en el Hospital Regional 1, se inició la Averiguación Previa 1 en la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, por la probable comisión del delito de responsabilidad

profesional cometido en contra del ejercicio de la profesión y en contra de quien o quienes resultaran responsables.

121. El 25 de septiembre de 2015, se inició el Acta Circunstanciada en la Delegación de la PGR en Sinaloa, quien solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Sinaloa “*CAMES*” y la aclaración por parte del IMSS.

122. El 2 de octubre de 2015, el Ministerio Público de la Federación elevó el Acta Circunstanciada a Averiguación Previa 2, en contra de quien o quienes resultaran responsables del delito de homicidio culposo con calificativa de responsabilidad profesional.

123. El 19 de octubre de 2015, la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, declinó la competencia de la Averiguación Previa 1 a la PGR en razón de materia, por el delito de responsabilidad profesional y homicidio culposo, cometidos en agravio de VRN15, VRN18, VRN21, VRN29, VRN33, VRN38, VRN41, VRN52, VRN55 y VRN61, misma fecha en que la PGR convalidó dichas actuaciones.

124. La Averiguación Previa 2 continúa en trámite.

❖ **Expediente administrativo en el Órgano Interno de Control en el IMSS.**

125. El 2 de octubre de 2015, el Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades en el IMSS, con motivo de la nota periodística publicada el 16

de septiembre de 2015, intitulada *“Mamás temen por la vida de sus hijos en el IMSS”*, dictó acuerdo de inicio de la Queja Administrativa ante el Órgano Interno de Control, a la cual se agregaron las quejas presentadas por el representante legal de V6 y V7; V58 y V59, así como, de V61 y V62.

126. El 20 de diciembre de 2017, la División de Auditoría Operacional a los Servicios Médicos de dicha instancia, emitió una opinión técnica médica con motivo de la investigación respecto de posibles irregularidades en el Hospital Regional 1, en el siguiente sentido:

126.1. No se acreditó que el personal médico o de enfermería que atendió a los 16 casos sometidos a consideración, particularmente los recién nacidos hijos de V6, V59 y V62, incurrieran en negativa del servicio, deficiente atención médica por falta de insumos, de equipo terapéutico, negligencia, impericia o imprudencia.

126.2. No se contó con evidencias para establecer que haya existido un brote de *“klebsiella”* que ameritara implementación de medidas extraordinarias de control epidemiológico.

127. Consecuentemente, el 22 de diciembre de 2017, dicha área emitió el *“ACUERDO DE ARCHIVO POR FALTA DE ELEMENTOS”*, al no haber contado con elementos de pruebas suficientes e idóneos para atribuir presunta irregularidad administrativa en contra de algún servidor público con motivo de los hechos denunciados a través de los medios de comunicación, V6 y V7, V59 y V60, así como, de V62 y V63.

128. El 29 de diciembre de 2017, dicha determinación se notificó por correo electrónico al representante legal de V6, V7, V59, V50, V62 y V63, en el que se informó que respecto a la pretensión de pago de una indemnización y la manifestación que los hechos podían ser constitutivos de delito, dicha Área de Quejas carecía de facultades para pronunciarse, no obstante, dejó a salvo sus derechos para que los hicieran valer en las vías correspondientes.

❖ **Expedientes de queja administrativa iniciados en la Coordinación de Atención y Orientación del Derechohabiente de la Delegación Estatal del IMSS, en Sinaloa.**

129. A través del oficio 0955034AC1/1700 de 17 de julio de 2018, la División de Asuntos Fiscales y Administrativos de la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS informó la resolución de los expedientes de queja institucional que a continuación se citan:

❖ **Asuntos relacionados con las personas recién nacidas consideradas como afectadas por el “brote de infección nosocomial” o asociación al mismo.**

• **V22 y V23.**

129.1. El 25 de septiembre de 2015, V22 y V23 presentaron queja administrativa en contra del IMSS ante la Comisión de Arbitraje Médico Estatal de Sinaloa “CAMES”, la cual se remitió a través del Convenio de

Colaboración Interinstitucional¹ al IMSS, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 1.

129.2. El 5 de septiembre de 2016, V22 y V23 presentaron en la Delegación Estatal Sinaloa del IMSS, un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 1.

129.3. El 18 de agosto de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos en el IMSS argumentó que debido a que tanto en la queja administrativa y el procedimiento de reclamación patrimonial del Estado presentados por V22 y V23 solicitaron indemnización por conceptos diferentes, pero con motivo del fallecimiento de VRN21, al ser la vía administrativa la idónea para emitir la resolución correspondiente en ambos casos, se radicó el Expediente de Facultad de Atracción 1.

129.4. El 12 de julio de 2018, dicha Coordinación resolvió: *“procedente pero INFUNDADA la reclamación promovida (...), por lo que no procedió condenar al [IMSS], al pago de indemnización por lesión patrimonial, daño moral y muerte de [VRN21], toda vez que (...) no fue responsable de [su] lamentable*

¹ Convenio de Colaboración Interinstitucional celebrado el 30 de enero de 2009, entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, las Delegaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de atender de manera rápida las quejas presentadas en el Estado de Sinaloa.

fallecimiento (...) e indicó que *“(...) se encuentra en vías de notificación a los promoventes”*.

- **V13 y V14.**

129.5. El 30 de septiembre de 2015, V13 presentó dos quejas administrativas en contra del IMSS, ante la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, las cuales se remitieron a la Delegación Estatal del IMSS, donde se radicaron como Expediente de Queja Institucional 2 y Expediente de Queja Institucional 3.

129.6. El 30 de agosto de 2017, V13 y V14 interpusieron el procedimiento de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, por la *“supuesta”* actuación negligente del personal del Hospital Regional 1, así como por las deficiencias del personal encargado del mantenimiento general y aseo de la UCIN, *“cuneros”* y tococirugía y la indebida integración del expediente clínico.

129.7. El 11 de julio de 2018, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, resolvió de manera conjunta las quejas administrativas y el escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y determinó *“(...) procedente pero INFUNDADA la reclamación, por lo cual, no procedió a condenar al [IMSS], al pago de indemnización (...) toda vez que (...), no fue responsable del lamentable fallecimiento de [VRN11 y VRN12] (...)*” e indicó que *“(...) a la fecha se encuentra en vías de notificación a los promoventes”*.

- **V27 y V28.**

129.8. El 9 de octubre de 2015, V27 y V28 presentaron dos quejas administrativas en el IMSS, con motivo del fallecimiento de VRN24 y VRN26, las cuales se radicaron como Expediente de Queja Institucional 4 y Expediente de Queja Institucional 5.

129.9. El 13 de septiembre de 2017, interpusieron el procedimiento de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, con motivo de la atención médica proporcionada en el Hospital Regional 1, la que a su consideración provocó el fallecimiento de VRN24 y VRN26.

129.10. El 12 de julio de 2018, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta las quejas administrativas y el escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual determinó *“procedente pero INFUNDADA la reclamación, por lo cual, no procedió condenar al [IMSS], al pago de indemnización a [V27 y V28], toda vez que (...) no fue responsable del lamentable fallecimiento de sus menores hijos (...)”*, e indicó que *“(...) se encuentra en vías de notificación a los promoventes”*.

- **V6 y V7.**

129.11. El 22 de octubre de 2015, V6 presentó dos quejas administrativas en la Delegación Estatal del IMSS, con motivo del fallecimiento de sus hijos VRN4

y VRN5, por lo que se inició Expediente de Queja Institucional 6 y el Expediente de Queja Institucional 7.

129.12. El 31 de agosto de 2016, V6 y V7 presentaron escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado ante la Delegación del IMSS en Sinaloa, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 2; posteriormente fue atraído para su trámite y resolución por la Coordinación de Asuntos Contenciosos, asignándole el número de Expediente de Facultad de Atracción 2.

129.13. El 10 de enero de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos de IMSS resolvió en forma conjunta las quejas administrativas y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en las que se declaró *“PROCEDENTES pero INFUNDADAS las pretensiones reclamadas por los promoventes”*.

- **Tribunal Federal de Justicia Administrativa.**

129.14. El 20 de septiembre de 2016, V6 y V7 promovieron el juicio de nulidad, en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, contra la resolución negativa ficta recaída a sus escritos de queja administrativa presentados el 22 de octubre de 2015 en la Delegación Estatal del IMSS, por lo que se radicó como de Juicio de Nulidad 1.

129.15. El 24 de febrero de 2017, V6 y V7 promovieron el juicio de nulidad, en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia

Administrativa, en contra de la resolución negativa ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial del Estado presentado el 31 de agosto de 2016 en la Delegación del IMSS, por lo que se radicó como de Juicio de Nulidad 2.

129.16. El Juicio de Nulidad 1 y el Juicio de Nulidad 2 a la fecha en que se emite la presente Recomendación, continúan en trámite.

- **V19 y V20.**

129.17. El 30 de septiembre de 2015, V19 presentó queja administrativa ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa en contra del Hospital Regional 1, la cual se remitió para su trámite al IMSS, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 9.

129.18. El 13 de septiembre de 2016, V19 y V20 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en el IMSS, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 4.

129.19. El 18 de agosto de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS acordó el ejercicio de la facultad de atracción para conocer y resolver de manera conjunta tanto el escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y la queja administrativa que nos ocupa, por lo que radicó el Expediente de Facultad de Atracción 4.

129.20. El 11 de julio de 2018, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, resolvió *“procedente pero INFUNDADA la reclamación promovida (...)”*,

por lo que no procedió condenar al [IMSS], al pago de indemnización por lesión patrimonial, daño moral y por la muerte de [VRN18], toda vez que, (...) no fue responsable de [su] lamentable fallecimiento”.

- **V62 y V63.**

129.21. El 24 de agosto de 2016, V62 presentó escrito de queja administrativa ante el área de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS del Estado de Sinaloa, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 11.

129.22. El 24 de agosto de 2016, V62 y V63 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en la delegación Estatal Sinaloa del IMSS, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 6, el posteriormente fue atraído para su trámite y resolución por la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, asignándole el número Expediente de Facultad de Atracción 6.

129.23. El 25 de abril de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta la queja administrativa y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y declaró *“PROCEDENTE pero INFUNDADA la reclamación intentada por los promoventes”*.

- **Tribunal Federal de Justicia Administrativa.**

129.24. El 3 de enero de 2017, V62 y V63 promovieron el juicio de nulidad en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra la resolución negativa ficta recaída a su escrito de queja administrativa presentado el 24 de agosto de 2016 en la Delegación Estatal del IMSS, por lo que se radicó como Juicio de Nulidad 5.

129.25. El 3 de enero de 2017, V59 y V60 promovieron el juicio de nulidad en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de la resolución negativa ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial del Estado presentado el 31 de agosto de 2016 en la Delegación del IMSS, por lo que se radicó como Juicio de Nulidad 4.

129.26. El Juicio de Nulidad 5 y el Juicio de Nulidad 6, a la fecha en la que se emite la presente Recomendación, continúan en trámite.

❖ **Asuntos relacionados con las personas recién nacidas consideradas extemporáneas al “brote de infección nosocomial” o asociación al mismo.**

- **V34 y V35.**

129.27. El 30 de septiembre de 2015, V34 presentó su queja administrativa ante la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, en contra del

Hospital Regional 1, la cual se remitió al IMSS, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 8.

129.28. El 2 de junio de 2016, V34 y V35 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en el IMSS, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 3.

129.29. El 14 de agosto de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos acordó el ejercicio de la facultad de atracción para conocer y resolver de manera conjunta el escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, así como la queja administrativa en cita, debido a que en ambos escritos solicitaron una indemnización por conceptos diferentes, pero con motivo de los mismos hechos, esto es, una actividad negligente o irregular por personal del Hospital Regional 1, donde lamentablemente falleció VRN33, por lo cual se radicó el Expediente de Facultad de Atracción 3.

129.30. El 28 de febrero de 2018, la Coordinación de Asuntos Contenciosos en el IMSS resolvió, *“procedente pero INFUNDADA la reclamación promovida (...) por lo que no procedió condenar al [IMSS] al pago de indemnización por lesión patrimonial, daño moral y muerte de [VRN33], toda vez que (...) no fue responsable de [su] lamentable fallecimiento”*, determinación que se notificó a V34 y V35, el 20 de marzo de ese mismo año.

- **V59 y V60.**

129.31. El 10 de febrero de 2016, V59 y V60 presentaron queja administrativa en el IMSS, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 10.

129.32. El 31 de agosto de 2016, V59 y V60 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en el IMSS, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 5, posteriormente fue atraído para su trámite y resolución por la Coordinación de Asuntos Contenciosos, asignándole el número de Expediente de Facultad de Atracción 5.

129.33. El 7 de febrero de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos resolvió en forma conjunta la queja administrativa y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, y declaró *“PROCEDENTE pero INFUNDADA la reclamación intentada por los promoventes”*.

- **Tribunal Federal de Justicia Administrativa.**

129.34. El 19 de septiembre de 2016, V59 y V60 promovieron el juicio de nulidad en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra la resolución negativa ficta recaída a su escrito de queja administrativa presentado el 10 de febrero de 2016 en la Delegación Estatal del IMSS, por lo que se radicó como Juicio de Nulidad 3.

129.35. El 3 de enero de 2017, V59 y V60 promovieron el juicio de nulidad en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de la resolución negativa ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial del Estado presentado el 31 de agosto de 2016 en la Delegación del IMSS, por lo que se radicó como Juicio de Nulidad 4.

129.36. El Juicio de Nulidad 3 y el Juicio de Nulidad 4 a la fecha en la que se emite la presente Recomendación, continúan en trámite.

- **V31 y V32.**

129.37. El 26 de enero de 2016, V31 y V32 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en la delegación Estatal Sinaloa del IMSS, donde se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 7.

129.38. El 22 de enero de 2018, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió improcedente el Expediente de Reclamación Patrimonial 7, lo cual se les notificó a los interesados el 30 de enero de ese mismo año.

- **Tribunal Federal de Justicia Administrativa.**

129.39. V31 y V32 promovieron el juicio de nulidad en la Sala Regional del Noroeste III del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra la resolución negativa ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial del

Estado presentado el 26 de enero de 2016 en la Delegación del IMSS, por lo que se radicó como Juicio de Nulidad 7.

129.40. El Juicio de Nulidad 7, a la fecha en la que se emite la presente Recomendación, continúa en trámite.

130. Para mejor comprensión de las averiguaciones previas y los procedimientos administrativos relacionadas con el caso particular, se esquematiza en el siguiente cuadro.

Expediente ministerial iniciado en la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa	
Averiguación Previa	Situación Jurídica
Averiguación Previa 1	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 24-09-2015 con motivo de las notas periodísticas en la cuales se reportó el fallecimiento de recién nacidos en el Hospital Regional 1. • Denuncia: Medios de comunicación. • Delito: Responsabilidad profesional cometido en contra del ejercicio de la profesión. • Víctima: Diversos recién nacidos. • Probable responsable: Quien resulte responsable. • Incompetencia: 19-10-15, ordenó su remisión a la PGR en razón de materia.

Expediente ministerial iniciados en la PGR, Delegación Sinaloa.	
Averiguación Previa	Situación Jurídica
Averiguación Previa 2	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio como Acta Circunstanciada: 25-09-2015. • Fecha de inicio de Averiguación Previa 2: 2-10-2015.

	<ul style="list-style-type: none"> • Delito: Homicidio culposo con calificativa de responsabilidad profesional. • Víctimas: Diversos recién nacidos • Probables responsables: Quien resulte responsable. • A la fecha continúa en integración.
--	---

Expediente administrativo iniciado de oficio ante el Órgano Interno de Control en el IMSS	
<p>Queja Administrativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 2-10-2015, con motivo de la nota periodística publicada el 16 de septiembre de 2015, así como con las quejas presentadas por el representante legal de V6, V58 y V61. • El 20-12-17, la División de Auditoría Operacional a los Servicios Médicos del IMSS, emitió la opinión técnica médica con motivo de la investigación respecto de posibles irregularidades en el Hospital Regional 1, en la cual determinó: No se acreditó que el personal médico o de enfermería que atendió a los 16 casos sometidos a consideración, particularmente a hijos de V6, V58 y V61, incurrieran en negativa del servicio, deficiente atención médica por falta de insumos, de equipo terapéutico, negligencia, impericia o imprudencia, así como que hubiera existido un brote de "<i>klebsiella</i>" que ameritara implementación de medidas extraordinarias de control epidemiológico. • El 22-12-2017, emitió el "<i>ACUERDO DE ARCHIVO POR FALTA DE ELEMENTOS</i>". • El 29-12-2017, se notificó por correo electrónico al representante legal de V6, V58 y V61, dicha determinación, y se les informó que se dejaron a salvo sus derechos respecto a su pretensión de pago de indemnización y su manifestación respecto a que los hechos podían ser constitutivos de delito.

Expedientes de queja administrativa iniciada en la Coordinación de Atención y Orientación del Derechohabiente de la Delegación Estatal del IMSS en Sinaloa.	
Expediente de Queja Institucional 1	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 25-09-2015, V22 y V23 presentaron queja administrativa ante la Comisión de Arbitraje Médico Estatal de Sinaloa, la cual se remitió al IMSS por Convenio de Colaboración Interinstitucional, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 1. • El 5-09-16, V22 y V23 presentaron un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 1. • El 18-08-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de atracción en tales procedimientos debido a que en ambos, solicitaron indemnización por conceptos diferentes, pero con motivo del fallecimiento de VRN21, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 1. • El 12-07-18, dicha Coordinación resolvió procedente pero infundada la reclamación promovida, sin que condenara al IMSS el pago de la indemnización solicitada. • A la fecha, la notificación de V22 y V23, se encuentra <i>“en vías de notificación”</i>.
Expediente de Queja Institucional 2 y Expediente de Queja Institucional 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 30-08-15, V13 presentó dos quejas administrativas ante la Comisión de Arbitraje Médico Estatal de Sinaloa, las cuales se remitieron al IMSS por Convenio de Colaboración Interinstitucional, donde se radicaron como Expediente de Queja Institucional 2 y Expediente de Queja Institucional 3.

	<ul style="list-style-type: none"> • El 30-08-17, V13 y V14 presentaron un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado. • El 11-07-18, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta lo solicitado y determinó procedente pero infundada la reclamación promovida, sin que condenara al IMSS el pago de la indemnización solicitada. • A la fecha, la notificación de V13 y V14, se encuentra <i>“en vías de notificación”</i>.
<p style="text-align: center;">Expediente de Queja Institucional 4 y Expediente de Queja Institucional 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 09-10-2015, V27 y V28 presentaron dos quejas administrativas ante el IMSS, por el fallecimiento de dos de sus trillizos, las que se radicaron como Expediente de Queja Institucional 4 y Expediente de Queja Institucional 5. • El 13-09-17, V27 y V28 interpusieron el procedimiento de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado. • El 12-07-18, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta lo solicitado y determinó procedente pero infundada la reclamación promovida, sin que condenara al IMSS el pago de la indemnización solicitada. • A la fecha, la notificación de V27 y V28, se encuentra <i>“en vías de notificación”</i>.
<p style="text-align: center;">Expediente de Queja Institucional 6 y Expediente de Queja Institucional 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 22-10-2015, V6 presentó dos quejas administrativas ante el IMSS, por el fallecimiento sus hijos V4 y V5, las que se radicaron como Expediente de Queja Institucional 6 y Expediente de Queja Institucional 7. • El 31-08-16, V6 y V7 presentaron escrito de

	<p>reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de atracción en tales procedimientos, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 2. • El 10-01-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta las quejas administrativas y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y determinó procedente pero infundada la reclamación promovida. <p>Tribunal Federal de Justicia Administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 20-09-16, V6 y V7 promovieron juicio de nulidad en contra de la negativa ficta recaída a su escrito de queja, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 1, el cual se encuentra en trámite. • El 24-02-17, V6 y V7 promovieron juicio de nulidad en contra de la resolución negativa ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 2, el cual se encuentra en trámite.
<p>Expediente de Queja Institucional 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 30-09-2015, V34 presentó queja administrativa ante la Comisión de Arbitraje Médico Estatal de Sinaloa, la cual se remitió al IMSS por Convenio de Colaboración Interinstitucional, donde se radicó como Expediente de Queja Institucional 8. • El 2-06-16, V34 y V35 presentaron un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 3. • El 14-08-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de

	<p>atracción en tales procedimientos debido a que en ambos, solicitaron indemnización por conceptos diferentes, pero con motivo del fallecimiento de V33, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 3.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El 28-02-18, dicha Coordinación resolvió procedente pero infundada la reclamación promovida, sin que condenara al IMSS el pago de la indemnización solicitada. • El 20-03-18, se notificó a V34 y V35.
<p>Expediente de Queja Institucional 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 30-09-2015, V19 presentó queja administrativa ante la Comisión de Arbitraje Médico Estatal de Sinaloa, la cual se remitió al IMSS, donde se radicó en el IMSS como Expediente de Queja Institucional 9.
	<ul style="list-style-type: none"> • El 13-09-16, V19 y V20 presentaron un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 4.
	<ul style="list-style-type: none"> • El 18-08-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de atracción en tales procedimientos, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 4.
	<ul style="list-style-type: none"> • El 11-07-18, dicha Coordinación resolvió procedente pero infundada la reclamación promovida, sin que condenara al IMSS el pago de la indemnización solicitada. • A la fecha, la notificación de V19 y V20, se encuentra <i>“en vías de notificación”</i>.
<p>Expediente de Queja Institucional 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 10-02-2016, V59 y V60 presentaron queja administrativa ante el IMSS, por el fallecimiento su hija V58, la cual se radicó como Expediente de Queja Institucional 10.
	<ul style="list-style-type: none"> • El 31-08-16, presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el

	<p>cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de atracción en tales procedimientos, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 5. • El 7-02-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta la queja administrativa y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y determinó procedente pero infundada la reclamación promovida. <p>Tribunal Federal de Justicia Administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 19-09-16, promovieron juicio de nulidad en contra de la resolución negativa ficta recaída a su escrito de queja administrativa, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 3, el cual se encuentra en trámite. • El 3-01-17, promovieron juicio de nulidad en contra de la resolución ficta recaída al escrito de reclamación patrimonial del Estado, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 4, el cual se encuentra en trámite
<p>Expediente de Queja Institucional 11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de inicio: 24-08-2016, V62 presentó queja administrativa ante el IMSS por el fallecimiento su hijo V61, la cual se radicó como Expediente de Queja Institucional 11. • El 24-08-16, V62 y V63 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 6. • La Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS ejerció la facultad de atracción en tales procedimientos, por lo que se inició el Expediente de Facultad de Atracción 6.

	<ul style="list-style-type: none"> • El 25-04-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió de manera conjunta la queja administrativa y la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado y determinó procedente pero infundada la reclamación promovida <p>Tribunal Federal de Justicia Administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 03-01-17, V62 y V63 promovieron juicio de nulidad en contra de la resolución negativa ficta recaída a su escrito de queja, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 5, el cual se encuentra en trámite.
	<ul style="list-style-type: none"> • El 03-01-17, V62 y V63 promovieron juicio de nulidad en contra de negativa ficta que recayó a su escrito de reclamación patrimonial del Estado, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 6, el cual se encuentra en trámite.
<p>Expediente de Reclamación Patrimonial 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 26-01-16, V31 y V32 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, el cual se radicó como Expediente de Reclamación Patrimonial 7. <ul style="list-style-type: none"> • El 22-01-17, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió el Expediente de Reclamación Patrimonial 7, lo cual se notificó a los interesados el 30 de ese mismo mes y año. <p>Tribunal Federal de Justicia Administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • V31 y V32 promovieron juicio de nulidad en contra de la resolución negativa ficta recaída a su escrito de reclamación patrimonial del Estado, por lo que se radicó el Juicio de Nulidad 7, el cual se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES.

131. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/7709/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital Regional 1 cometido en agravio de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, de conformidad con lo siguiente:

131.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud.

131.2. Violación al derecho humano a la vida.

131.3. Violación al principio de interés superior de la niñez.

131.4. Violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

132. También se acreditó la violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud, atribuible a personal médico del Hospital Regional 1, en agravio de V29, V30, V33, V36, V38, V41, V47, V52, V55 y V58.

133. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

134. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho toda persona a la protección de la salud, cuyo párrafo noveno, establece que “(...) *los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de (...), salud, (...) para su desarrollo integral (...)*”.

135. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los artículos 13 fracción IX y 50, fracciones I y II, igualmente contemplaba que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud, así como recibir la prestación de servicios de atención médica de calidad de conformidad con la legislación aplicable para prevenir, proteger y restaurar la salud.

136. Es atinente la jurisprudencia administrativa “*DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y*

*equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)*².

137. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la cual se aseveró que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, (...) tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.

138. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

139. El artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

140. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con “a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...); c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas (...)*”.

141. El punto 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”.³

142. La Observación General No. 15⁴ del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, en el punto 7 establece que “(...) *El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable*

³ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴ “*Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 17 de abril de 2013.

para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)”, a su vez, en el punto 25, indica que *“(...) Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento (...)*”.

143. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales *“Protocolo de San Salvador”*, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

144. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁵ estableció que *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*”.

145. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que médicos del Hospital Regional 1, dejaron de considerar su calidad de garantes en la atención médica brindada a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 7º del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, al haber omitido en el cumplimiento

⁵ Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

de sus funciones informar a AR13 que sus respectivos pacientes cursaban con datos clínicos y por laboratorio compatibles con “*sepsis*” en sus diversas manifestaciones, lo que se tradujo en la evidente violación al derecho humano a la protección de la salud y la consecuente vida de las personas recién nacidas, como se acreditará más adelante.

❖ **Consideraciones preliminares.**

146. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico del Hospital Regional 1, resulta imprescindible explicar algunos términos para su mejor comprensión.

147. La Organización Mundial de la Salud en lo subsecuente OMS establece que hay tres causas de la mortalidad neonatal a nivel mundial: los partos prematuros, asfixia e infecciones graves como “*sepsis*” y neumonía.

148. La OMS define a la persona recién nacida, como “*un niño que tiene menos de 28 días*”, y por cuanto hace a las personas recién nacidas prematuras, indica que no están totalmente preparados para la vida extrauterina, debido a que se enfrían con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse ya que su organismo no está plenamente desarrollado, lo que puede provocarles problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como infecciones.

149. Destaca como factores de riesgo característicos de la persona recién nacida prematura, los siguientes:

149.1. La edad gestacional, esto es, entre menor sea ésta, el pronóstico es más desfavorable.

149.2. Peso bajo para la edad gestacional.

149.3. Baja calificación de Apgar y otras enfermedades asociadas.

149.4. La principal causa de morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro, es la patología respiratoria, siendo el más común el síndrome de dificultad respiratoria “SDR”⁶, seguido de la “*apnea del prematuro*”, que no es más que el cese de la respiración por más de 20 segundos o menor a ese tiempo si se acompaña de bradicardia o desaturación de oxígeno (obstruye las vías respiratorias).

149.5. Otra de sus manifestaciones guarda relación con la “*acidosis metabólica*” (función renal limitada, lo que ocasiona disminución de la capacidad de concentración y dilución de la orina).

149.6. También “*enterocolitis necrotizante, ECN*”, enfermedad aguda del intestino con necrosis, asociada con prematurez extrema y otros eventos, la cual aumenta su incidencia en caso de “*brotos epidémicos*”, entendido éste como la ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el

⁶ La Guía de Práctica Clínica del “*Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*”, lo define como “*una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro (...) se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado*”.

paciente o por el personal de salud en la unidad hospitalaria representando una incidencia mayor de la esperada y en los que existe asociación epidemiológica.⁷

150. La Guía de práctica clínica de *“Intervenciones de Enfermería para la Atención del Recién Nacido Prematuro”*, considera a la persona recién nacida inmadura como, *“(…) aquel producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos”*.

151. Los clasifica en: extremadamente prematuros (menos de 28 semanas de gestación), muy prematuro (28 a 32 semanas de gestación) y en moderadamente prematuro a prematuro tardío (de 32 a 37 semanas de gestación).

152. A su vez, la Guía de práctica clínica del *“Manejo del Recién Nacido Prematuro Sano en la Sala de Prematuros”* establece que, dada su condición de requerir cuidados especializados, involucra procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.), lo que los vuelve más propensos a infecciones intrahospitalarias, cuya gravedad depende principalmente del agente etiológico y de su edad gestacional.

153. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, establece que las infecciones asociadas a la atención de la salud *“IAAS”*, esto es las infecciones

⁷ Punto 3.1.5. de la NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades nosocomiales”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2007.

«nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que no tenía ni estaba incubando al momento de su ingreso.

154. La norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el IMSS, en el punto 6.37, la define como *“la condición localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en período de incubación, en el momento del ingreso del paciente al hospital”*.

155. La CONAMED⁸ establece que los neonatos críticamente enfermos son especialmente vulnerables a las infecciones nosocomiales como la neumonía asociada a ventilador y bacteriemia asociada a catéter venoso central, siendo especialmente susceptibles las personas recién nacidas prematuras, dada la inmadurez de su sistema inmune, pobre integridad de la piel, múltiples procedimientos invasivos, exposición ambiental y manipulación excesiva de los cuidadores, lo que conduce a colonización bacteriana (agrupación de bacterias), a lo que se adiciona la estrecha relación entre el peso al nacer y el riesgo de presentar un episodio de infección nosocomial.

156. Cabe mencionar que las infecciones nosocomiales, están íntimamente interrelacionadas con la *“sepsis”* en sus diversas modalidades, bacteriemia, choque séptico, entre otras, entendiéndose por éstas lo siguiente:

⁸ Revista *“CONAMED”* 2011. Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: Perspectiva de Seguridad del Paciente.

156.1. La OMS establece que la “*sepsis*” surge cuando una persona tiene una infección y la reacción del cuerpo daña tejidos y órganos, puede aparecer por infecciones causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos.

156.2. La Guía de práctica clínica de “*Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*”, alude a que la “*sepsis neonatal*” se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida y en la actualidad incluye a las personas recién nacidas de muy bajo peso, esto es, menor a 1,500 gramos.

156.3. Los mecanismos de transmisión nosocomial se encuentran en los microorganismos del entorno hospitalario, sobre todo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN, donde se coloniza al neonato por contacto del personal de salud (manos) o a material contaminado, inicia después de las 72 horas de vida, pero puede comenzar antes y se encuentra asociada al empleo de procedimientos invasivos de diagnóstico, tratamiento y se dividen en:

156.3.1. “*Gram positivos*” como el “*staphylococcus epidermidis*”.

156.3.2. “*Gram negativos*” como “*escherichia coli, klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa y otras enterobacterias*”.

156.4. Algunos de los síntomas de la “*sepsis neonatal*” incluyen disminución de la actividad espontánea, apnea, bradicardia, inestabilidad térmica, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, distensión abdominal, inquietud, convulsiones e ictericia, entre otros, y se clasifica en:

156.4.1. “*Sepsis neonatal temprana*”, ocurre en las primeras 72 horas de vida y se encuentra asociada a complicaciones de trabajo de parto y propias del parto, como la neumonía.

156.4.2. “*Sepsis neonatal tardía*”, ocurre entre las 72 horas de vida y el final del periodo neonatal, se adquiere en la comunidad o dentro del hospital y entre sus manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentra la bacteriemia (bacterias en el torrente sanguíneo, siendo sus consecuencias falla sistémica y shock séptico) y meningitis.

157. El punto 6.9.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, “*Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*”⁹, refiere el término “*bacteriemia no demostrada en niños*” antes identificado como “*sepsis*”.

158. El recién nacido con “*sepsis*” puede evolucionar al choque séptico, incluso en presencia de dificultad respiratoria y disminución de la perfusión, antes de que llegue a la hipotensión, puede presentar hipotermia o hipertermia, alteración en estado mental y vasodilatación periférica (*choque caliente*) o extremidades frías

⁹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.

(*choque frío*), disfunción cardiovascular, y en caso de que progrese, daño orgánico terminal y muerte.

❖ **“Brote de infección nosocomial” en el área de “cunero patológico” del Hospital Regional 1.**

159. La OMS, establece que los hospitales deben contar con un área destinada al cuidado intensivo neonatal para la atención de neonatos (menos de 28 días de vida), cuya vida está en peligro y, por tanto, requieren atención médica y de enfermería especializada las 24 horas del día.

160. En ese sentido, el “*cunero patológico*” y la UCIN constituyen un área de gran atención en cualquier nosocomio por el tipo de personas que albergan, esto es, pacientes con disímiles factores de riesgo, de entre los que se destaca: prematurez, bajo peso al nacer, dificultad respiratoria, “*patologías de base*” derivadas de su propio nacimiento, entre otras, quienes al permanecer hospitalizados son sometidos a numerosos procedimientos que los vuelven más susceptibles a las infecciones hospitalarias.

161. Patologías que se manifiestan por diversas vías, una de las primordiales es el contacto directo a través de las manos del personal o de las visitas; o bien, contacto indirecto, esto es, a través de objetos inanimados contaminados con alguna bacteria o germen como estetoscopios, termómetros, sondas, etc.

162. En el caso particular, con motivo de los hechos puestos del conocimiento de la opinión pública a través de distintos medios periodísticos, el 22 de septiembre de 2015, personal de este Organismo Nacional se constituyó en el Hospital Regional 1, donde aconteció lo siguiente:

162.1. El Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, entregó un listado provisional con algunos nombres y datos de las progenitoras de las personas recién nacidas perjudicadas con copia de sus respectivos expedientes clínicos.

162.2. El Coordinador Jurídico y Jefe del Área de Investigación de Quejas Médicas de dicho Instituto, indicó que hubo once fallecimientos en el “*cunero patológico*”, en su mayoría con el antecedente de prematuros entre otros diagnósticos, que aún no se establecía la relación entre los fallecimientos y no se tenía conocimiento de que se hubiera solicitado la realización de alguna necropsia.

162.3. Como medida preventiva se desalojó el área de “*cunero patológico*” para su mantenimiento y aseo.

162.4. Las personas recién nacidas que aún requerían hospitalización fueron reubicadas en la UCIN del mismo hospital.

162.5. La COFEPRIS tomó muestras de agua y aire acondicionado para cultivo y otras muestras más (sin especificar de qué) las cuales se enviaron para su proceso al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

“*INER*”, quedando en espera de los resultados para adoptar las medidas correspondientes.

162.6. Se realizó un recorrido con AR1 y los referidos profesionistas, advirtiéndose que el área de “*cuneros patológicos*” estaba vacía tanto de pacientes como de mobiliario y que las condiciones de limpieza no eran las óptimas.

162.7. En dicho lugar personal de mantenimiento realizaba limpieza y pintaban el área, mientras personal de enfermería supervisaba dichas actividades.

162.8. En el segundo piso, se observó la UCIN desde el vestíbulo debido a que dicha área tiene restringido el paso por requerirse medidas extremas de higiene para su ingreso.

163. Al respecto, el 24 de agosto de 2016, este Organismo Nacional recibió el oficio 095217614B20/1627, a través del cual el IMSS informó lo siguiente:

163.1. En un día “*típico*” en el Hospital Regional 1 se otorgan 900 consultas de especialidades, 135 de urgencias, 57 ingresos hospitalarios, 41 intervenciones quirúrgicas y 13 partos.

163.2. En un mes atienden un promedio de 400 partos, la mayor parte de las personas recién nacidas permanecen en alojamiento conjunto con su progenitora y los que requieren cuidados intermedios son atendidos en el

“cunero patológico”, donde en su mayoría se reportan prematuros (cerca de 80 recién nacidos por mes) y los más graves se envían a la UCIN; agregó que la tasa de prematurez es del 6.3%.

163.3. Las principales causas de *“sepsis”* en las personas recién nacidas prematuras pueden originarse durante el último mes del embarazo como es el caso de infecciones de vías urinarias activas, ruptura prematura de membrana o cervicovaginitis; otras pueden adquirirse en el paso del canal del parto, lo que ocasiona que las personas neonatas puedan nacer infectadas o sean susceptibles de adquirir alguna infección en el medio ambiente hospitalario llamada *“infección nosocomial”*.

163.4. Definió al *“brote de infección nosocomial”* como aquel en el que se presentan dos o más casos relacionados entre sí por el mismo microorganismo en un lugar y tiempo determinado.

163.5. En el caso que nos ocupa, *“(…) la enfermedad fue caracterizada como bacteriemia (sepsis) relacionada con ‘klebsiella pneumoniae’, específicamente en el área del cunero patológico del [Hospital Regional 1] en el período del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015”*, debido a lo siguiente:

163.5.1. El CODECIN del Hospital Regional 1 detectó 4 defunciones de personas recién nacidas en el área de *“cuneros patológicos”* durante la semana del lunes 31 de agosto al domingo 6 de septiembre de 2015.

163.5.2. Situación que contrastó con las incidencias regulares de dicha área, esto es, de una a dos defunciones por semana y que se presentan por las características de vulnerabilidad de las personas recién nacidas.

163.5.3. Con motivo del fallecimiento de dos personas recién nacidas en un mismo día, se inició una investigación en el “*cunero patológico*”, y se tomaron muestras sanguíneas para cultivo a las personas neonatos con datos clínicos de bacteriemia.

163.6. El CODECIN implementó medidas de control y prevención de infecciones consistentes en reforzar criterios de acceso al servicio y aseo del área, toma de cultivos ambientales, vigilancia y supervisión de procedimientos invasivos, manejo de fórmulas lácteas y nutrición parenteral, reforzó la vigilancia y notificación a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, en lo sucesivo *UVEH*.

163.7. El 17 de septiembre de 2015, de manera preventiva se limitó el acceso de nuevos ingresos al “*cunero patológico*”, se reforzaron las condiciones de higiene y al siguiente día se trasladó a las personas que se encontraban en dicha área a la UCIN para implementar acciones exhaustivas de higiene.

163.8. Se consideraron potencialmente expuestos a los mismos factores de riesgo para infección nosocomial, 84 personas recién nacidas que

estuvieron internadas en el “*cunero patológico*” durante el período del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015.

163.9. De las 84 personas recién nacidas expuestas, “69 fueron dadas de alta y fallecieron 15” (sic).

163.10. A 19 personas recién nacidas, les tomaron muestras para hemocultivo, 5 con resultados negativos, 9 dieron positivos a “*klebsiella pneumoniae*” y los 5 restantes dieron positivo a distintos microorganismos no asociados al brote de “*sepsis*” en mención.

163.11. De las 9 personas neonatas con hemocultivos con desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*”, egresaron 6 y fallecieron 3.

163.12. De las 84 personas menores de edad expuestos, 19 son coincidentes con los casos integrados en la queja que nos ocupa y de éstos, sólo a 11 se les tomaron muestras para hemocultivo.

163.13. La razón por la cual a 8 personas recién nacidas no se les tomó muestra para hemocultivo, es la siguiente:

163.13.1. Por la aplicación inmediata de antibióticos de forma “*empírica*”, lo que invalidaría el resultado de los cultivos.

163.13.2. Contaban con varios factores de riesgo para desarrollar “*sepsis temprana*”.

163.13.3. En 7 casos, las madres presentaron infección de vías urinarias y cervicovaginitis y 12 desarrollaron diabetes gestacional.

163.13.4. La única madre que no cursaba con un proceso infeccioso, presentó preeclampsia severa, diabetes gestacional, obesidad, dislipidemia y síndrome de *“hellp”*.

163.13.5. 7 de las 8 personas recién nacidas presentaron síndrome de dificultad respiratoria y en todos los casos la edad gestacional fue menor a 37 semanas de gestación, por lo cual se les consideró de *“pretérmino”*.

163.14. Se concluye que 3 defunciones de las personas recién nacidas estuvieron asociadas a la bacteriemia por *“klebsiella pneumoniae”* y el resto de los fallecimientos se atribuyen a causas ajenas al *“brote de sepsis”*.

163.15. Se implementó un cerco sanitario para evitar la propagación de bacterias en el Hospital Regional 1 durante el mes de septiembre de 2015, que consistió en lo siguiente:

163.15.1. Aseos exhaustivos y sanitización con peróxido de hidrogeno, limpieza de ductos y rejillas de ventilación y extracción.

163.15.2. Se fortaleció la higiene de manos del personal y familiares, criterios de acceso al servicio, uso de medidas de barrera máxima,

vigilancia y supervisión de procedimientos invasivos, del manejo de las fórmulas lácteas y la nutrición parenteral.

163.15.3. Se limitó el acceso de nuevos ingresos al “*cunero patológico*” y se reubicó a las personas recién nacidas en la UCIN.

163.15.4. Se realizó el cierre-remodelación de dicha área, que incluyó: reparación de bordes esquinas y paredes, retiro de puertas de las tarjas, colocación de dispensadores automatizados de jabón, gel alcoholado, colocación de llaves con sistema automatizado en los lavamanos, puertas abatibles y sustitución con láminas de acero inoxidable de los anaqueles de madera.

163.16. Medidas que lograron interrumpir la cadena de transmisión de las bacterias y previnieron nuevos casos.

163.17. Con motivo de las defunciones de las personas recién nacidas no se dio intervención al Ministerio Público de la Federación, al no haber sido un caso médico legal, es decir, no derivó de un hecho violento.

163.18. No se realizó la necropsia, únicamente se certificó la muerte de las personas recién nacidas y se expidieron los certificados de defunción correspondientes.

164. De la información aportada por el IMSS, se evidenció la aceptación respecto al “*brote de infección nosocomial*” acontecido en el área de “*cunero patológico*”

del Hospital Regional 1 caracterizada como “sepsis” por “*klebsiella pneumoniae*” en el período comprendido del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015.

165. No pasó inadvertido para este Organismo Nacional, que de la información que antecede se advirtió que el IMSS reportó como fecha última del “*brote de infección nosocomial*”, el 17 de septiembre de 2015, sin embargo, atento al interés superior de la niñez para efectos del presente análisis, se considerara su duración hasta el 21 de septiembre de 2015, fecha en la cual se reportó el fallecimiento de VRN26.

166. Por lo anterior, se analizarán las acciones y omisiones en que incurrió personal médico del Hospital Regional 1 con motivo de los hechos que se investigan.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 por omisión del llenado de la “hoja de registro de infección nosocomial”.

167. Enseguida se analizarán las quejas presentadas ante este Organismo Nacional con motivo de deceso de catorce personas recién nacidas reportado durante el “*brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación*” al mismo.

- **VRN1, hija de V2.**

168. VRN1 nació mediante cesárea, a las 16:25 horas del 1º de septiembre de 2015, por trabajo de parto prematuro, del sexo femenino, con peso de 2,095 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 1/1, se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino de 34 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable taquipnea transitoria del recién nacido vs. síndrome de adaptación pulmonar”*.

169. Debido a que presentó *“quejido inconstante”*, se ordenó su ingreso al *“servicio de cunas”* para su vigilancia, donde se le reportó con leve dificultad respiratoria.

170. El 2 de septiembre de 2015, AR19 indicó que a VRN1 se le diera manejo con fototerapia y doble cobertura antibiótica ante las elevaciones de leucocitos, así como hiperbilirrubinemia, hiperfosfatemia e hipercloremia confirmadas por estudios de laboratorio.

171. VRN1 evolucionaba hacia la mejoría, no obstante, el 8 de septiembre de 2015, AR14 la reportó con leve dificultad respiratoria, llenado capilar de 2 a 3 segundos, sangrado de tubo digestivo, palidez generalizada, por lo que indicó ayuno, transfusión de plasma fresco y concentrados plaquetarios, reportándola muy grave con riesgo de complicaciones a corto plazo.

172. Ese mismo día, a las 17:00 horas, VRN1 presentó de manera súbita dos paros cardiorrespiratorios revertidos con maniobras de reanimación avanzada, sin

embargo, continuó con sangrado masivo a través del tubo endotraqueal y sonda orogástrica, por lo cual AR16 ordenó se le realizara una gasometría arterial que evidenció *“acidosis metabólica severa”*, la cual fue manejada con bicarbonato de sodio, concentrados plaquetarios y solución salina, sin embargo, después de 85 minutos de maniobras de reanimación, presentó un tercer paro cardiorrespiratorio sin que se revirtiera, por lo que se declaró como hora de su lamentable deceso las 18:25 horas del 8 de septiembre de 2015 y como causas de su muerte *“shock mixto, hemorragia pulmonar, sangrado de tubo digestivo y sepsis neonatal”*.

173. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, a pesar de que AR19 y AR14 advirtieron que VRN1 cursaba con un proceso infeccioso, omitieron notificarlo a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria o su equivalente.

- **VRN4, hijo de V6.**

174. VRN4 nació a las 16:55 horas del 20 de agosto de 2015, mediante cesárea por dilatación cervical de 8 centímetros, producto gemelar I, del sexo masculino, con peso de 810 gramos, calificación de Apgar 6/8 y Silverman-Andersen 0/0, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino de 34 semanas de gestación, desnutrición severa en útero, apnea secundaria remitida”*.

175. El mismo 20 de agosto de 2015, VRN4 ingresó al *“servicio de cunas”*, donde AR18 lo encontró con datos de dificultad respiratoria leve y riesgo de *“sepsis”* por maniobras de reanimación, por lo que ordenó vigilancia, estudios de laboratorio, radiografía de tórax, ultrasonido transfontanelar y abdominal, así como su valoración por cirugía y endocrinología pediátrica, indicándole ayuno, soluciones

parenterales calculadas, antibióticos (ampicilina y amikacina), aminofilina y protector de la mucosa gástrica (omeprazol).

176. El 21 de agosto de 2015, se le colocó un catéter venoso percutáneo para soluciones y medicamentos, así como se le suministró vitamina K, plasma fresco y concentrados plaquetarios porque los resultados de laboratorio lo reportaron con trombocitopenia, 44,000 μ /L (disminución de plaquetas).

177. Debido a que el 24 de agosto de 2015, VRN4 presentó hipoglucemia, AR14 le pasó una carga de solución glucosada y solicitó la realización de un hemocultivo debido a que sus resultados de laboratorio lo evidenciaron con leucocitosis, el cual se reportó negativo.

178. El 25 de agosto de 2015, VRN4 presentó disminución de leucocitos y plaquetas, por lo que, AR14 le ajustó el esquema de antibióticos además del antifúngico (evita crecimiento de hongos) y ordenó se le transfundiera plasma fresco.

179. Esa misma noche, AR18 le realizó una gasometría, la cual se reportó normal, no obstante, solicitó su vigilancia estrecha ante la posibilidad de que requiriera de ventilación mecánica debido a que contaba con datos de “*sepsis temprana*” evidenciada por laboratorio (leucopenia, trombocitopenia y PCR elevada) y a

pesar de que su hemocultivo resultó negativo, solicitó una radiografía de abdomen para descartar “*enterocolitis necrotizante*”¹⁰.

180. Debido a que VRN4 persistía con respiración ineficaz, el 29 de agosto de 2015, AR20 lo intubó sin complicaciones.

181. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se destacó que AR18 y AR20 omitieron llenar la “*hoja de registros de casos de infección nosocomial*” desde el momento en que detectaron que VRN4 presentaba datos de “*sepsis temprana*”.

182. A pesar del manejo médico brindado, VRN4 evolucionó al deterioro y a las 05:50 horas del 1º de septiembre de 2015, presentó un paro respiratorio, sin que respondiera a maniobras avanzadas de reanimación, por lo que SP8 estableció como causa de su desafortunado deceso “*sepsis neonatal severa, prematuridad y embarazo gemelar*”, padecimientos que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fueron diagnosticados oportunamente con tratamiento indicado.

¹⁰ La guía para el manejo integral del recién nacido grave de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la define como la “*enfermedad aguda del intestino con necrosis, asociada con prematuridad y otros eventos que provocan isquemia intestinal, caracterizada por la presencia de gas intramural en radiografía abdominal*”.

- **VRN5, hijo de V6.**

183. VRN5 nació a las 16:57 horas del 20 de agosto de 2015, mediante cesárea por dilatación cervical de 8 centímetros, producto gemelar II, del sexo masculino, con peso de 1,550 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 0/0, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino masculino de 34 semanas de gestación, desnutrido en útero”*.

184. Misma fecha en la que VRN5 ingresó al *“servicio de cunas”*, donde AR18 lo reportó sin alteraciones aparentes, le suministró doble esquema de antibiótico (ampicilina y amikacina) y asentó que los resultados de laboratorio evidenciaron discreta elevación de leucocitos, plaquetas e hipoglucemia, lo cual corrigió con alimentación.

185. Los días subsecuentes VRN5 evolucionó adecuadamente, pero el 26 de agosto de 2015, AR14 le suspendió una toma de alimento debido a que cursaba con dificultad respiratoria y solicitó su vigilancia estrecha por la hemorragia que tenía en algunas zonas cerebrales secundarias a su prematurez (confirmada en el ultrasonido transfontanelar, esto es una ecografía de los espacios entre los huesos del cráneo).

186. El 27 de agosto de 2015, AR14 le reajustó el tratamiento antibiótico (meropenem y vancomicina) a VRN5, ordenó que se le reinstalara un catéter percutáneo y fototerapia doble ante la hiperbilirrubinemia (ictericia, esto es, color amarillento) de origen multifactorial que presentaba.

187. El 30 de agosto de 2015, AR18 solicitó que se reiniciara la estimulación enteral¹¹ de VRN5 bajo vigilancia estrecha de todos los sistemas, no obstante, el 1º de septiembre de ese mismo año, AR14 se la suspendió de nueva cuenta dado el incremento de la temperatura (pico febril) y debido a que los resultados de los laboratorios lo reportaron con disminución de plaquetas, solicitó se le transfundiera plasma y concentrado plaquetario.

188. Debido a que VRN5 continuaba con dificultad respiratoria, el 2 de septiembre de 2015, AR14 solicitó una nueva radiografía de tórax y, a las 18:00 horas de ese mismo día, AR16 lo diagnosticó con “*sepsis neonatal tardía sin germen aislado*” y solicitó su valoración por cirugía pediátrica ante la sospecha de que cursara con “*enterocolitis necrotizante*”.

189. Con motivo de la interconsulta solicitada, el 3 de septiembre de 2015, SP1 diagnosticó a VRN5 con datos clínicos y radiológicos compatibles con *enterocolitis necrotizante* en estadio I, por lo que le dio tratamiento.

190. El 3 de septiembre de 2015, AR16 reportó a VRN5 con “*trombocitopenia severa*” (bajo nivel de plaquetas), confirmada por estudios de laboratorio, por lo que le ordenó concentrados plaquetarios y le ajustó las soluciones parenterales con mayor aporte de glucosa ante la hipoglucemia reportada.

¹¹ La Guía de práctica clínica de “*Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional*”, la define a la “*alimentación enteral*” como la administración de cualquier alimento en el tracto gastrointestinal, mediante sonda intragástrica, vaso o seno materno.

191. El 4 de septiembre de 2015, VRN5 fue valorado por AR18, quien advirtió que continuaba con dificultad respiratoria, abdomen distendido con hepatoesplenomegalia (hígado y bazo aumentados de tamaño), por lo cual le modificó el esquema antibiótico (cefepime y linezolid) y otro antifúngico (caspofungina) y atento a su estado clínico y reportes de los estudios de laboratorio, lo diagnosticó con “*sepsis severa*” con respuesta inflamatoria sistémica con alto riesgo de complicaciones.

192. El 5 de septiembre de 2015, AR23 y AR27 le colocaron a VRN5 un catéter venoso central por venodisección para soluciones intravenosas y nutrición parenteral, sin embargo, el 6 de ese mismo mes y año, AR21 lo reportó con datos francos de “*sepsis severa*” y períodos frecuentes de apneas, fontanela tensa y con alcalosis metabólica compensada confirmada por gasometría.

193. A pesar del manejo brindado a VRN5, el 8 de septiembre de 2015 presentó paro cardiorrespiratorio revertido por maniobras de reanimación avanzada, se le colocó intubación orotraqueal y apoyo ventilatorio, sin embargo, presentó sangrado masivo por la cánula y narinas, hasta que cayó en paro cardíaco sin respuesta a las maniobras de reanimación avanzada, por lo cual AR14 declaró como hora de su lamentable deceso las 02:22 horas y estableció como causas de su muerte “*hemorragia pulmonar, choque séptico, sepsis y recién nacido desnutrido en útero*”.

194. Personal médico de este Organismo Nacional, asentó que a pesar de que AR16, AR21 y AR27 diagnosticaron a VRN5 con un proceso infeccioso, omitieron

llenar la *“Hoja de registros de casos de infección nosocomial”* para la notificación correspondiente.

- **VRN8, hijo de V9.**

195. VRN8 nació a las 17:42 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea por hipomotilidad (disminución de la capacidad de movimiento) y bradicardia fetal, del sexo masculino, con peso de 2,150 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 3/3, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino 35 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional y síndrome de dificultad respiratoria en evolución”*.

196. Debido a que VRN8 presentó dificultad respiratoria leve con tiros intercostales, así como quejido respiratorio, se le colocó oxígeno mediante casco cefálico y se ordenó su ingreso al *“servicio de cunas”*, donde AR22 le dio maniobras de reanimación avanzadas hasta que recuperó la frecuencia cardíaca y respiratoria y lo diagnosticó con *“síndrome dismórfico en pared torácica con tórax en quilla y deformidad en hemitórax izquierdo”*.

197. El 30 de agosto de 2015, AR18 reportó a VRN8 con hipoglucemia severa e hiperkalemia (aumento de potasio en la sangre), confirmado por laboratorio y se le colocó un catéter percutáneo, reportándolo grave con pronóstico reservado a evolución.

198. El 4 de septiembre de 2015, AR14 determinó que VRN8 presentaba datos de “*sepsis*”, por lo que requería manejo en la UCIN ante la inestabilidad con tendencia al deterioro.

199. El 5 de septiembre de 2015, AR23 indicó nutrición parenteral y vigilancia estrecha para VRN8 y, el 7 de ese mismo mes y año, AR14 le colocó nuevo catéter percutáneo y lo intubó para que le transfundieran concentrados plaquetarios, así como modificó el esquema de antibióticos debido a que presentó hipoxia severa, saturación de oxígeno de 65%, taquicardia y mal llenado capilar, reportándolo muy grave con alto riesgo de complicaciones a corto plazo.

200. El 8 de septiembre de 2015, AR14 le realizó a VRN8 una aféresis plaquetaria (conexión por vía venosa a una máquina separadora de células) porque un día previo presentó sangrado gástrico activo por cánula endotraqueal (catéter que se inserta en la tráquea) e indicó que presentaba choque séptico y falla orgánica múltiple.

201. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, a pesar de que AR14 y AR23 asentaron en las notas médicas correspondientes, la fecha en la que VRN8 presentó “*sepsis*” y choque séptico, omitieron notificar tal circunstancia a través de la “*Hoja de registros de casos de infección nosocomial*”.

202. El 9 de septiembre de 2015, AR16 le colocó a VRN8 otro catéter central percutáneo, lo manejó con aminas (dobutamina y dopamina) y le indicó reposición de bicarbonato y una transfusión urgente debido a que presentaba “*acidosis metabólica severa*” confirmada por gasometría.

203. Ese mismo día, VRN8 cayó en paro cardiorrespiratorio que fue revertido, pero debido a que continuó con tendencia a la bradicardia y desaturación, a las 02:10 horas presentó otro sin que respondiera a maniobras de reanimación avanzada, por lo cual AR16 estableció como causas de su lamentable fallecimiento “*choque mixto (12 horas) y sepsis severa (2 días)*”, padecimientos graves por lo que a criterio del personal médico de este Organismo Nacional, para los cuales se le brindó tratamiento oportuno.

- **VRN11, hijo de V13.**

204. VRN11 nació a las 03:25 horas del 19 de agosto de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro, producto de embarazo gemelar I por fecundación in vitro, del sexo masculino, con peso de 1,250 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1.

205. Mismo día en que VRN11 ingresó al “*servicio de cunas*”, donde AR21 lo diagnosticó como: “*recién nacido de pretérmino de 30 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y prematuridad extrema*”.

206. AR14 el mismo 19 de agosto de 2015, reportó a VRN11 con hipotermia (disminución de la temperatura), por lo cual lo colocó en una incubadora para termorregulación.

207. El 25 de agosto de 2015, AR18 ordenó la realización de una radiografía de abdomen ante la posibilidad de que VRN11 presentara enterocolitis necrotizante “ENC”, le ordenó ayuno y estudios de laboratorio de control para descartar “sepsis neonatal”.

208. El 31 de agosto de 2015, AR16 reportó a VRN11 con “acidosis metabólica descompensada”, mala perfusión tisular, respiraciones periódicas (respiración irregular), coloración terrosa-ictérica, apnea obstructiva con salida de material “cafesoso” espeso, por lo que se le intubó y transfundió un paquete globular con concentrado plaquetario ante la salida de sangre fresca en moderada cantidad que presentó.

209. A las 17:15 horas de ese 31 de agosto de 2015, AR16 indicó que los resultados de los estudios de laboratorio de VRN11, evidenciaron trombocitopenia grave, leucocitosis, hiperbilirrubinemia e hiperglucemia, por lo que le colocó un catéter venoso percutáneo en miembro torácico izquierdo, así como solicitó otro por venodisección y ante la ausencia de peristalsis con hepatomegalia y taquicardia, ordenó su traslado a la UCIN.

210. En dicha unidad, cinco minutos posteriores, AR24 y AR25 reportaron a VRN11 grave, con signos clínicos y alteraciones hematológicas sugestivas de “sepsis”.

211. El 1º de septiembre de 2015, AR26 indicó que a pesar del manejo médico proporcionado a VRN11 continuaba en malas condiciones generales y le ajustó los antibióticos (meropenem y vancomicina), sin embargo, a las 10:00 horas de

ese mismo día, lamentablemente falleció, por lo que estableció como causas de su deceso: *“insuficiencia respiratoria, probable enterocolitis, sepsis neonatal tardía, sangrado de tubo digestivo alto y choque séptico”*.

212. El personal médico de este Organismo Nacional indicó que AR24, AR25 y AR26 omitieron notificar a través de la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* que VRN11 cursaba con probable *“sepsis”* y alteraciones hematológicas sugestivas de ésta.

- **VRN12, hijo de V13.**

213. VRN12 nació a las 03:27 horas del 19 de agosto de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro, producto de embarazo gemelar II, fecundación in vitro, del sexo masculino, con peso de 1,375 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1.

214. Misma fecha en la que ingresó al *“servicio de cunas”*, donde AR21 lo diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino de 30 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y prematurez extrema”*.

215. El mismo 19 de agosto de 2015, VRN12 presentó datos de dificultad respiratoria de leve a moderada con quejido espiratorio discontinuo y otros síntomas, por lo que AR14, le colocó oxígeno por casco y ordenó su vigilancia estrecha ante el riesgo de que presentara algún proceso inflamatorio sistémico.

216. Los días subsecuentes, VRN12 inició la vía oral con leche materna por sonda orogástrica, con uresis y evacuaciones al corriente, sin embargo, el 30 de agosto de 2015, AR17 lo reportó en muy malas condiciones generales (palidez generalizada, respiración agónica, sangrado masivo activo pulmonar e intestinal, hipoactivo, pero reactivo a estímulos) con *“acidosis metabólica”* y sangrado abundante por la cánula orotraqueal, por lo cual lo diagnosticó con *“sepsis sin germen aislado”*, le modificó el esquema de antibióticos (cefotaxima y vancomicina) y solicitó concentrados plaquetarios, plasma fresco y paquete globular, así como su ingreso a la UCIN ante su gravedad con alto riesgo de muerte.

217. El mismo 30 de agosto de 2015, a las 19:30 horas VRN12 presentó nuevo sangrado pulmonar que evolucionó con deterioro hemodinámico y paro cardiorrespiratorio a pesar de las maniobras de reanimación avanzada que le dieron durante 30 minutos, por lo cual AR17 lo declaró fallecido a las 20:20 horas y estableció como causas de su lamentable deceso: *“hemorragia pulmonar masiva, coagulación intravascular diseminada y choque séptico”*.

218. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR17 omitió llenar la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* cuando diagnosticó a VRN12 con *“sepsis sin germen aislado”*.

- **VRN15, hijo de V16.**

219. VRN15 nació a las 16:55 horas del 30 de agosto de 2015, mediante cesárea debido a que V16 presentaba preeclampsia severa y oligohidramnios severo (falta de líquido amniótico), del sexo masculino, con peso de 1,450 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Siverman Andersen 2/2, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino 33 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional, desnutrido in útero, riesgo de infección por ruptura prematura de membranas”*.

220. Por lo anterior, VRN15 ingresó al *“servicio de cunas”* con manejo médico, ayuno, soluciones parenterales calculadas, antibióticos (ampicilina y amikacina), oxígeno por casco cefálico, oximetría continua y glicemia capilar cada 6 horas, por lo que se solicitó la realización de estudios de laboratorio y radiografía de tórax.

221. El 2 de septiembre de 2015, AR21 integró al diagnóstico de VRN15 enterocolitis necrotizante *“ECN” estadio I*”, por lo cual lo dejó en ayuno con soluciones calculadas y le colocó una sonda orogástrica abierta.

222. El 4 de septiembre de 2015, AR18 indicó que los resultados de los estudios de laboratorio de VRN15 lo reportaron con datos de *“sepsis neonatal temprana”* (leucocitos al límite normal, trombocitopenia, PCR elevada, hiperbilirrubinemia e hiperkalemia), por lo cual le modificó la cobertura antimicrobiana (cefotaxima y vancomicina) y le dio fototerapia.

223. El 5 de septiembre de 2015, AR23 refirió a VRN15 sin datos de dificultad respiratoria, abdomen con peristalsis (contracciones) presente, sin distensión, inclusive ordenó el inicio de la vía oral con microestimulación y vigilancia en caso de dificultad respiratoria, nutrición parenteral y la colocación de un catéter percutáneo.

224. A pesar de lo anterior, el 8 de septiembre de 2015, AR16 le colocó a VRN15 un “*CPAP nasal*” debido a que presentó respiración periódica y ante el riesgo de que progresara la dificultad respiratoria y requiriera ventilación mecánica, también solicitó concentrados plaquetarios y agregó un antifúngico (fluconazol) a su tratamiento.

225. El 10 de septiembre de 2015, AR14 le realizó un hemocultivo y una radiografía de abdomen a VRN15, por lo que, el 12 de ese mismo mes y año, AR30 lo reportó con datos clínicos y bioquímicos de “*sepsis*”, situación que notificó a través de la “*hoja de registros de casos de infección nosocomial*”, en la que indicó lo siguiente:

225.1. Fecha en la que a VRN15 se le detectó la infección nosocomial, 10 de septiembre de 2015.

225.2. El sitio de infección fue “*hematológico*”.

225.3. Factor de riesgo: venoclisis en el brazo izquierdo y sonda orogástrica “*SOG*” colocadas en distintas fechas.

225.4. Por lo cual recibió tratamiento con doble antibiótico.

226. El personal médico de este Organismo Nacional indicó que AR14, AR16, AR18 y AR23 omitieron la notificación en la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* de que VRN15 cursaba con *“sepsis neonatal temprana”*.

227. Llama la atención de este Organismo Nacional, que el IMSS no haya remitido las notas médicas subsecuentes, únicamente el certificado de defunción del que se advirtió que VRN15 lamentablemente perdió la vida el 13 de septiembre de 2015, a las 04:15 horas y que AR27 estableció como causas de su muerte: *“choque séptico, enterocolitis necrotizante y sepsis temprana”*, patologías graves que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fueron diagnosticadas con tratamiento oportuno.

- **VRN18, hijo de V19.**

228. VRN18 nació a las 03:40 horas del 9 de septiembre de 2015, mediante parto eutócico, del sexo masculino, con peso de 2,450 gramos, calificación de Apgar 7/8 y Silverman Andersen 2/3, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino de 34 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina”*.

229. Veinte minutos posteriores se le colocó un tubo orotraqueal y se le aplicó una dosis de factor surfactante exógeno (terapia para membrana hialina) para protección de la vía aérea sin retirarle la intubación y con ventilación mecánica,

ingresó al “servicio de cunas” donde AR19 lo reportó en malas condiciones generales y bajo sedación.

230. El 11 de septiembre de 2015, AR18 reportó que VRN18 cursaba con “*sepsis neonatal*” confirmada con los resultados de sus estudios de laboratorio, en los que se evidenció que presentaba leucocitosis, hiperbilirrubinemia, hiperkalemia, hiponatremia y PCR elevada, por lo que le amplió la cobertura antibiótica (cefotaxima, ampicilina y amikacina), agregó inmunoglobulina humana, sodio, calcio, nutrición parenteral y fototerapia.

231. AR14 ese mismo día, indicó que VRN18 también presentaba datos de falla renal y desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que solicitó una gasometría arterial e indicó que el hemocultivo que se le realizó, resultó negativo.

232. El 12 de septiembre de 2015, AR28 extubó a VRN18 debido a que presentó datos de dificultad respiratoria y frecuencias respiratorias de 80 por minuto (elevadas), inició la fase II de ventilación con la colocación de “CPAP” nasal, así como ordenó se le realizara una nueva gasometría y se le mantuviera en ayuno.

233. Personal médico de este Organismo Nacional, indicó que AR14, AR18 y AR28 omitieron notificar a través de la “*Hoja de registros de casos de infección nosocomial*”, que VRN18 cursaba con “*sepsis neonatal*” y “*sepsis*”.

234. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que el IMSS no haya remitido las notas médicas subsecuentes, sin embargo, informó que “(...) *El 13/09/15 [VRN18] evoluciona con malas condiciones generales, piel marmórea,*

taquicardia, paro cardiorrespiratorio, (...) se realizan maniobras de reanimación, sin obtenerse respuesta, con hora de defunción a las 5:53 horas del día 13 de septiembre de 2015. Recién Nacido con comorbilidad importante (...) antecedentes maternos de 2 abortos previos, (...) diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo e infección de vías urinarias activa” y estableció como causas de su lamentable muerte, “enfermedad de la membrana hialina, prematuridad, sepsis severa e hiperbilirrubinemia”.

- **VRN21, hijo de V22.**

235. VRN21 nació a las 21:29 horas del 30 de agosto de 2015, mediante *“intraparto”* por preeclampsia severa, diabetes mellitus tipo 2 e infección de vías urinarias materna activa, del sexo masculino, con peso de 1,790 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1.

236. Debido a su prematuridad, ingresó al *“servicio de cunas”* con manejo médico, ayuno, sonda orogástrica a derivación, soluciones parenterales calculadas, antibióticos (ampicilina y amikacina), oxígeno por casco cefálico y oximetría, donde AR18 aclaró que VRN21 nació por cesárea no por parto vaginal y lo diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino 35 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna activa”.*

237. El 1º de septiembre de 2015, personal médico de quien se desconocen datos, indicó que VRN21 presentaba *“poliglobulia”* (aumento de los glóbulos rojos o eritrocitos) confirmada por resultados de los estudios de laboratorio, por lo cual

se le extrajeron 16 ml. de sangre repuestos con solución salina (salinoféresis), previa colocación de catéter venoso umbilical, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fue adecuado.

238. Con motivo de dicho procedimiento, AR16 solicitó se le dejara en ayuno con sonda orogástrica abierta y la aplicación de fototerapia, también agregó un antibiótico (cefotaxima) a su tratamiento y solicitó se le transfundiera un paquete globular.

239. El 2 de septiembre de 2015, AR16 reportó que VRN21 se encontraba estable dentro de su gravedad y AR21 le indicó doble esquema de antibióticos.

240. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, aun cuando AR16 y AR18 realizaron modificaciones al tratamiento de VRN21, fueron omisos en notificar en la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* que cursaba con datos clínicos de *“sepsis”*.

241. VRN21 falleció a las 06:00 horas del 3 de septiembre de 2015 y AR16 estableció como causa de su lamentable fallecimiento, *“choque séptico y poliglobulia”*.

- **VRN24, hijo de V27.**

242. VRN24 nació a las 11:15 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea por preeclampsia severa de V27, producto de embarazo múltiple, trillizo I, del sexo masculino, con peso de 1,815 gramos, calificación de Apgar 8/9 y

Silverman Andersen 2/2, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria pb tipo 1, riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna”*.

243. Mismo día en que VRN24 ingreso al “servicio de cunas”, donde AR16 lo reportó en regulares condiciones, con ayuno, sonda orogástrica “SOG” a gravedad, soluciones parenterales, antibiótico (ampicilina y amikacina), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), aminofilina (reduce el riesgo de broncoespasmo) y en incubadora para eutermia (temperatura normal), por lo que ordenó estudios de laboratorio.

244. En días subsecuentes a VRN24 se le manejó con fototerapia aunado a que evolucionó con signos vitales normales y con resultados de laboratorio aceptables, por lo que el 9 de septiembre de 2015, AR14 ordenó iniciara la vía oral con leche materna por sonda orogástrica “SOG”.

245. Sin embargo, el 10 de septiembre de 2015, AR14 reportó que VRN24 contaba con datos leves de dificultad respiratoria y que los resultados de sus estudios de laboratorio evidenciaron que cursaba por un foco infeccioso (PCR muy elevada de, trombocitopenia severa, leucocitos elevados e hiperbilirrubinemia), por lo que le modificó el esquema de antibióticos.

246. Ante el deterioro clínico de VRN24, el 11 de septiembre de 2015, AR16 le colocó intubación orotraqueal, ventilación mecánica y un catéter venoso central percutáneo, le indicó ayuno, nutrición parenteral y la realización de una

radiografía toracoabdominal de control, aféresis plaquetaria, plasma fresco, dopamina y agregó un antifúngico (fluconazol) a su tratamiento, así como solicitó su valoración por terapia intensiva neonatal.

247. El 12 de septiembre de 2015, AR28 reportó a VRN24 hemodinámicamente muy inestable, con signos vitales fuera de rangos normales, taquicardia, pálido, tensión arterial imperceptible, hipoactivo, hiporreactivo, abdomen muy distendido, gasto por sonda orogástrica “SOG” con características en pozos de café, extremidades con llenado capilar de 4 segundos, por lo que inició su manejo con aminas.

248. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR14, AR16 y AR28 omitieron la notificación a través de la *“Hoja de registros de casos de infección nosocomial”* de que VRN24 cursaba con infección nosocomial, probable *“sepsis”* y alteraciones hematológicas sugestivas de *“sepsis”*.

249. El 14 de septiembre de 2015, AR18 refirió a VRN24 con datos de hemorragia pulmonar manejada con hidrocortisona y dopamina, no obstante, presentó bradicardia seguida de un paro cardíaco sin respuesta a las maniobras avanzadas de reanimación, por lo cual declaró como hora de su lamentable deceso las 02:20 horas de ese mismo día y estableció como causas de su defunción: *“choque séptico, sepsis neonatal tardía y enterocolitis necrotizante”*.

- **VRN26, hijo de V27.**

250. VRN26 nació a las 11:19 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea por preeclampsia severa de V27, producto de embarazo múltiple, trillizo III, del sexo masculino, con peso de 1,500 gramos, calificación Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 2/2.

251. Misma fecha en la que se le colocó intubación orotraqueal con una dosis de factor surfactante (survanta), a cuyo término se le extubó y ordenó ayuno con soluciones parenterales calculadas, antibiótico (ampicilina y amikacina), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), incubadora para normotermia, oxígeno por casco cefálico, oximetría de pulso continuo, glicemia capilar por turno, signos vitales cada 2 horas, y estudios de laboratorio.

252. Una vez que V25 ingresó a “cuneros”, AR16 lo diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para su edad gestacional, trillizo III, cesárea por embarazo de 32 semanas de gestación, preeclampsia, riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna activa”*.

253. El 4 de septiembre de 2015, AR19 indicó que los resultados de laboratorio de VRN26 evidenciaron discreta elevación de leucocitos e hipoglucemia, leve infiltrado reticular compatible con taquipnea transitoria del recién nacido, lo que ameritó su vigilancia estrecha.

254. El 5 de septiembre de 2015, AR33 reportó a VRN26 con evolución al deterioro respiratorio, por lo que se le pasó a una “servocuna” con aporte de

oxígeno por casco cefálico y debido a que por gasometría se le reportó con “*acidosis mixta severa*”, le dieron manejo con solución cristaloide y se le colocó una sonda orogástrica “SOG” abierta y un “CPAP” nasal.

255. Sin embargo, el 6 de septiembre de 2015, AR21 reportó a VRN26 muy grave con alto riesgo de requerir fase III de ventilación y el 11 de ese mismo mes y año, AR18 le retiró “CPAP nasal” y lo dejó con oxígeno por casco cefálico con incremento progresivo de la vía oral.

256. El 14 de septiembre de 2015, AR14 suministró a VRN26 triple esquema de antibiótico por elevación de “*leucocitos, plaquetopenia y PCR elevada*”; y al día siguiente, AR22 lo reportó con datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo cual agregó al tratamiento un tercer antibiótico, sin que hasta ese momento contara con reporte del hemocultivo.

257. El 17 de septiembre de 2015, AR29 le colocó a VRN26 un catéter central por venodisección en la vena yugular interna izquierda, misma fecha en que presentó un período de apnea de 20 a 30 segundos de duración, bradicardia de 100 latidos por minuto, cambios de coloración, cianosis y desaturación al 87%, lo que ameritó manejo con ventilación.

258. El 20 de septiembre de 2015, VRN26 ingresó a la UCIN, donde AR15 lo reportó con choque séptico y datos francos de choque con antecedente infeccioso y deterioro con trombocitopenia persistente.

259. El 21 de septiembre de 2015, AR30 señaló que la bradicardia severa de VRN26 evolucionó a paro cardiorrespiratorio, el cual se revirtió, sin embargo, el ultrasonido transfontanelar lo reportó con hemorragia intraventricular *“HIV”*.

260. El personal médico de este Organismo Nacional determinó que AR14, AR15, AR23, AR30 y AR33 advirtieron que VRN26 cursaba por un *“foco infeccioso”* confirmado por los resultados de los estudios de laboratorio, no obstante, omitieron la notificación de dicha circunstancia a través de la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”*.

261. El 21 de septiembre de 2015, AR26 indicó que VRN26 presentó cuatro paros cardiacos, sin que se revirtiera el último, por lo que lo declaró como fallecido a las 11:30 horas, y estableció como causas de su lamentable deceso: *“hemorragia intraventricular, choque séptico, sepsis sin germen aislado y prematurez”*.

262. En la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”*, sin fecha ni hora, se indicó que VRN26 presentó lo siguiente:

262.1. Fecha en la que a VRN26 se le detectó la infección nosocomial: 18 de septiembre de 2015.

262.2. El sitio de infección: *“hematológico”*.

262.3. Factor de riesgo: venoclisis en el brazo derecho aplicada el 17 de septiembre de ese mismo año.

262.4. se le suministró tratamiento con doble antibiótico.

263. Cabe mencionar que de las evidencias con que se cuenta, no se advirtió que a VRN26 se le hubiera realizado algún hemocultivo.

- **VRN44, hija de V45.**

264. VRN44 nació a las 22:33 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto en fase latente, taquicardia fetal (189 latidos por minuto) y producto macrosómico (desarrollo o tamaño excesivo de un recién nacido), del sexo femenino, con peso de 4,370 gramos, calificación de Apgar 6/6 y Silverman Andersen 1/2, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de término de 40 semanas de gestación, peso grande para la edad gestacional, asfixia leve, síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido vs síndrome de adaptación pulmonar”*, por lo cual ingresó a *“cunero”* para su manejo médico y vigilancia de los datos de dificultad respiratoria.

265. El 2 de septiembre de 2015, personal médico de quien se desconocen datos, reportó a VRN44 con fiebre de 38.2°C, acrocianosis y taquicardia, cuyos resultados de estudios de laboratorio la reportaron con plaquetopenia, leucopenia y PCR alto, por lo que AR27 le cambio el antibiótico (vancomicina y meropenem), agregó inmunoglobulina y ordenó se le mantuviera en ayuno.

266. El 4 de septiembre de 2015, AR18 y AR32 indicaron que VRN44 presentaba datos de *“sepsis neonatal temprana”* confirmada por los resultados de laboratorio.

267. El 8 de septiembre de 2015, AR16 la refirió con “*sepsis neonatal sin germen asilado*” de un día, con deterioro clínico y por resultados de laboratorio, por lo que le colocó un catéter venoso central y al siguiente día la diagnosticó con “*sepsis severa*” con deterioro general, trombocitopenia, leucopenia y PCR elevado, indicándole trasfusión de plasma fresco y aféresis plaquetaria.

268. El 10 de septiembre de 2015, AR32 ordenó que se le realizara a VRN44 un hemocultivo con antibiograma debido a que continuaba con datos de “*sepsis*”.

269. El 14 de septiembre de 2015, AR16 reportó a VRN44 con mejoría confirmada con los resultados de sus estudios de laboratorio, sin embargo, ordenó nuevos cultivos debido a que continuaba con datos de “*sepsis*”.

270. A pesar del tratamiento médico recibido, el 16 de ese mismo mes y año, AR21 le colocó a VRN44 intubación orotraqueal, le indicó nutrición parenteral y solución cristaloide por “*acidosis metabólica descompensada*” e hipoxemia, se le trató con amins para mejorar los pulsos débiles y el llenado capilar, así como solicitó su ingreso a la UCIN, sin embargo, no hubo lugar en ese momento.

271. VRN44 desafortunadamente evolucionó al deterioro y ese mismo día, esto es, el 16 de septiembre de 2015, a las 23:00 horas, personal médico de quien se desconocen datos, la describió con desaturación hasta del 58% (normal 95-100%), hipoactiva, hiporreactiva, subhidratada, con datos de hipertensión pulmonar ya manejada, se le aplicaron dos bolos de bicarbonato de manera profiláctica por sospecha de “*acidosis*”, sin que mejorara.

272. AR33 el mismo 16 de septiembre de 2015, indicó que VRN44 presentó disminución de sus condiciones generales y al siguiente día, esto es, el 17 de ese mismo mes y año, AR31 reportó como hora de su deceso las 02:15 horas y señaló como causa de su desafortunado fallecimiento: *“choque séptico 1 día, neumonía 3 días, sepsis neonatal temprana 15 días, taquipnea transitoria del recién nacido 18 días asociados a asfixia perinatal leve (...).”*

273. En la opinión médica del personal de este Organismo Nacional, se precisó que AR16, AR18, AR21, AR32, AR33, así como un médico de quien se desconocen datos, omitieron notificar a través de la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* que VRN44 cursaba con datos de: *“foco infeccioso”, “sepsis neonatal sin germen aislado”* con *“sepsis severa”*.

274. El 14 de septiembre de 2015, el área de laboratorio indicó que el resultado del hemocultivo realizado a VRN44 dio positivo al desarrollo de *“klebsiella oxytoca”* y antibiograma.

- **VRN49, hijo de V50.**

275. VRN49 nació a las 06:33 horas del 28 de agosto de 2015, mediante cesárea por trabajo de parto prematuro y ruptura prematura de membranas, del sexo masculino, con peso de 2,405 gramos, calificación de Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/2, a quien se le diagnosticó como: *“recién nacido de pretérmino 34 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de*

dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina, hijo de madre hipotiroidea".

276. A las 10:20 horas de ese mismo día, se le administró una dosis de factor surfactante intratraqueal y se le extubó con indicación de oxígeno por puntas nasales ante el quejido audible a distancia, tiros intercostales, aleteo nasal, taquipnea y ruidos respiratorios disminuidos lo que, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fue adecuado.

277. El 28 de agosto de 2015, en el "servicio de cunas", se le reportó con peso grande (sic) para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable enfermedad de membrana hialina y riesgo de "sepsis" por ruptura prematura de membranas de 13 horas.

278. El 29 de agosto de 2015, AR17 indicó que VRN49 evolucionó con dificultad respiratoria, saturaciones bajas, con "acidosis" respiratoria y metabólica, por lo cual le colocaron un "CPAP" nasal, con lo que mejoró las saturaciones de oxígeno, por lo que le prescribió doble terapia antibiótica (ampicilina y amikacina) y vigilancia estrecha.

279. El 2 de septiembre de 2015, AR14 indicó que VRN49 presentaba datos clínicos de choque séptico, misma fecha en que por la tarde, AR12 lo reportó con probable coagulopatía (alteración en la coagulación), "acidosis metabólica" parcialmente descompensada, disfunción ventricular y al parecer "displasia valvular no especificada" con mala perfusión en piel y uso de ventilador con "CPAP" en parámetros altos.

280. A consideración del personal médico de este Organismo Nacional, AR14 y AR16 omitieron notificar a través de la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* que VRN49 cursaba con *“probable sepsis y alteraciones hematológicas sugestivas de sepsis”*.

281. El 3 de septiembre de 2015, AR25 reportó a VRN49 con cianosis distal, mal llenado capilar, equimosis en diversas partes del cuerpo (cara, extremidades y región escrotal) por coagulopatía, por lo que le administró plasma y soluciones parenterales, le colocó intubación orotraqueal con soporte ventilatorio y aminas, así como ordenó su ingreso a la UCIN.

282. Sin embargo, VRN49 evolucionó al deterioro y presentó un paro cardíaco el cual se revirtió, continuó con persistencia del estado de choque, presentó un segundo paro cardíaco sin respuesta a las maniobras de reanimación avanzada, por lo que AR26 declaró como hora de su fallecimiento las 01:30 horas del 3 de septiembre de 2015, y estableció como causas de su lamentable muerte: *“choque séptico 10 horas, síndrome de dificultad respiratoria 6 días, recién nacido de pretérmino 6 días, sepsis neonatal”*, padecimientos que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fueron diagnosticados y por los cuales se le brindó tratamiento oportuno.

- **VRN61, hijo de V62.**

283. VRN61 nació el 30 de agosto de 2015, a las 14:35 horas, mediante parto eutócico, del sexo masculino, con 37 semanas de gestación, con peso de 2,400

gramos, calificación de Apgar 8/9, sin que se cuente con datos respecto a las condiciones en las que fue dada de alta a su domicilio.

284. En la hoja de referencia y contrareferencia del 1° de septiembre de 2015, esto es, dos días posteriores al nacimiento de VRN61, personal médico del Hospital Pediátrico de Sinaloa “*Dr. Rigoberto Aguilar Pico*” reportó que inició con su padecimiento tres horas previas a su llegada, con rechazo al seno materno y veinte minutos previos, con hipoactividad, flacidez y cianosis facial (coloración azul en cara) por 10 segundos, reportándola gasometría con “*acidosis metabólica severa*” y hematocrito mayor de 65, por lo cual se le diagnosticó con “*hipoglicemia y poliglobulia en estudio*” y se ordenó su ingreso al Hospital Regional 1, donde había nacido.

285. El 1° de septiembre de 2015, en el área de urgencias del Hospital Regional 1, se ordenó su ingreso a “*cunas*”, donde la reportaron con dificultad respiratoria leve, hipoglucemia y “*poliglobulia*” en estudio.

286. AR21 sin establecer la fecha ni hora, indicó que VRN61 se encontraba “*potencialmente infectado por traslado*” (cuando presenta factores de riesgo para adquirir una infección y eventualmente sepsis en el periodo perinatal, sin embargo, debe descartarse o confirmarse clínicamente y por laboratorio), a la exploración física lo encontró activo y reactivo, sin datos de dificultad respiratoria, mucosas húmedas, buena coloración de piel y tegumentos, sin embargo, los resultados de laboratorio evidenciaron plaquetas bajas, glucosa de 40mg/dL (límite normal bajo), aumento de bilirrubinas, por lo que le dio doble esquema de antibiótico, fototerapia y ordenó su vigilancia estrecha.

287. Debido a que VRN61 presentó tendencia a la hipoglucemia el 2 de septiembre del 2015, AR19 indicó ayuno con sonda orogástrica “SOG” abierta a derivación.

288. El 3 de septiembre de 2015, personal médico de quien se desconocen datos, lo reportó en mal estado general, muy grave, con alto riesgo grado de complicaciones, al siguiente día, esto es, el 4 de ese mismo mes y año, AR14 le ajustó el esquema de antibiótico (vancomicina y cefotaxima) debido a que los resultados de laboratorio evidenciaron la presencia de trombocitopenia severa, leucopenia y neutropenia, así como solicitó fototerapia para control de ictericia, diagnóstico médico que fue confirmado por AR12.

289. El 5 de septiembre de 2015, AR23 reportó a VRN61 con evacuaciones con sangrado escaso y distensión abdominal confirmada por radiografía de abdomen y toda vez que contaba con criterio de “sepsis”, ordenó ayuno con soluciones calculadas por peso, al siguiente día indicó que requería manejo en la UCIN sin embargo, al no haber cupo, continuó en el servicio de “cuneros” con el manejo prescrito.

290. El 8 de septiembre de 2015, AR34 le colocó venodisección en la yugular interna derecha a VRN61 y solicitó radiografía de tórax de control, a quien ese mismo día AR35 reportó con proceso infeccioso generalizado.

291. A pesar de su manejo médico la evolución de VRN61 fue en detrimento, por lo que el 8 de septiembre de 2015 a las 08:00 horas, AR15 lo intubó y le

trasfundió plasma fresco congelado y aféresis plaquetaria por sangrado de tubo digestivo, ingresándolo a la UCIN para su manejo.

292. VRN61 presentó edema generalizado, “*ascitis*”, ictericia, visceromegalias, sangrado de piel y de tubo digestivo alto, por lo que requirió incremento en los parámetros del ventilador mecánico, neurológicamente lo reportó con crisis convulsivas refractarias a tratamiento, hipotensión persistente con apoyo aminérgico sin mejoría; por lo que, a las 10:30 horas del 13 de septiembre de 2015, se le declaró fallecido y estableció como causas de su lamentable muerte: “*choque séptico, sangrado de tubo digestivo alto, crisis convulsivas y sepsis neonatal*”.

293. En la opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR14, AR15, AR16, AR23 y AR35 no realizaron la notificación de que VRN61 cursaba con datos clínicos y por laboratorio de un “*foco infeccioso*”.

294. En el registro de pacientes hospitalizados de 1º de septiembre de 2015, se diagnosticó a VRN61 con “*sepsis/policitemia*” y el 21 de septiembre de 2015, el área de laboratorio indicó que el resultado de su hemocultivo dio positivo al desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*” y antibiograma, información confirmada por el Laboratorio Estatal de Salud Pública de los Servicios de Salud de Sinaloa “*LESP*” y la COFEPRIS.

295. Del análisis que antecede, se advirtió que aun cuando las personas recién nacidas que nos ocupan se les diagnosticó y se les dio tratamiento para cada uno de sus padecimientos, lamentablemente perdieron la vida, siendo omisos los

médicos tratantes en notificar a la UVEH o al CODECIN su sintomatología para que adoptaran medidas para evitar su desenlace, como se acreditará a continuación.

- ❖ **Actuar del personal médico adscrito a las áreas de “cuneros” y de la UCIN del Hospital Regional 1, durante el “brote de infección nosocomial” reportado por el IMSS.**

296. Para determinar las irregularidades en que incurrió el personal médico del Hospital Regional 1, en la atención médica de cada una de las personas recién nacidas citadas, se esquematizará su intervención de la siguiente manera:

No.	PACIENTE	MÉDICO TRATANTE
1	VRN1, hija de V2.	AR14 AR19
2	VRN4, hijo de V6.	AR18 AR20
3	VRN5, hijo de V6.	AR16 AR21 AR27
4	VRN8, hijo de V9.	AR14 AR23
5	VRN11, hijo de V13.	AR24 AR25 AR26
6	VRN12, hijo de V13.	AR17
7	VRN15, hijo de V16.	AR14 AR16 AR18 AR23
8	VRN18, hijo de V19.	AR14

		AR18 AR28
9	VRN21 , hijo de V22.	AR16 AR19
10	VRN24 , hijo de V27.	AR14 AR16 AR28
11	VRN26 , hijo de V27.	AR14 AR15 AR23 AR30 AR33
12	VRN44 , hija de V45.	AR16 AR18 AR21 AR32 AR33
13	VRN49 , hijo de V50.	AR14 AR16
14	VRN61 , hijo de V62.	AR14 AR15 AR16 AR23 AR35

297. Al respecto en las opiniones médicas realizadas el 23 de agosto de 2018 por personal médico de este Organismo Nacional con motivo de los hechos que se investigan se consideró que las personas servidoras públicas omitieron informar a las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales, que sus respectivos pacientes cursaban con datos compatibles con “sepsis” en sus diferentes variantes, a pesar de que los diagnosticaron y atendieron en sus padecimientos como se constatará enseguida:

297.1. Posterior a su respectivo nacimiento se ordenó su ingreso al servicio de “*cunas*” para tratamiento y vigilancia de su evolución, así como para la administración de medicamentos, determinación que fue apegada a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*”.

297.2. Cuando se ordenó la toma de un hemocultivo para determinar el tipo de infección y tratamiento a seguir, dichas personas servidoras públicas actuaron de conformidad con la “*Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*”, la cual establece que dicha prueba de laboratorio es “*el estándar de oro en el diagnóstico de sepsis*”.

297.3. La solicitud de realizarle a quien lo ameritara, una radiografía de abdomen para descartar enterocolitis necrotizante “*ECN*”, fue correcta, al ser éste el estudio idóneo para tal fin de conformidad con lo establecido en la “*Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer nivel de atención*”.

297.4. Los padecimientos graves por los cuales cursaron las personas recién nacidas que nos ocupan en el presente apartado, fueron oportunamente diagnosticados con tratamiento acorde a su problemática.

298. En ese sentido, en las conclusiones generales de casos neonatales del expediente *CONAMED* 1248/16, se advirtió que existió adecuado manejo médico inmediato por parte del personal que atendió a las niñas y niños al momento de su nacimiento, así como apegado a *“lex artis”* para cada una de las patologías y complicaciones con las que éstos cursaron.

299. De lo que se infiere que el personal médico que intervino en la atención médica de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 les brindaron atención oportuna para sus padecimientos, sin embargo, a criterio del personal médico de este Organismo Nacional, fueron omisos en lo siguiente:

299.1. AR14, AR18, AR19 y AR20, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN1 y VRN4 cursaban con datos clínicos y por laboratorio de *“sepsis temprana”*.

299.2. AR16, AR21 y AR27, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN5 cursaba con datos clínicos de *“probable sepsis, alteraciones hematológicas sugestivas de sepsis y sepsis severa”*.

299.3. AR14 y AR23, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN8 cursaba con datos clínicos de *“sepsis y choque séptico”*.

299.4. AR14, AR16, AR24, AR25 y AR26, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN11 y VRN49 cursaban con datos clínicos de *“probable sepsis y alteraciones hematológicas sugestivas de sepsis”*.

299.5. AR17, no notificó a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN12 cursaba con datos clínicos de *“sepsis sin germen aislado”*.

299.6. AR14, AR16, AR18 y AR23, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN15 cursaba *“sepsis neonatal temprana”*. Sin que pase inadvertido que en el caso particular obra una *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”*, en la que se asentó que presentó infección del torrente sanguíneo (hematológico), el factor de riesgo fue la venoclisis en el brazo izquierdo y la sonda orogástrica, cuyo hemocultivo resultó positivo a *“klebsiella pneumoniae”*.

299.7. AR14, AR18 y AR28, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN18 cursaba con datos clínicos de *“sepsis neonatal temprana y sepsis”*.

299.8. AR16 y AR19, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN21 cursaba con datos clínicos de *“sepsis”*.

299.9. AR14, AR16 y AR28, no notificaron a través de la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN24 cursaba con *“infección nosocomial, probable sepsis y alteraciones hematológicas sugestivas de sepsis”*.

299.10. AR14, AR15, AR23, AR30 y AR33, no notificaron a través de la *“hoja de caso de infección nosocomial”* que VRN26 cursaba con datos por laboratorio de un *“foco infeccioso”*, y aun cuando en la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que obra en el expediente, se asentó que presentaba infección del torrente sanguíneo (hematológico), siendo el factor de riesgo el acceso venoso en el brazo derecho y por lo cual se realizó un hemocultivo; de las evidencias con que se cuenta no se constató dicho estudio de laboratorio.

299.11. AR16, AR18, AR21, AR32 y AR33, no notificaron en la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN44, cursaba con datos por laboratorio de *“foco infeccioso, sepsis neonatal sin germen aislado, sepsis severa y sepsis”*.

299.12. AR14, AR15, AR16, AR22 y AR35, no notificaron en la *“hoja de registro de caso de infección nosocomial”* que VRN61 cursaba con datos clínicos y por laboratorio de un *“foco infeccioso”*.

300. Debido a que las personas servidoras públicas que anteceden no notificaron a sus superiores o en su caso, a la UVEH o al CODECIN, que VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44,

VRN49 y VRN61 cursaban con datos clínicos y de laboratorio compatibles con “sepsis” en sus diversas manifestaciones y que se pudiera sospechar alguna infección nosocomial, o en su caso, hubieran dado aviso a su superior jerárquico incumplieron una de las obligaciones inherentes a su encargo establecidas en la siguiente normatividad:

300.1. Punto 5.6 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, que establece que *“(…) La notificación que realice el médico tratante a la UVEH o su equivalente, deberá ser por escrito, oportuna y de acuerdo con los criterios de infección nosocomial”*.

300.2. El Breviario para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud “IAAS” del IMSS, establece que *“(…) Actualmente se solicita que los médicos y enfermeras notifiquen en ‘4-30-200’, (…) un documento expreso (…) diariamente por la mañana, tarde o noche en la entrega de la guardia, difundir al Director Médico, Subdirector Médico y epidemiólogo las infecciones nosocomiales identificadas para actuar en consecuencia”*.

300.3. El punto 2.3.2 de la *“Guía Práctica para la Prevención de las infecciones nosocomiales de la Organización Mundial de la Salud”*, establece que el médico tratante se encuentra obligado a *“(…) Proteger a sus propios pacientes de otros infectados y del personal del hospital que pueda estar infectado. Cumplir con las prácticas aprobadas por el Comité de Control de Infecciones. Obtener especímenes microbiológicos*

apropiados cuando haya una infección manifiesta o presunta. Notificar al equipo los casos de infección nosocomial y el internado de pacientes infectados e instituir un tratamiento apropiado de cualquier infección que tengan y tomar las medidas necesarias para impedir que se transmita a otras personas, especialmente a los pacientes”.

301. Derivado de lo anterior, se acreditó la omisión en que incurrieron AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, quienes debieron actuar de acuerdo a la normativa de salud nacional e internacional, donde se establece de manera general, que la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales debe realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, permanente sistemática y continúa de la información generada día a día para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución de problemas epidemiológicos y así identificar oportunamente los cambios inusuales en el número y tipo de infección nosocomial, así como de los microorganismos reconocidos, su frecuencia y resistencia antimicrobiana, que sugieran en un tiempo determinado la presencia de un *“brote epidemiológico de infección nosocomial”*.

302. Razones que hacían indispensable que notificaran oportunamente el diagnóstico o la sospecha de que las personas menores de edad que nos ocupan pudieran cursar alguna infección nosocomial a la instancia de salud correspondiente, o en su caso, al médico epidemiólogo o a la enfermera de infecciones, para que se iniciara de forma inmediata el protocolo de estudio del caso y aplicaran medidas de prevención y control para evitar y/o tratar

oportunamente la presencia del *“brote de infección nosocomial”* que se presentó en el área de *“cuneros”* del Hospital Regional 1, lo cual no aconteció.

303. Por lo expuesto, las personas servidoras públicas citadas incumplieron con el llenado de la *“hoja de registro de infección nosocomial”* para que las autoridades conocieran que las personas recién nacidas albergadas en el *“cunero patológico”* cursaban con datos compatibles por clínica y laboratorio de alguna infección nosocomial, por lo que incumplieron con la normatividad referida y con el procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las unidades médicas hospitalarias del IMSS, lo que ocasionó la vulneración el derecho humano a la protección a la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, así como a su respectivo derecho a la vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

304. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en documentos internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

305. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno,*

*libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)***”.¹²

(Énfasis añadido).

306. El artículo 6º, puntos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

307. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

308. Al respecto el inciso D, punto 16, de la Observación General No. 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al*

¹² SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, Pág. 24.

disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, refiere como obligación del Estado determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños.

309. La CrIDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”¹³*, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”¹⁴*.

310. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica*

¹³ CrIDH. Caso *Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

¹⁴ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

*adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*¹⁵

311. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 por personal médico del Hospital Regional 1, también son el soporte con el que se acredita la violación a su respectivo derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.

312. De las evidencias analizadas, se advirtió que VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44 y VRN49 nacieron en el Hospital Regional 1, no así VRN61, quien fue enviado al citado hospital para su seguimiento clínico, quienes fueron reportados con *“inmadurez, bajo peso, dificultad respiratoria, entre otras complicaciones”*, a excepción de VRN44, a quien se le reportó con *“peso grande para la edad gestacional”*, factores de riesgo que en su conjunto ameritaron su ingreso al servicio de *“cunas”* para su vigilancia estrecha y tratamiento.

¹⁵ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

313. En la opinión médica del personal de este Organismo Nacional, se destacó que, del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, se registró el mayor número de defunciones en el servicio de “*cunas*” y en la UCIN del Hospital Regional 1, lo cual se debió a lo siguiente:

313.1. A las irregularidades respecto a la inadecuada vigilancia epidemiológica por el personal responsable, esto es, por la omisión de los médicos tratantes para realizar la notificación de que VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 cursaban con datos clínicos y de laboratorio de “*sepsis*” en sus diferentes manifestaciones.

313.2. La deficiente limpieza en el Hospital Regional 1, así como el mantenimiento de la infraestructura del servicio de “*cunero patológico*”.

314. Factores que favorecieron su lamentable fallecimiento desde dos rubros a saber:

314.1. Defunción relacionada con el “*brote epidemiológico*”¹⁶ de infección nosocomial por “*klebsiella*”, acontecido en el área del “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, del 30 de agosto al 17 de septiembre de 2015, la

¹⁶ La NOM-045-SSA2-2005, “*Para la vigilancia epidemiológica*”, en el punto 3.1.5 define al “*brote epidemiológico de infección nosocomial*” como la ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el paciente o por el personal de salud en la unidad hospitalaria representando una incidencia mayor de la esperada y en los que existe asociación epidemiológica.

cual se encontró relacionada con los desafortunados decesos de VRN15, VRN24, VRN44 y VRN61.

314.2. Defunción por asociación epidemiológica al “*brote de infección nosocomial*” por “*klebsiella*”, toda vez que las defunciones ocurrieron de forma consecutiva, en el mismo servicio, esto es, en el “*cunero patológico*”, en el mismo período de tiempo y con causas de muerte compatibles con las de otros recién nacidos que se encontraban en dicho servicio desde el 30 de agosto al 21 septiembre de 2015, y que en el caso particular, se encuentran relacionados con los lamentables decesos de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN18, VRN21, VRN26 y VRN49.

315. En las precitadas opiniones médicas individualizadas también se resaltó que el personal médico responsable no analizó de forma inmediata las defunciones asociadas a la infección nosocomial para fortalecer la atención médica especializada de cada una de las personas recién nacidas involucradas, a efecto de que se identificaran las causas de sus fallecimientos.

316. Llama la atención que, del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, en dicho servicio acontecieron 14 defunciones, reportándose incluso dos o más en un mismo día, tal es el caso de VRN21 y VRN49, quienes fallecieron el 3 de septiembre de 2015, VRN1 y VRN5, el 8 de septiembre de ese mismo año, en tanto, VRN15, VRN18 y VRN61, el 13 del referido mes y año, sin que el personal médico haya tomado las medidas tendentes a determinar la causa con particularidades similares.

317. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que el estado de salud de las personas recién nacidas citadas, se reportó delicado por diversos factores de riesgo, así como las “*patologías de base*” de sus respectivas progenitoras, sin embargo, no se puede soslayar que a cuatro de ellos se les detectó la bacteria “*klebsiella*” como se acredita en el siguiente cuadro:

DEFUNCIÓN RELACIONADA CON EL “BROTE EPIDEMIOLÓGICO” DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR “KLEBSIELLA”			
RECIÉN NACIDO	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN Y CAUSAS	OBSERVACIONES
VRN61 Masculino	30/08/2015, a las 14:35 horas. Contaba con 39.2 semanas de gestación.	30/08/2015, a las 14:35 horas. “ <i>choque séptico, sangrado de tubo digestivo alto, crisis convulsivas, sepsis neonatal</i> ”	21/09/15, el resultado del hemocultivo dio positivo al desarrollo de “ <i>klebsiella oxytoca</i> ”. 29/09/15, el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa “ <i>LESP</i> ”, confirmó la presencia de la referida bacteria.
VRN44 Femenino	29/08/2015, a las 22:33 horas. Contaba con 39.2 semanas de gestación.	17/09/2015, a las 02:15 horas. “ <i>choque séptico, neumonía, sepsis neonatal temprana, taquipnea transitoria del recién nacido asociados a asfixia perinatal leve (...)</i> ”	14/09/15, el resultado del hemocultivo dio positivo al desarrollo de “ <i>klebsiella oxytoca</i> ”. 26/02/16, fue exhumada, sin embargo, se determinó que la causa de su desafortunado deceso fue “ <i>indeterminada</i> ”.
VRN15 Masculino	30/08/2015, a las 16:55 horas. Contaba con 33	13/09/2015, a las 04:15 horas. “ <i>choque séptico,</i>	Se requirió la “ <i>hoja de registros de casos de infección nosocomial</i> ”.

	semanas de gestación.	<i>enterocolitis necrotizante y sepsis temprana</i>	21/09/15, el resultado del hemocultivo dio positivo al desarrollo de " <i>Klebsiella pneumoniae</i> ". 29/09/15, el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa " <i>LESP</i> ", confirmó la presencia de la referida bacteria.
VRN24 Masculino	03/09/2015, a las 11:15 horas. 32 semanas de gestación.	14/09/2015, a las 02:20 horas. "choque séptico, sepsis neonatal tardía y enterocolitis necrotizante"	21/09/15, el resultado del hemocultivo, dio positivo al desarrollo de " <i>klebsiella pneumoniae</i> " con antibiograma. 29/09/15, el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa " <i>LESP</i> ", confirmó la presencia de la referida bacteria.

318. En el siguiente cuadro, se esquematizará el período de tiempo en que las personas recién nacidas que, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se asociaron al "*brote de infección nosocomial*" reportado por el IMSS.

DEFUNCIÓN POR ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AL BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR "KLEBSIELLA"			
RECIÉN NACIDO	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN Y CAUSAS	OBSERVACIONES
VRN1	01/09/2015, a las	08/09/2015, a las 18:25	No hay dato de que

Femenino	16:25 horas. 34.1 semanas de gestación.	horas. <i>“shock mixto, hemorragia pulmonar, sangrado de tubo digestivo y sepsis neonatal”.</i>	se le hubiera realizado el hemocultivo.
VRN4 Masculino Gemelo I	20/08/2015, a las 16:55 horas. 34 semanas de gestación.	01/09/2015, a las 05:50 horas. <i>“sepsis neonatal severa, prematuridad y embarazo gemelar.*”</i>	Hemocultivo negativo.
VRN5 Masculino Gemelo II	20/08/2015, a las 16:57 horas. 34 semanas de gestación.	08/09/2015, a las 02:22 horas. <i>“hemorragia pulmonar, choque séptico, sepsis y recién nacido desnutrido en útero”</i>	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo.
VRN8 Masculino	09/09/2015, a las 17:42 horas. 34 semanas de gestación.	09/09/2015, a las 02:10 horas. <i>“choque mixto y sepsis severa”</i>	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo. El 26 de febrero de 2016, fue exhumado y se determinó que la causa de su desafortunado deceso fue <i>“indeterminada”</i> .
VRN11 Masculino Gemelo I	19/08/2015, a las 03:25 horas. 30 semanas de gestación.	02/09/2015, a las 10:00 horas. <i>“insuficiencia respiratoria, probable enterocolitis, sepsis neonatal tardía, sangrado de tubo digestivo alto y choque séptico”.</i>	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo, sin embargo, el IMSS reportó que el 2 de septiembre de 2015, se le realizó con

			resultado negativo.
VRN12 Masculino Gemelo II	19/08/2015, a las 03:27 horas. 30 semanas de gestación.	30/08/2015, a las 20:20 horas. <i>"hemorragia pulmonar masiva, coagulación intravascular diseminada y choque séptico"</i> .	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo.
VRN18 Masculino	09/09/2015, a las 03:40 horas. 34 semanas de gestación.	13/09/2015, a las 05:53 horas. <i>"enfermedad de la membrana hialina, prematuridad, sepsis severa e hiperbilirrubinemia"</i> .	El 11 de septiembre de 2015, el hemocultivo que se le realizó resultó negativo. El 25 de febrero de 2016, fue exhumado y se determinó que la causa de su desafortunado deceso fue <i>"indeterminada"</i> .
VRN21 Masculino	30/08/2015, a las 21:29 horas. 35 semanas de gestación.	03/09/2015, a las 06:00 horas. <i>"choque séptico y poliglobulia"</i> .	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo. El 22 de febrero de 2016, fue exhumado y se determinó que la causa de su desafortunado deceso fue <i>"indeterminada"</i> .
VRN26 Masculino	03/09/2015, a las 11:19 horas. 32 semanas de gestación.	21/09/2015, a las 11:30 horas. <i>"hemorragia intraventricular, choque"</i>	Se indicó que se tomó hemocultivo sin que se cuente con evidencia al respecto.

		<i>séptico, sepsis sin germen aislado y prematurez</i> .	Se requisito la <i>“hoja de registros de casos de infección nosocomial”</i> .
VRN49 Masculino	28/08/2015, a las 06:33 horas. 33 semanas de gestación.	03/09/2015, a las 01:30 horas. <i>“choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria, recién nacido de pretérmino, sepsis neonatal”</i> .	No hay dato de que se le hubiera realizado el hemocultivo.

319. De la información que antecede, se acreditó que VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, compartieron el área de *“cunero patológico”* del Hospital Regional 1, durante el lapso de tiempo reportado por el IMSS como *“brote de infección nosocomial”*, sin que de las evidencias con que se cuenta, se advirtiera que los médicos tratantes notificaran a las autoridades correspondientes que sus respectivos pacientes contaban con datos clínicos y por laboratorio compatibles con alguna infección nosocomial, por lo cual incumplieron con los artículos 48 y 138 Bis 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, al no haberse apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica, omisión de la cual deriva su responsabilidad.

320. Debido a que dicha circunstancia impidió que las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales adoptaran desde un primer momento medidas para evitar mayores complicaciones en su respectiva atención médica, por tanto,

AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33 incumplieron con el deber de garantizar con calidad y oportunidad el servicio médico a cada una de las personas recién nacidas citadas, lo que contribuyó a la pérdida de su vida.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

321. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

322. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su formación y desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo cual cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

323. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad, requiere de protección y cuidado especiales, en su artículo 3.1, establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas concernientes a las niñas y los niños, los

tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

324. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

325. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha señalado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo*

primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).¹⁷

326. El artículo 6º de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece como dos de los principios rectores en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes el “*interés superior de la niñez*” y la “*corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades*”.

327. La Observación General No. 14 sobre “*el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, Artículo 3, párrafo 1,¹⁸ señala que “*La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral (...) del niño y promover su dignidad humana (...)*”.

328. La Observación General No. 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “*(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como*

¹⁷ Tesis aislada: Registro: 2013385 “*Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte*”. Semanario Judicial de la Federación, Libro 38, 6 de enero de 2017.

¹⁸ Introducción, inciso A, numeral 5.

privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...).

329. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, indica que todo niño debe recibir *“(...) las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”*.

330. La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene *“derecho a cuidados y asistencia especiales”*.

331. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: *“(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).”*¹⁹

332. Para esta Comisión Nacional, VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 forman parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad por su condición de personas recién nacidas y porque ameritaron atención especializada en el área de

¹⁹ “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

“*cunero patológico*” para su restablecimiento, por lo cual AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, les debieron otorgar la protección y cuidados especiales que requerían, lo cual no sucedió.

C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.

333. Este Organismo Nacional considera que con motivo del ejercicio profesional de AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, se transgredió en agravio de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 el interés superior de la niñez, debido a que las omisiones en que incurrieron ocasionaron la afectación a su respectivo derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida.

334. Afirmación a la que se llega porque en la valoración médica de las personas recién nacidas citadas, los médicos tratantes soslayaron que, dada su condición particular, requerían mayor protección y diligencia en su actuar, por lo que debieron adoptar la decisión que más satisficiera su respectiva atención médica integral frente a los riesgos y efectos secundarios de sus patologías, lo que no aconteció.

335. En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el *“Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”*.²⁰

336. En consecuencia, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33 vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas para garantizarle a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la OMS implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*²¹ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, por lo cual transgredieron sus derechos a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de su vida, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo

²⁰ Corte IDH, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02, supra, párrs. 53, 54 y 60 y, Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 164.

²¹ *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, emitidas por la Secretaría de Salud, 2013, página 26.

cuarto y noveno constitucionales; 1º, 6º, fracciones I y VI, 13 fracciones I y IX, 14 y 50, fracciones I y II, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 1, 3.1 y 3.3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; artículo 4, punto 1 y 19, de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos “*Pacto de San José*”; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios II y IV de la Declaración de los Derechos del Niño, 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II, V y VI, 3 fracción II, 23, 27, fracciones II, III y X, 32, 33 fracciones I y II y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

337. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso los médicos involucrados omitieron considerar el interés superior de la niñez y dar aviso inmediato a la *UVEH* o al CODECIN para que adoptaran desde un primer momento medidas tendentes a evitar la propagación de la bacteria “*klebsiella*”, lo cual provocó el deterioro irreversible en la salud de las personas recién nacidas que ocasionó su desafortunado deceso.

338. Por tanto, las personas servidoras públicas citadas con antelación vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44,

VRN49 y VRN61 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la norma oficial mexicana, NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, el Breviario para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) del IMSS, así como la *“Guía Práctica para la Prevención de las infecciones nosocomiales de la Organización Mundial de la Salud”*.

339. Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.²²

340. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

²² Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

341. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.2., cuya misión es: *“poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”*.

342. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de infección nosocomial.

- **Caso de VRN25, hija de V27, quien fue dada de alta del por mejoría del Hospital Regional 1.**

343. Este Organismo Nacional no pasa inadvertido que VRN25 fue otra de las personas recién nacidas a quien se colocó en riesgo de haber sido infectada por *“klebsiella”* por haber compartido el mismo lugar de internación, esto es, el área de *“cunero patológico”* del Hospital Regional 1, al momento en que sucedieron los fallecimientos de las personas recién nacidas citadas con anterioridad, debido a lo siguiente:

343.1. VRN25 nació el 3 de septiembre de 2015, a las 11:15 horas, mediante cesárea por preeclampsia severa de V27, producto de embarazo

múltiple, trilliza II, del sexo femenino, con peso de 1,825 gramos, Apgar 7/9 y Silverman Andersen 0/2/4, con diagnóstico de: *“recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, cesárea por embarazo múltiple (3), preeclampsia severa, apnea secundaria recuperada, síndrome de dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina, riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna”*.

343.2. El 3 de septiembre de 2015, VRN25 ingresó a la UCIN, donde se le reportó con riesgo de *“sepsis”*.

343.3. El 4 de septiembre de 2015, SP6 indicó que VRN25 cursaba fase III de ventilación (intubada), la reportó hipoactiva, reactiva con distensión abdominal, fontanela normotensa con doble esquema antimicrobiano.

343.4. El 5 de septiembre de 2015, SP5 indicó que VRN25 presentaba fiebre probablemente asociada a la *“cuna”*, sin datos clínicos francos de respuesta inflamatoria sistémica.

343.5. El 6 de septiembre de 2015, AR15 reportó a VRN25 afebril, sin datos clínicos francos de respuesta inflamatoria sistémica, cuyos resultados de laboratorio la reportaron con parámetros normales.

343.6. El 7 de septiembre de 2015, AR25 indicó que VRN25 cursaba el cuarto día de edad, con nutrición parenteral, reactiva, coloración rosada e indicó continuación con fototerapia ante las bilirrubinas altas.

343.7. El 8 de septiembre de 2015, SP6 la reportó con inicio estimulación enteral con leche materna, campos pulmonares con buena entrada de aire bilateral estertores bronquiales bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad.

343.8. El 10 de septiembre de 2015, AR25 indicó que VRN25 presentaba signos vitales normales, buena tolerancia a la alimentación enteral y nutrición parenteral, misma fecha en la que AR12 indicó su ingreso a “*cunas*”.

343.9. El 22 de septiembre de 2015, AR16 ordenó el egreso de VRN25 a su domicilio, con manejo y vigilancia en la consulta externa de pediatría.

344. De lo expuesto, se advirtió que a pesar de que VRN25 compartió el “*cunero patológico*” desde el 10 de septiembre de 2015, lugar en que se reportaron 14 fallecimientos de diversas personas menores de edad, mostró una adecuada evolución que ameritó su egreso a su domicilio, sin que por ello deje de considerarse que estuvo expuesta a dicho “*brote de infección nosocomial*”.

345. En el siguiente rubro se analizarán las quejas recibidas en este Organismo Nacional por diversas progenitoras que fueron atendidas en el Hospital Regional 1, de enero de 2015 a noviembre de ese mismo año, cuyos hijos lamentablemente perdieron la vida.

❖ **Expedientes clínicos de las personas recién nacidas fuera del “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación” al mismo.**

346. Con motivo de los hechos que nos ocupan, se recibieron en este Organismo Nacional, las quejas presentadas por V31, V34, V37, V39, V42, V48, V53, V56 por conducto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, así como de V59 y V60, a través de las cuales se inconformaron con la atención médica otorgada a sus respectivos hijos recién nacidos en el Hospital Regional 1, así como respecto a la falta de información de su estado de salud.

347. En ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional, previo análisis de los casos sometidos a su consideración, determinó que en el servicio de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015, se registró el mayor número de defunciones, por haberse reportado un total de 14 fallecimientos en comparación con cifras reportadas en otros meses de ese mismo año²³, lo que confirmó un “*brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación epidemiológica*”, debido a que las

²³ El Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales “CODECIN” del Hospital Regional 1, detectó 4 defunciones de recién nacidos en el área de “*cuneros patológicos*” durante la semana del lunes 31 de agosto al domingo 6 de septiembre de 2015, lo que contrastó con las incidencias regulares que ocurren en esa área, que es una a dos defunciones por semana y que se presentan por las características de vulnerabilidad de los recién nacidos atendidos en dicha área.

defunciones registradas acontecieron de manera consecutiva y en un mismo lugar.

348. Afirmación que encontró soporte probatorio, con el reconocimiento que las autoridades del IMSS realizaron ante este Organismo Nacional el 24 de agosto de 2016, cuando informaron que en dicha área hubo un “*brote de infección nosocomial*” relacionado con “*klebsiella pneumoniae*” del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015.

349. El personal médico de esta Comisión Nacional arribó a la conclusión de que las diez personas recién nacidas que se incluyeron en la presente investigación, esto es, VRN36, VRN52, VRN47, VRN55, VRN29, VRN30, VRN38, VRN33, VRN41 y VRN58 no se consideraron parte del “*brote de infección nosocomial*” acontecido en el período citado.

350. Cabe mencionar que un “*brote de infección nosocomial*” surge cuando se presentan dos o más casos relacionados entre sí por el mismo microorganismo en un lugar y tiempo determinado, conforme a dicha definición, y de las evidencias con que se cuenta, no pueden asociarse al brote reportado por el IMSS, los decesos de VRN36, VRN52, VRN47, VRN55, VRN29, VRN30, VRN38, VRN33, VRN41 y VRN58, por haber acontecido en un período extemporáneo a los hechos materia de análisis.

351. Para una mejor comprensión de las fechas en que dichas personas recién nacidas fueron atendidas en el Hospital Regional 1, se esquematiza de la siguiente manera:

PERSONAS RECIÉN NACIDAS “FUERA DEL BROTE” REGISTRADO EN EL HOSPITAL REGIONAL 1.

PERSONA RECIÉN NACIDA	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO/DEFUNCIÓN	OBSERVACIONES
1	<p>VRN55, hija de V56.</p> <p>Nació en el Hospital General de Guasave, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, el 12/12/2014, a las 11:55 horas.</p> <p>Diagnóstico: <i>“prematurez extrema, sepsis neonatal temprana, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, atelectasia pulmonar derecha, neumonía asociada al ventilador y alteraciones electrolíticas”.</i></p> <p>Peso: 900 gramos.</p> <p>Falleció: <u>22/02/2015</u>, a las <u>22:30 horas</u>.</p> <p>Causas del fallecimiento: <i>“choque séptico”.</i></p>	<p>12/12/2014, VRN55 nació por cesárea debido a ruptura prematura de membranas de 3 días de evolución, antecedente de infecciones de vías urinarias y cervicovaginitis materna desde el primer trimestre de la gestación.</p> <p>Presentó apneas, anemia, alteraciones hidroelectrolíticas, complicándose con <i>“síndrome de respuesta inflamatoria sistémica”</i> que ameritó manejo con aminas y doble esquema antibiótico de amplio espectro, reportado como inestable respiratoriamente y con <i>“retinopatía del prematuro”</i> sin que iniciara tratamiento por su inestabilidad respiratoria.</p> <p>24/01/15, VRN55 ingresó al Hospital regional 1, AR20 lo recibió en urgencias del Hospital Regional 1 y lo canalizó a la UCIN.</p> <p>30/01/15, SP6 ordenó el ingreso de VRN55 a <i>“cunas”</i>, donde AR9 lo diagnosticó con <i>“sepsis neonatal tardía, neumonía, displasia broncopulmonar ‘dependiente de O2 en casco’, inmadurez retiniana, probable ROP (retinopatía del prematuro)”</i>.</p>

			<p>2/02/15, AR16 lo reportó con “<i>sepsis neonatal tardía</i>” confirmada por estudio de laboratorio.</p> <p>7/02/15, AR15 lo reportó con riesgo de falla orgánica múltiple o muerte, complicaciones y/o secuelas derivadas de su prematurez.</p> <p>En la hoja de registros de casos de infección nosocomial, se reportó que a VRN55 se le detectó la infección nosocomial, el 10 de febrero de 2015, tipo “<i>sepsis</i>” por vía hematológica, entre los factores de riesgo: orointubación, catéter en el brazo izquierdo y el catéter percutáneo en el brazo derecho, además se recabó una muestra para hemocultivo, y se encontraba bajo tratamiento antibiótico.</p> <p>En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, dichos padecimientos fueron diagnosticados oportunamente y por los cuales recibió tratamiento médico adecuado.</p>
2	VRN29, hija de V31.	<p>Nació: 16/01/15, a las 04:35 horas, producto de un embarazo gemelar por inseminación in vitro, con prematurez extrema.</p> <p>Diagnóstico: “<i>Recién Nacido de pretérmino 26 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional, riesgo de sepsis, riesgo de hemorragia intraventricular</i>”.</p> <p>Peso: 620 gramos.</p> <p>Falleció: 25/01/15, a las</p>	<p>18/01/15, SP6 reportó a VRN29 con alto riesgo de daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematurez extrema.</p> <p>21/01/15, AR25 indicó que VRN29 presentaba alteraciones sugestivas de “<i>sepsis</i>”.</p> <p>22/01/15, SP6 ordenó que a VRN29 se le mantuviera en vigilancia estrecha a descartar hemorragia intraventricular, “<i>sepsis tardía</i>” y “<i>enterocolitis necrosante</i>”.</p>

		20:00 horas.	
		Causas del fallecimiento: <i>“hemorragia intraventricular catastrófica, sepsis bacteriana del recién nacido y enterocolitis necrotizante”.</i>	
3	VRN30, hija de V31.	Nació: 16/01/2015, a las 04:40 horas, producto de un embarazo gemelar por inseminación in vitro, con prematuridad extrema. Diagnóstico: <i>“Recién nacido, prematuridad extrema, peso adecuado para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria por probable inmadurez pulmonar, probable enfermedad de membrana hialina, riesgo de sepsis temprana y riesgo de hemorragia intracraneal”.</i> Peso: 740 gramos. Falleció: 14/05/15, a las 09:30 horas. Causas del fallecimiento: <i>“insuficiencia respiratoria del recién nacido [60 días], insuficiencia renal congénita [80 días], feto y recién nacido afectado [118 días], inmadurez extrema [118 días], sepsis”.</i>	16/01/15, VRN30 ingresó a la UCIN. 17/01/15, SP5 reportó a VRN30 con alto riesgo de daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematuridad extrema. 27/02/15, se le reportó con hemorragia intraventricular, sin embargo, el estudio del líquido cefalorraquídeo que se le realizó resultó negativo a proceso infeccioso en ese momento. 8/03/15, AR15 reportó a VRN30 con aislamiento en diversas ocasiones por <i>“cándida albicans”</i> . 10/03/15, se le reportó con <i>“inmadurez retiniana”</i> . 22/03/15, AR15 diagnosticó a VRN30 con prematuridad, <i>“sepsis nosocomial”</i> por <i>“staphylococcus haemolyticus”</i> y <i>“cándida albicans”</i> , hidrocefalia comunicante secundaria, anemia e hiperbilirrubinemia multifactorial, <i>“enterocolitis necrotizante”</i> y neumonía asociada a ventilador. 31/03/15, AR28 indicó que VRN30 cursaba su primer día de antibiótico debido a que se reportó el cultivo de líquido cefalorraquídeo con <i>“Klebsiella”</i> .

		<p>1/04/15, se le reportó a VRN30 con hidrocefalia.</p> <p>2/04/15, SP7 diagnosticó a VRN30 con sepsis nosocomial por "<i>staphylococcus haemolyticus</i>".</p> <p>8/04/15, los resultados de laboratorio confirmaron que el líquido cefalorraquídeo y la punta de catéter de VRN30 dieron positivos al desarrollo de "<i>klebsiella pneumoniae</i>".</p> <p>15/04/15, SP5 reportó a VRN30 con meningitis por "<i>klebsiella pneumoniae</i>" en tratamiento.</p> <p>23/04/15, AR24 reportó a VRN30 muy grave dada la cronicidad de su patología y nulo avance, con pronóstico malo para la función y la vida.</p> <p>27/04/15, AR25 reportó a VRN30 dependiente de ventilador, con displasia broncopulmonar y con proceso infeccioso a nivel de "SNC".</p> <p>1/05/15, neurología reportó a VRN30 con líquido purulento espeso, ventriculostomía parcialmente funcional, por lo cual requirió su valoración por infectología para terapia antimicrobiana.</p> <p>8/05/15, AR26 la reportó que VRN30 presentaba "<i>sepsis activa</i>" por "<i>Klebsiella pneumoniae</i>" y falla orgánica múltiple.</p> <p>9/05/15, SP5 reportó a VRN30 con pronóstico reservado a evolución con</p>
--	--	--

			<p>alto riesgo daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematurez extrema.</p> <p>13/05/15, AR25 indicó que VRN30 presentaba tendencia a la bradicardia, con soporte ventilatorio alto y crisis convulsivas.</p> <p>Siendo las 09:15 horas, AR22, declaró el fallecimiento de VRN30.</p> <p>En la hoja de registros de casos de infección nosocomial se reportó que VRN30 presentó infección nosocomial detectada el 29 de enero de 2015, de tipo “<i>bacteriemia</i>” por vía hematológica, con síntomas como febrícula, leucocitos elevados y plaquetas bajas, factores de riesgo ontaloclísis, fecha de aplicación: 19 al 26 de enero de 2015; catéter percutáneo brazo izquierdo y orintubado, desde el 16 de enero de 2015 y SOG “sonda orogástrica” desde el 28 de ese mismo mes y año, los cuales dieron positivo a “<i>klebsiella pneumoniae</i>”.</p>
4	VRN41, hija de V42.	<p>Nació: 19/01/2015, a las 08:42 horas.</p> <p>Diagnóstico: “(...) 29 semanas de gestación, peso adecuado (...), cesárea urgente por embarazo de 32 semanas de gestación + preeclampsia severa, estado fetal no tranquilizador (bradicardia fetal), choque hipovolémico en corrección, hipoglucemia remitida, insuficiencia respiratoria e hipotermia en</p>	<p>19/01/15, SP6 reportó a VRN41 con datos de respuesta inflamatoria sistémica.</p> <p>21/01/15, AR25 reportó que los resultados de los estudios de laboratorio evidenciaron que VRN41 cursaba un proceso infeccioso con riesgo alto de mayores complicaciones.</p> <p>2/02/15, SP5 reportó a VRN41 con alto riesgo de daño neurológico y/o muerte secundaria a su prematurez extrema.</p>

		<p>corrección”.</p> <p>Peso: 1,100 gramos.</p> <p>Falleció: <u>22/05/15, a las 22:45 horas.</u></p> <p>Causas del fallecimiento: <i>“prematurez extrema, desnutrición severa, sepsis nosocomial por neumonía, síndrome de falla orgánica múltiple, choque séptico por falla renal terminal y pario cardiorrespiratorio”.</i></p>	<p>17/02/15, se le diagnosticó a VRN41 con <i>“inmadurez retiniana”</i>.</p> <p>En la hoja de registros de casos de infección nosocomial se reportó que VRN41 presentó infección nosocomial detectada el 13 de febrero de 2015, inicio de síntomas, el 27 de enero de 2015, tipo de infección nosocomial <i>“sepsis”</i>, con presencia de febrícula y leucocitos elevados, factores de riesgo como puntas nasales durante 11 días desde el 2 de febrero de 2015; sonda orogástrica <i>“SOG”</i> desde el 13 de febrero de 2015 y venoclisis del brazo derecho, durante 1 día, desde el 12 de ese mismo mes y año, resultado de hemocultivo, sin dato.</p> <p>23/02/15, SP6 decidió el alta médica VRN41 de la UCIN con ingreso a <i>“cunas”</i> para su manejo.</p> <p>12/03/15, nota de alta de hospital a hospital en la que AR16 decidió el alta de VRN41 para que continuara con tratamiento y ganancia de peso.</p> <p>7/05/15, VRN41 reingresó referida de <i>“Mazatlán”</i> para valoración por gastroenterólogo pediatra, debido a que no presentó ganancia de peso.</p> <p>11/05/15 gastroenterología diagnosticó a VRN41 con <i>“desnutrición severa, intolerancia a la alimentación, hipoglucemia persistente”</i>.</p> <p>14/05/15, se indicó que VRN41 no contaba con datos de hipotiroidismo clínico y que su nivel fuera de rango de hormonas tiroideas se debía a</p>
--	--	--	--

			<p>desnutrición grave.</p> <p>15/05/15, SP1 diagnosticó a VRN41 con “<i>angangliosis</i>” intestinal.</p> <p>17/05/15, AR23 indicó que VRN41 contaba con factores de riesgo como estancia hospitalaria prolongada con métodos invasivos, prematurez, múltiples esquemas antimicrobianos desde su ingreso con deterioro clínico, ayer con crisis convulsivas y “<i>hoy</i>” con “<i>sepsis clínica</i>”, sin que fuera posible la repetición del ultrasonido transfontanelar por su condición de gravedad.</p> <p>22/05/15, AR36 indicó que VRN41 presentaba amplios criterios para síndrome de falla orgánica múltiple, misma fecha en que falleció.</p>
5	VRN38, hija de V39.	<p>Nació: Nació en el Hospital General de “Guasave” 30/01/15.</p> <p>Diagnóstico: “<i>Recién Nacido de pretérmino 26 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional, riesgo de sepsis, riesgo de hemorragia intraventricular</i>”.</p> <p>Peso: 3,600 gramos.</p> <p>Falleció: 25/01/15, a las 20:00 horas.</p> <p>Causas del fallecimiento: “<i>choque séptico, insuficiencia respiratoria, sepsis neonatal y enfermedad de hirschsprung</i>”.</p>	<p>31/01/15, VRN38 ingresó a servicio de “<i>cunas</i>” del Hospital Regional 1 para su valoración por cirugía pediátrica ante probable artresia intestinal (ausencia de evacuaciones).</p> <p>3/02/15, VRN38 fue intervenida por oclusión intestinal más probable enfermedad de “<i>hirschsprung</i>” (enfermedad genética en la que hay ausencia de ganglios en el trayecto intestinal o en una de sus porciones), misma fecha en que ingresó a la UCIN.</p> <p>09/02/15, AR24 reportó a VRN38 con extrema gravedad.</p> <p>En la hoja de registros de casos de infección nosocomial se reportó que VRN38 presentó infección nosocomial detectada el 13 de febrero de 2015, sin</p>

			<p>dato de inicio de síntomas, con presencia de plaquetomia y febrícula, factores de riesgo como orintubado, sonda orogástrica “SOG” a derivación y venodisección, de tipo “<i>sepsis tardía</i>”, resultado de hemocultivo, sin dato.</p> <p>En diversa hoja de registros de casos de infección nosocomial se reportó que VRN38 presentó infección nosocomial detectada el 13 de febrero de 2015, fecha de inicio de síntomas, 9 de febrero de 2015, con presencia de sangrado de estoma, distensión abdominal, plaquetopenia y febrícula, secreción amarillenta tipo por capa de estoma, factores de riesgo como orintubado durante 10 días desde el 3 de febrero de 2015, sonda orogástrica “SOG” a derivación durante 11 días desde el 3 de ese mismo mes y año, venodisección durante diez días desde el 10 de febrero de 2015, así como ileostomía durante 10 días, desde el 3 del referido mes y año, de tipo “<i>sepsis tardía</i>”.</p> <p>De la bitácora de resultados de hemocultivos remitida a este Organismo Nacional, el 9 de marzo de 2017, se advirtió que el hemocultivo de VRN38 resultó positivo a desarrollo de “<i>klebsiella pneumoniae</i>”.</p>
6	VRN33 , hijo de V34.	<p>Nació: 30/05/15, a las 21:16 horas.</p> <p>Diagnóstico: “<i>Recién nacido de pretérmino 24 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria</i>”.</p>	<p>31/05/15, VRN33 ingresó a la UCIN, donde SP3 lo reportó con acidosis respiratoria mixta e hipoxemia, hemodinámicamente con bradicardia, y “<i>síndrome de dificultad respiratoria estadio IV</i>” (muy grave).</p> <p>1/06/15, VRN33 falleció.</p>

		<p>Peso: 1,040 gramos.</p> <p>Falleció: <u>1/06/15, a las 10:45 horas.</u></p> <p>Causas del fallecimiento: <i>“hemorragia pulmonar [1 día], síndrome de dificultad respiratoria [2 días], prematurez extrema [2 días] y sepsis neonatal temprana [2 días]”.</i></p>	
7	VRN47, hija de V48.	<p>Nació: 15/06/15, a las 05:27 horas.</p> <p>Diagnóstico: <i>“Recién nacido de pretérmino, peso adecuado para su edad gestacional, descartar sepsis por antecedente de madre con infección de vías urinarias”.</i></p> <p>Peso: 1,575 gramos.</p> <p>Falleció: <u>17/07/2015, a las 13:30 horas.</u></p> <p>Causas del fallecimiento: <i>“choque séptico, sepsis neonatal y recién nacido prematuro de 36 semanas de gestación”.</i></p>	<p>25/06/15, AR14 reportó a VRN47 con <i>“(…) riesgo alto de sepsis, (…), antecedente de infección de vías urinarias materna”</i>, por lo que solicitó estudios de laboratorio.</p> <p>6/07/15, AR18 reportó a VRN47 con datos de <i>“sepsis neonatal tardía”</i>.</p> <p>9/07/15, AR14 solicitó hemocultivo de VRN47, y el 15 de ese mes y año, AR12 indicó cursaba un <i>“proceso infeccioso activo”</i>.</p> <p>17/07/15, AR14 reportó a VRN47 con <i>“choque séptico”</i>. Misma fecha en la que falleció.</p>
8	VRN36, hija de V37.	<p>Nació: 12/07/15, a las 05:10 horas.</p> <p>Diagnóstico: <i>“Recién nacido de pretérmino de 32 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria leve, gemelo 2”.</i></p> <p>Peso: 1,330 gramos.</p>	<p>12/07/15, VRN36 ingresó a servicio de <i>“cunas”</i>.</p> <p>14/07/15, AR14 ordenó que VRN36 iniciara la vía oral por succión y posteriormente por sonda orogástrica <i>“SOG”</i> con leche materna o fórmula.</p> <p>21/07/15, AR28 le colocó a VRN36 un acceso venoso para soluciones parenterales y suspendió la</p>

		<p>Falleció: <u>25/07/15, a las 23:45 horas.</u></p> <p>Causas de fallecimiento: <i>“choque séptico, sepsis sin germen aislado y prematuridad”.</i></p>	<p>alimentación vía oral.</p> <p>22/07/15, AR28 reportó a VRN36 con datos de “sepsis” y en la nota vespertina, AR9 la refirió con “sepsis neonatal sin germen aislado”, en tanto AR25 solicitó su valoración por la UCIN.</p> <p>25/07/15, VRN36 falleció.</p>
	<p>VRN52, hija de V53.</p>	<p>Nació: 18/07/15, a las 06:53 horas.</p> <p>Diagnóstico: <i>“Recién nacido de pretérmino 32 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria en evolución, síndrome de bandas amnióticas en mano izquierda, depresión respiratoria por anestesia general, agenesia de dedo índice, medio y anular de mano izquierda”.</i></p> <p>Peso: 1,710 gramos.</p> <p>Falleció: <u>26/09/2015, a las 21:50 horas, en el “Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco”.</u></p> <p>Causas de fallecimiento: <i>“choque no especificado (choque séptico) (sic) neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo secundario, neumotórax izquierdo secundario, recién nacida pretérmino, insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica,</i></p>	<p>18/07/15, VRN52 ingresó a “cunas”.</p> <p>26/07/15, VRN52 presentó pausas respiratorias con tendencia a la “acidosis metabólica”, infeccioso la reportó con “sepsis sin germen aislado” y cobertura para hongos por PCR negativa.</p> <p>9/08/15, cardiología descartó que VRN52 presentara probable persistencia del conducto arterioso.</p> <p>18/08/15, oftalmología diagnosticó a VRN52 con retinopatía del prematuro en zona II ambos ojos.</p> <p>26/08/15, AR19 ordenó el egreso de VRN52 a su domicilio con cita a pediatría y oftalmología.</p> <p>9/09/15, a VRN52 se le hospitalizó en piso de pediatría escolares para su traslado a tercer nivel de atención.</p> <p>10/09/15, se envió a VRN52 al “Centro Médico de Occidente de Guadalajara, Jalisco” para tratamiento de retinopatía del prematura “ROP” II en zona II en ojo derecho y en ojo izquierdo “ROP” II-III.</p>

		<p><i>sobrecarga de líquidos, estenosis de la arteria pulmonar y retinopatía del prematuro</i></p>	<p>17/09/15, se le realizó a VRN52 tratamiento en ambos ojos, con imposibilidad para extubarla, por lo que ingresó a la UCIN.</p> <p>26/09/15, VRN52 falleció en dicho nosocomio.</p>
10	VRN58, hija de V59.	<p>Nació: 29/08/2015, a las 18:49 horas.</p> <p>Diagnóstico: <i>“Recién nacido de pretérmino 34 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional y síndrome de dificultad respiratoria leve”.</i></p> <p>Peso: 2,020 gramos.</p> <p>Falleció: 19/11/2015, a las 07:45 horas.</p> <p>Causas del fallecimiento: <i>34 semanas de gestación, ROP ‘retinopatía del prematuro II zona 1 A, displasia broncopulmonar severa, descartar endocarditis, encefalopatía hipóxico-isquémica Sarnat II (Escala de la clasificación de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica/Moderada)”.</i></p>	<p>31/08/15, AR14 reportó a VRN58 con polipnea.</p> <p>1/09/15, el hemocultivo que se le realizó a VRN58 evidenció desarrollo de <i>“escherichia coli”</i> sin antibiograma.</p> <p>3/09/15, se advirtió en la nota médica de AR14 que en manuscrito decía <i>“sepsis”</i>.</p> <p>9/09/15, el resumen de infectología confirmó que el hemocultivo de VRN58 dio positivo a <i>“escherichia coli”</i>.</p> <p>10/09/15, VRN58 ingresó a la UCIN, donde se le diagnosticó con probable NAV <i>“neumonía adquirida por el ventilador”</i>.</p> <p>11/09/15, se le realizó a VRN58 un hemocultivo periférico sin reporte de crecimiento, y SP6 indicó que el pronóstico de VRN58 era reservado a evolución con alto riesgo de daño neurológico severo y/o muerte.</p> <p>15/09/15, SP6 reportó a VRN58 con fase III de la ventilación con plaquetopenia muy grave.</p> <p>17/09/15, SP6 indicó que VRN58 presentó paro cardiorrespiratorio, el cual se revirtió y solicitó nuevo hemocultivo central.</p>

		<p>20/09/15, AR30 advirtió a VRN58 con datos de falla orgánica múltiple con pronóstico sombrío a corto plazo, con mortalidad por arriba del 80%, patología de base “<i>choque séptico</i>” por sospecha de “<i>klebsiella pneumonie</i>” aún sin asilamiento, se consensará con el grupo interdisciplinario la modificación de su esquema antibiótico empírico.</p> <p>21/09/15, SP9 le tomó a VRN58 muestras para hemocultivo centrales y periféricas, las cuales reportaron sin desarrollo de gérmenes, sin embargo, la reportó muy grave con pronóstico malo para la función y la vida.</p> <p>29/09/15, se le diagnosticó a VRN58 con “<i>retinopatía del prematuro I, ambos ojos, Zona II</i>”.</p> <p>9/10/15, AR26 le retiró el catéter central a VRN58 por venodisección que tenía desde el 19 de septiembre de 2015, cuyo análisis de la punta dio positivo a “<i>staphylococcus hominis</i>”, con antibiograma.</p> <p>Nota sin fecha en la cual AR26 y SP10 reportaron a VRN58 con daño neurológico severo, con ventilación mecánica asistida, sin automatismo respiratorio, presentó eventos que la pusieron en estado crítico con falla multiorgánica, “<i>choque séptico</i>” y secundariamente eventos de hipoxia severos, con pronóstico malo para la función por alto riesgo de “<i>PCI</i>” parálisis cerebral infantil y crisis convulsivas.</p>
--	--	---

		<p>26/10/15, AR26 indicó que VRN58 presentó “<i>escherichia coli</i>” con antibiograma, agregó que se reportó en forma verbal hemocultivo con “<i>enterobacter fecalis</i>”.</p> <p>19/11/15, SP5 indicó que VRN58 no respondió a las maniobras avanzadas de reanimación en su tercer paro cardiaco, declarándola como fallecida a las 07:45 horas de esa misma fecha.</p> <p>En la hoja de registros de casos de infección nosocomial se reportó que VRN58 presentó infección nosocomial detectada el 10 de septiembre de 2015, inicio de síntomas, el 31 de agosto de 2015, tipo de infección nosocomial “<i>bacteriemia no especificada en niños</i>”, con presencia de fiebre, taquipnea, hipoglucemia, factores de riesgo como catéter venoso en subclavia izquierda y venoclisis en mano izquierda desde el 10 de septiembre de 2015; orointubado desde el 3 de ese mismo mes y año, resultado de hemocultivo de 1º septiembre de 2015, dio positivo a “<i>escherichia coli</i>”.</p>
--	--	---

352. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que una de las principales causas de los fallecimientos de las personas citadas con antelación se debió a “*sepsis*” en sus diferentes manifestaciones, sin embargo, no pueden considerarse asociados al “*brote de infección nosocomial*” reportado por el IMSS, en razón de lo siguiente:

352.1. Sus decesos acontecieron meses anteriores al “*brote de infección nosocomial*” que nos ocupa.

352.2. No bastaba haber permanecido en el mismo “*cunero patológico*” que las personas recién nacidas consideradas dentro del “*brote*”, ya que para que pudieran ser asociados a éste, sus decesos debieron ser consecutivos y encontrarse relacionados con la bacteria “*klebsiella*”.

352.3. En ese sentido, los hemocultivos de VRN30 y VRN38 dieron positivo a “*klebsiella pneumoniae*”, sin embargo, sus lamentables fallecimientos acontecieron el 14 de mayo y 14 de febrero de 2015, respectivamente, esto es, seis y tres meses anteriores al “*brote de infección nosocomial*” reportado, sin que de las evidencias con que se cuenta, se hubiera reportado algún otro deceso por la referida bacteria o alguna otra para que considerar diverso “*brote*”.

353. Para mejor ejemplificación de las fechas en la que las personas recién nacidas que nos ocupan desafortunadamente perdieron la vida, se realizó el siguiente cuadro:

PERSONAS RECIÉN NACIDAS FUERA DEL “BROTE EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y POR ASOCIACIÓN” AL MISMO.	
NOMBRE	FECHA DE DEFUNCIÓN
VRN29	25/01/15
VRN38, hemocultivo positivo a “ <i>klebsiella</i> ”.	14/02/15
VRN55	22/02/15

VRN30, hemocultivo positivo a " <i>klebsiella</i> ".	14/05/15
VRN41	22/05/15
VRN33	01/06/15
VRN47	17/07/15
VRN36	25/07/15
VRN52, falleció en diverso nosocomio.	26/09/15
VRN58, hemocultivo positivo a " <i>escherichia coli</i> ".	19/11/15

354. Listado que confirma las fechas en que perdieron la vida dichas personas recién nacidas, sin que se deje de considerar que en la precitada opinión médica, se concluyó que desde que nacieron se les brindaron maniobras de asistencia de acuerdo a sus factores de riesgo como prematurez extrema, bajo peso y antecedentes de las "*patologías de base*" de sus progenitoras, lo que derivó en las diferentes complicaciones de índole respiratoria, neurológica, oftalmológica, cardiovasculares y gastrointestinales que deterioraron paulatinamente su salud hasta su desafortunado fallecimiento a pesar del manejo médico oportuno.

355. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que no en todos los casos se llenó la "*hoja de registros de casos de infección nosocomial*", lo que no necesariamente implica omisión por parte de sus médicos tratantes como en el caso de las personas recién nacidas contempladas dentro del "*brote de infección nosocomial*", debido a que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, las "*patologías de base*", esto es, desde su nacimiento eran proclives a desarrollar "*sepsis*" en alguna de sus manifestaciones.

356. Tampoco pasa desapercibido que VRN29, VRN33, VRN38, VRN41, VRN47, VRN55 y VRN58 fueron exhumados a petición de sus progenitores en el mes de febrero de 2016 para saber las causas de su respectivo fallecimiento; sin

embargo, dicho estudio histopatológico concluyó que la causa de su muerte fue *“indeterminada”* ante el avanzado estado de descomposición de sus tejidos.

357. Por lo expuesto, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN47, VRN52, VRN55 y VRN58 no se encontraron considerados en el período del *“brote de infección nosocomial”* ni por asociación al mismo.

358. Sin embargo, esta Comisión Nacional priorizando los derechos con que cuentan y para salvaguardar el interés superior de la niñez, valorará en el apartado correspondiente las omisiones administrativas en la integración de sus expedientes clínicos aun cuando no hubieran modificado el diagnóstico, pronóstico o manejo de su respectivo estado de salud.

359. También se analizarán los argumentos de sus respectivos progenitores, quienes indicaron que no recibieron información del estado de salud de sus respectivas hijas e hijos, lo anterior a fin de que se les garantice a las personas recién nacidas que nos ocupan, el disfrute pleno y efectivo de sus derechos, máxime que versa en un grupo de personas de atención prioritaria atento a su edad y padecimientos cursados.

❖ Conclusiones de las personas recién nacidas contempladas dentro del *“brote de infección nosocomial y por asociación epidemiológica”* y aquellas extemporáneas al mismo.

360. De la valoración que antecede, el personal médico de este Organismo Nacional concluyó lo siguiente:

- **Personas recién nacidas atendidas durante el “brote de infección nosocomial” y por asociación al mismo.**

360.1. VRN55 y VRN61 nacieron en un nosocomio distinto al Hospital Regional 1.

360.2. En los casos de V6, V13 y V27, se trató de embarazos múltiples.

360.3. El 22 de septiembre de 2015, AR16 ordenó que VRN25 egresara a su domicilio por mejoría en la evolución de su salud.

360.4. De las 14 personas recién nacidas que fallecieron del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, a 8 se les realizó una toma de muestra para hemocultivo, 4 de los cuales resultaron con desarrollo positivo a microorganismos; 3 con resultado negativo y en el otro, no se anexó reporte.

360.5. De los 25 casos sometidos a análisis, se reportó el fallecimiento de 14 personas recién nacidas, esto es, los de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 del 30 agosto al 21 de septiembre de 2015, por lo cual se consideran relacionados con el “brote epidemiológico por infección nosocomial y asociación epidemiológica”, al haber compartido el mismo espacio, tiempo y causas de defunción, aunado a las deficiencias en las acciones de limpieza y conservación del referido nosocomio.

360.6. Durante el mes de febrero de 2016, fueron exhumados VRN8, VRN18, VRN21, VRN44, VRN47 y VRN55, de cuyo análisis se determinó que la causa de su fallecimiento fue *“indeterminada”*.

- **Personas recién nacidas atendidas de manera extemporánea al *“brote de infección nosocomial”*.**

360.7. VRN38 nació en un nosocomio distinto al Hospital Regional 1.

360.8. El 12 de marzo de 2015, VRN41 egresó del Hospital Regional 1, al cual reingresó el 7 de mayo de ese mismo año, por lo cual no está considerada dentro del *“brote de infección nosocomial y por asociación epidemiológica”* acontecido del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015.

360.9. El 26 de septiembre de 2015, VRN52 lamentablemente falleció en la *“UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente”* en Guadalajara.

360.10. Todos los pacientes cursaron con alguno de los diagnósticos de *“sepsis, sepsis severa, choque séptico, choque mixto, sepsis neonatal y/o sepsis nosocomial”*, sin embargo, los casos de VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN47, VRN52, VRN55 y VRN58 fueron extemporáneos al *“brote de infección nosocomial”* reportado del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015, por haber sucedido meses anteriores y diversas causas al mismo.

360.11. Durante el mes de febrero de 2016, fueron exhumados VRN29, VRN30, VRN33, VRN38 y VRN41 de cuyo análisis se determinó que la causa de su fallecimiento fue “*indeterminada*”.

- **Consideraciones generales**

360.12. El registro de nacimiento de las 25 personas recién nacidas aconteció en el período comprendido del 12 de diciembre de 2014 hasta el 9 de septiembre 2015.

360.13. Las defunciones de 24 personas recién nacidas, aconteció en el período comprendido del 25 de enero al 19 de noviembre de 2015.

360.14. De las 25 personas recién nacidas, fallecieron 11 mujeres y 13 hombres.

360.15. De los 25 expedientes de las personas recién nacidas atendidas en el servicio de “*cunero patológico*” y/o UCIN del Hospital Regional 1, se emitió la opinión médica en cada caso particular.

360.16. De las 25 personas recién nacidas, se realizaron 15 cultivos (hemocultivo y punta de catéter), de los cuales 7 dieron positivo al desarrollo de microorganismos; 4 fueron negativos y 4 más sin reporte agregado.

361. Por lo expuesto, los médicos tratantes de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 y las autoridades adscritas CODECIN y UVEH del Hospital Regional 1, omitieron en el cumplimiento de sus funciones llevar a cabo la permanente y adecuada vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales como era su obligación, lo que hubiera permitido identificar de forma oportuna los factores de riesgo que se presentaron en el *“cunero patológico”* en el período referido, para que se implementaran medidas de prevención y control y evitara el lamentable deceso de los citados, cuatro de los cuales presentaron desarrollo de *“klebsiella”*, y diez más fueron asociados a dicha infección como se acreditó.

362. En ese sentido AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33 vulneraron el artículo 51, primer párrafo, de la Ley General de Salud, así como el artículo 6º del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, al no haberles garantizado a los citados, un servicio de salud oportuno, idóneo y de calidad con atención profesional y éticamente responsable ante las omisiones en que incurrieron.

363. Lo que trajo aparejada la transgresión del artículo 28, de la Ley de Profesiones del Estado de Sinaloa, en el que especifica que *“(...) el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido (...)”*, al haber omitido llenar la *“hoja de registros de casos de infección nosocomial”* y en su caso, la notificación a su inmediato superior de acuerdo a los puntos 3.1.30 y 15.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, *“Para la vigilancia*

epidemiológica”²⁴ y la guía práctica para la prevención de las infecciones nosocomiales de la OMS, lo que contribuyó a la violación al derecho humano a la protección de la salud y a la vida de los referidos menores de edad.

364. Tampoco consideraron que su vulnerabilidad ameritaba que extremaran las medidas clínicas y sanitarias para preservar su derecho humano a la protección de la salud y a la vida, por lo cual también vulneraron el principio del interés superior de la niñez, lo cual les genera responsabilidad profesional.

365. En ese sentido, este Organismo Nacional considera que dicha responsabilidad profesional se hace extensiva al personal médico encargado de la atención que se debe brindar en caso de un *“brote epidemiológico por infección nosocomial y asociación epidemiológica”*, esto es, al CODECIN y a la UVEH como se analizará enseguida.

D. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

366. Como se estableció, el derecho a la salud está previsto en el párrafo cuarto, del artículo 4º Constitucional, cuyo párrafo noveno establece que el Estado velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos, entre los que se encuentran sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida.

²⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.

367. El programa de acción específico *“Salud materna y perinatal 2013-2018”* de la Secretaría de Salud, elaborado para consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de objetivos, estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud, lo refiere como *“(...) un derecho social cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir en conformidad con las convenciones, protocolos y declaraciones (...) suscritos. La salud materna, perinatal e infantil, son temas altamente relevantes para las sociedades y constituyen el centro de los derechos a la salud (...)”*.

368. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta el derecho a la salud, *“(...) como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, (...)”*²⁵

369. En el párrafo 12, hace un listado de los elementos esenciales e interrelacionados para que el Estado preserve el derecho a la salud, de entre lo que se destacan los siguientes:

25 Observación general 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”*, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párrafo 11.

369.1. Disponibilidad, es decir, que se cuente con establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, que incluyan agua limpia potable, así como condiciones sanitarias adecuadas.

369.2. Accesibilidad, en el caso que nos ocupa, los servicios de salud deben estar al alcance de todas las niñas y niños.

369.3. Aceptabilidad, a fin de que los establecimientos, bienes y servicios de salud respeten y mejoren el estado de salud de las personas de que se trate.

369.4. Calidad, esto es, que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico, médico y de buena calidad con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado, agua limpia potable y con condiciones sanitarias adecuadas.

370. A su vez, el artículo 10, del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como "*Protocolo de San Salvador*", establece que:

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

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a [reconocerla] como un bien público y (...) adoptar las siguientes medidas para [garantizarlo]:

a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

371. Las autoridades del IMSS en el caso particular informaron a este Organismo Nacional, que con motivo del “*brote de infección nosocomial*” acontecido en el área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015, actuaron oportunamente e inclusive con las medidas que

adoptaron *“lograron interrumpir la cadena de transmisión de las bacterias y previnieron nuevos casos”*.

372. No obstante tal aseveración, el personal médico de este Organismo Nacional indicó que omitieron notificar inmediatamente a las autoridades encargadas de *“brotes de infección nosocomial”* para que se iniciara un estudio epidemiológico y ordenaran de inmediato acciones para su control, por lo cual incumplieron el punto 3.1.17 de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, que en términos generales establece que se debe describir tiempo, lugar y persona para que se identifiquen los factores de riesgo y se establezcan medidas de prevención para el control correspondiente.

373. En ese sentido, este Organismo Nacional advirtió de las evidencias con que se cuenta, ciertamente el CODECIN sesionó el 9 de septiembre de 2015, respecto a dos fallecimientos acontecidos un día previo en el área de *“cunero patológico”* y aun sin tener la certeza de que se tratara de un *“brote de infección nosocomial”* implementaron un cerco sanitario para garantizar la salud de las personas recién nacidas, no obstante se advirtieron irregularidades que acreditan la existencia de la responsabilidad institucional, como se analizará a continuación.

❖ Autoridades encargadas del estudio del *“brote de infección nosocomial”* en el Hospital Regional 1.

374. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*,

en el ámbito hospitalario, la organización y estructura para la vigilancia de las infecciones nosocomiales se conformará por la UVEH o su equivalente, así como por el CODECIN.

375. La UVEH es la instancia técnico-administrativa encargada de las actividades de vigilancia epidemiológica, entre las que se encuentran las infecciones nosocomiales, por lo que deberá concentrar, integrar, validar, analizar y difundir dicha información a los servicios del hospital y al CODECIN, así como elaborar un informe mensual, anual y emitir en forma permanente actividades de prevención y control documentadas, entre otras funciones.

376. A su vez, el CODECIN se integrará conforme a las necesidades y estructura del hospital y se considera el órgano consultor técnico en aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales de manera permanente.

377. El Hospital Regional 1 cuenta con ambos comités de vigilancia epidemiológica, cuyo desempeño se valorará enseguida.

❖ Comité para la prevención y control de infecciones nosocomiales, CODECIN.

378. El Breviario para la Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, mejor conocidas como “IAAS”, define al CODECIN de la siguiente manera:

“(...) organismo que coordina, verifica y evalúa las actividades de detección, registro, notificación, manejo y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), así como el uso racional de antimicrobianos, actividades de investigación, análisis y difusión de la información, capacitación y gestión de riesgos (...)”.

379. La Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, establece que su objetivo fundamental es la prevención y control de las infecciones nosocomiales para garantizar la calidad de la atención médica, a través de la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana, estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo.

380. Conforme al acta constitutiva del CODECIN, el Hospital Regional 1 cuenta con dicho comité desde el 19 de junio de 2015, en cuyo artículo primero lo denominó como *“Sub-Comité para la detección y control de las infecciones nosocomiales”*, y en el artículo segundo estableció que su objetivo versa en lo siguiente:

380.1. La aplicación de los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*.

380.2. La aplicación de normas, procedimientos y sistemas de trabajo multidisciplinario, para la identificación temprana y el estudio de las infecciones nosocomiales.

380.3 Establecimiento de mecanismos permanentes de vigilancia epidemiológica, que permitan el manejo eficiente de la información para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

381. Su función se relaciona con la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales, para lo cual sus integrantes sesionaran de manera ordinaria, esto es, mensualmente y de forma extraordinaria, de decir, cuando se amerite previa convocatoria del presidente o del secretario ejecutivo.

382. Con motivo de los hechos que se investigan, el 9 de septiembre de 2015, AR3 y AR13 convocaron a una reunión extraordinaria para que se analizaran los fallecimientos de VRN1 y VRN5 acontecidos un día anterior en el “*cunero patológico*”.

383. En dicha reunión, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR37 adoptaron los siguientes compromisos:

“1. El personal deberá respetar los criterios de acceso al servicio en cuanto al lavado de manos y uso de ropa adecuada esto debe ser supervisado por un superior.

2. No permitir el paso a personas ajenas al servicio, colocando para ello letreros y haciendo que se respeten.

3. *No introducir a los servicios (UCIN, CUNAS, UCIP), ningún tipo de alimento en ninguno de los turnos.*
4. *Confirmar si los dos casos están o no relacionados con la atención médica.*
5. *Realizar cultivos de medio ambiente en el área de cunas.*
6. *Gestionar o reanudar la toma de cultivos a pacientes en todos los especímenes.*
7. *Notificar inmediatamente a la UVEH [Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, en lo sucesivo] de los casos con sospecha de procesos infecciosos nosocomial por parte del médico y/o enfermera tratante.*
8. *Anotar en la libreta de registro de infecciones nosocomiales por parte de jefas de piso.*
9. *Supervisión (sic) por jefes de servicio de que se cumpla con la notificación a la UVEH y anotación en la libreta de IN [infecciones nosocomiales].*
10. *Análisis del 100% de las defunciones del servicio.*
11. *No hacer venodisecciones (hacer hasta lo imposible por evitarlas).*
12. *La nutrición parenteral deberá ser preparada única y exclusivamente por personal debidamente capacitado, con apego a los lineamientos establecidos (uso de bata, gorro, guantes, etc.) y respetando el área destinada para ello, la cual estará restringida para el resto del personal.*

13. *Las fórmulas deberán ser preparadas por personal debidamente capacitado y con apego a los normado institucionalmente.*
14. *Dejar el refrigerador para uso exclusivo de las fórmulas y mantenerlo siempre limpio.*
15. *Limitar el uso de fórmulas y fomentar el uso de leche materna.*
16. *Capacitar a las madres en la extracción adecuada de la leche materna.*
17. *Dar seguimiento al programa de limpieza rutinaria y exhaustiva y verificar que se dé cumplimiento al mismo.*
18. *El séptico será para uso exclusivo de la UCIN y “cunero” (solo deberán colocar basura que se genera en dicho servicio).*
19. *Vigilar que se recolecte la basura del servicio por turno y de los sépticos oportunamente.*
20. *Vigilar el abasto suficiente de los recursos para el lavado correcto de manos (jabón líquido y sanitas).*
21. *Vigilar el suministro de ropa, respetando la bitácora de pacientes, incluyendo al personal de salud y el fondo fijo establecido.*
22. *Promover con personal que los compañeros que laboran en estos servicios (CUNAS, UCIP, UCIN) permanezcan fijos y no los estén rotando constantemente.*
23. *Capacitación continua y permanente al personal sobre el lavado de manos, barreras de protección y medidas de prevención y control.*
24. *Dar cumplimiento y seguimiento a los compromisos establecidos.”*

384. Tales compromisos se corroboraron con las declaraciones de sus integrantes rendidas en la PGR en calidad de testigos con motivo de los hechos probablemente constitutivos de los delitos de responsabilidad profesional, homicidio culposo y/o lo que resulte, en agravio de las personas recién nacidas relacionadas con la presente investigación.

385. Al respecto, AR1, el 9 de octubre de 2015, declaró que se desempeñaba como director del Hospital Regional 1 desde el 16 de agosto de 2015, y definió al “*cunero patológico*” como el área o servicio de pediatría de uso exclusivo para personas recién nacidas.

386. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó, se destacó lo siguiente:

386.1. Antes del 18 de septiembre de 2015, las medidas de higiene del área de “*cuneros*” consistía en aislamiento protector del bebé por sus factores de riesgo (prematurez, bajo peso y baja en su sistema inmunitario o defensas).

386.2. Dichas medidas incluían: uso de incubadoras, higiene de manos del personal médico, de enfermería y para las mamás el uso de la bata como barrera de protección “*para no meter gérmenes a esa área*”.

386.3. El “*cunero patológico*” se cerró como medida preventiva porque había dos personas recién nacidas con prematurez y probable “*sepsis*”, por lo cual se decidió proteger a los demás bebés trasladándolos a la UCIN.

386.4. En el “*cunero patológico*” se realizaron trabajos de remodelación consistentes en: aplicación de pintura antibacterial y desinfección total de “*alto nivel*”, esto es, aplicación de peróxido y con el apoyo de las autoridades delegacionales y federales de nivel central del IMSS, se realizó la desinfección “*microparticular*”, esto es, aquella que “*(...) mata toda forma de vida de gérmenes patógenos (...)*”.

386.5. AR13 y AR37 son el personal encargado de supervisar los protocolos de higiene de quienes ingresan al área de “*cuneros*” y los protocolos para sanitizar las áreas que se encuentran en el apartado de conservación, mantenimiento, servicios básicos, limpieza y servicios generales del Manual de Organización de Unidades Médicas de Segundo Nivel del IMSS, cuyo encargado es AR5.

386.6. En dichas áreas se realizan estudios de controles bacteriológicos para determinar si hay gérmenes denominados “*cultivos*”, cuyo responsable es el jefe de laboratorio AR6.

386.7. En cuanto a los datos de alerta para detectar si en el área de atención a neonatos influye en su pronóstico y los pudiera llevar a un eventual deceso, contestó que los médicos del área son los encargados de comunicarlo, quienes a su vez tienen comunicación con los médicos de base, y éstos rinden un informe verbal o por escrito de las condiciones en la que se encuentran los pacientes o respecto de la prestación del servicio.

386.8. En el caso particular se comentaron los dos casos con AR13 y quien fungía como encargado del hospital era el subdirector médico, AR2, debido a que el declarante gozaba de su período vacacional, por lo que no participó en la contingencia que nos ocupa.

386.9. Las autoridades del IMSS revisaron el área de “*cuneros*” y el 17 de septiembre de 2015 y la doctora epidemióloga SP11 apoyó, asesoró y practicó revisiones epidemiológicas en dicha área.

386.10. AR1 se enteró que la reunión extraordinaria se debió a lo que informó la prensa respecto de dos personas recién nacidas prematuras que fallecieron en el área de “*cuneros*”, por lo que AR2 se reunió con el CODECIN entre el 9 y el 13 de septiembre de 2015, para revisar los casos de infecciones en dicho nosocomio.

386.11. El declarante le comentó vía “*whats app*” lo sucedido a SP12 del área de epidemiología delegacional del IMSS, pero desconoce si él haya informado a otra área para que se diera la supervisión por parte de las oficinas centrales de México.

386.12. Los certificados de defunción de VRN8, VRN18, VRN22, VRN29, VRN30, VRN33, VRN38, VRN44, VRN49, VRN52, VRN55 y VRN61, cuya causa de muerte coincide con choque séptico y/o “*sepsis neonatal*”, en realidad no especifican una causa de muerte, sino varias enfermedades con morbilidades o factores de riesgo, debido a que en la literatura médica no

se considera como causa directa de muerte el choque séptico, aunado a que en estos casos una de las causas fue la prematurez.

386.13. Cuando se detecta un caso de infección por bacteria, el IMSS tiene su propia normatividad de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales basados en la “*NOM*”.

386.14. No se realizó necropsia para determinar la causa de la muerte de las referidas personas recién nacidas, sin embargo, en sus expedientes clínicos obran estudios de laboratorio y de gabinete documentados.

387. El 13 de octubre de 2015, AR2 declaró que desde el 1° de julio de 2015 se desempeñaba como subdirector del Hospital Regional 1 y respecto a los hechos que nos ocupan indicó lo siguiente:

387.1. AR3 notificó a la supervisión delegación del IMSS lo acontecido y el 10 de septiembre de 2015, el equipo epidemiológico del Hospital Regional 1, tomó los cultivos del área de “*cunas*” y de los pacientes que se “*suponía*” tenían alguna infección.

387.2. AR13 acordó con los pediatras de su área, que continuarían con el surtimiento de insumos oportunos, la realización de servicios correctivos y preventivos de los equipos, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las metas internacionales de seguridad, apegándose a las guías de prácticas médicas y códigos de clasificación internacional de enfermedades.

387.3. El 12 de septiembre de 2015, se realizó otro servicio de limpieza preventiva y el 16 de ese mismo mes y año, quedó lista el área acondicionada para la recepción de los 16 menores que aún se encontraban en el área de “*cuneros patológicos*”.

387.4. El 18 de septiembre de 2015, se obtuvieron los resultados de laboratorio de los cultivos tomados a las instalaciones del área de “*cuneros patológicos*”, así como de algunos menores, incluyendo algunos de los que habían fallecido.

387.5. Los resultados arrojaron que sólo dos personas menores de edad se encontraban relacionados a una misma bacteria y el resto se debía a diversos tipos de bacterias, algunas adquiridas en el útero o de forma congénita, predispuestas por el parto prematuro, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias o cervicovaginitis (infección vaginal), otras inherentes a la persona recién nacida como prematurez y factores inmunitarios como bajas defensas.

387.6. Debido a que se trabajó “*localmente*”, esto es, con las unidades del hospital a la par de las unidades delegacionales y las de nivel central, el 18 de septiembre de 2015, se avisaron los resultados de laboratorio, por lo que se recibió apoyo del equipo a nivel central.

387.7. Continuándose con las medidas de prevención y control que habían sido iniciadas, así como los protocolos de prevención y reducción de las

infecciones nosocomiales de acuerdo a la metodología de la norma oficial mexicana de vigilancia a las infecciones y la normatividad del IMSS.

387.8. A partir de esa fecha, se hizo cargo el “*nivel central*” y toda vez que AR1 suspendió sus vacaciones, él se hizo cargo de la situación.

388. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR2, se destacó lo siguiente:

388.1. Los “*cuneros patológicos*” es un área localizada en el tercer piso del Hospital Regional 1, a la cual se trasladan los bebés que acaban de nacer pero que tienen alguna morbilidad, es decir, prematuridad, riesgo de infecciones o alguna otra patología agregada.

388.2. Dicha área tiene acceso restringido, por lo que, solo puede ingresar quien labora, personal de conservación, de intendencia y la madre o el padre de la persona recién nacida durante el horario de visita.

388.3. El “*cunero patológico*” se cerró de manera preventiva porque se detectaron dos casos que podrían considerarse como infección nosocomial, por lo que se tomaron medidas preventivas y se realizó un lavado exhaustivo, lo cual se tenía proyectado, solo estaban en espera de acondicionar un área para trasladar a las personas menores de edad, por lo que, al haberse desalojado el área, se aprovechó para realizar la limpieza.

388.4. También se le aplicó pintura a dicha área, se renovaron las tomas de aire, se cambiaron algunos plafones y se realizó la sanitización de alto nivel.

388.5. El CODECIN maneja higiene de manos, ventiladores, vías aéreas, agua segura y otros puntos encaminados a prevenir y reducir las infecciones nosocomiales.

388.6. Sus integrantes son AR1, director del hospital, AR3 es la secretaria y los vocales son los jefes de las áreas de todos los servicios del hospital, quienes deben plantear la problemática detectada y el declarante es el vicepresidente.

388.7. Los fines del referido Comité son la aplicación de medidas de prevención de las infecciones nosocomiales y se reúnen una vez al mes, y las constancias de ello las realiza epidemiología.

388.8. Respecto a las 2 defunciones ocurridas el 8 de septiembre de 2015, el CODECIN determinó la toma de cultivos del área de “*cunas*” y de los pacientes, se dejó de dar acceso a nuevos ingresos, se reforzaron los criterios del área, se dio seguimiento a los programas de limpieza rutinaria y preventiva, al abasto de recursos para el lavado correcto de manos y suministro adecuado de ropa, se acondicionó una área para trasladar a los bebés del área de “*cuneros patológicos*” para darle limpieza y optimización.

388.9. A la pregunta ¿qué diga el nombre de la persona encargada del área de “*cuneros*” y que tenía la obligación de supervisar que se cumplirán las medidas

de higiene para que no se presentarán infecciones el 16 de septiembre de 2015 (sic)? Contestó que AR13 es la jefa de pediatría.

389. El 13 de octubre de 2015, AR13 declaró que se desempeñaba como Jefa de Pediatría desde el 1° de septiembre de 2015 y en cuanto a los hechos que se investigan indicó lo siguiente:

389.1. El 9 de septiembre de 2015, a las 8:00 realizó su recorrido matutino y en el área de “*cunero patológico*” le informaron que en el transcurso de la noche o madrugada habían ocurrido dos decesos de personas recién nacidas al parecer por infección, sin que recuerde qué médico pediatra se lo informó.

389.2. Con los resúmenes de ambos casos le comentó a la epidemióloga AR3 que dichos fallecimientos se suscitaron en un lapso muy corto, por lo cual acudieron con AR2 y se convocó a una reunión extraordinaria del CODECIN el mismo 9 de septiembre de 2015.

389.3. Se plantearon las dos defunciones y aun cuando no se tenía la certeza de que hubiera un “*brote*” debido a que no tenían aislada ninguna bacteria, esto es, no tenían aislado a ningún bebé al que se le hubiera detectado alguna infección que pusiera en riesgo a los demás, se tomó la determinación de reforzar las medidas preventivas.

389.4. Se acordó que realizarían cultivos en el área de “*cunero patológico*”, tomarían muestras del mobiliario, de las paredes y demás instalaciones y no admitirían bebés de nuevo ingreso.

389.5. Se acondicionó un área en lactantes a la cual se le hizo limpieza exhaustiva para admitir a los bebés de nuevo ingreso.

389.6. Concluida la reunión, solicitó al personal médico pediatra que reforzaran las medidas preventivas como el lavado de manos, uso de cubrebocas, batas y gorros.

389.7. Se sanearon cubículos, había aproximadamente 30 niños en el área de “*cunero patológico*” y conforme iban mejorando fueron dados de alta hasta que quedaron 16, de los cuales 13 fueron dados de alta por mejoría clínica, 1 falleció y 2 permanecieron con reporte de salud delicado.

389.8. El hemocultivo se tomó a los bebés que podían tener alguna infección por cualquier causa.

389.9. Cuando el “*cunero patológico*” quedó vacío se hizo sanitización consistente en limpieza general y en los ductos, de lo cual tomó el control personal de las oficinas centrales de la Ciudad de México acatando las instrucciones de la COFEPRIS, quienes hicieron cultivos para los estudios correspondientes.

390. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR13, se destacó lo siguiente:

390.1. Las medidas de sanitización en el área de “*cunero patológico*” consistieron en limpieza de ductos, lavado de paredes, techos con germicida, cloro o peróxido, aclaró que el primero, se utiliza aun cuando haya pacientes, pero el peróxido se usa cuando el área se encuentra vacía.

390.2. La sanitización de las áreas de “*cunero patológico*” y de la UCIN se realizaron en marzo, abril y septiembre, mientras que la limpieza exhaustiva se realiza cada semana por personal de intendencia y consiste en el lavado de paredes, rejillas, techos y mobiliario, sin que requiera desalojar el área.

390.3. A la pregunta de ¿En qué condiciones se encontraban las áreas de “*cunero patológico*” y la UCIN antes del 18 de septiembre de 2015 y que ameritó la evacuación de los pacientes y un reforzamiento en las medidas de sanitización y alguna remodelación? Contestó que no es que se haya encontrado alguna infección intrahospitalaria o nosocomial, sino que eso se realiza de manera periódica, precisamente para que no se presente una infección.

390.4. El motivo por el cual el área de “*cunero patológico*” fue cerrada de manera preventiva, fue por el boletín de prensa de 27 de septiembre de 2015, esto es, cuando se detectaron dos casos de defunción por probable infección y se cerró para reforzar las medidas de prevención aun cuando no se había confirmado la presencia de infección nosocomial.

390.5. En las áreas de “*cunero patológico*” y la UCIN se realizan controles bacteriológicos por la epidemióloga sin que pueda precisar cada cuando se hacen.

390.6. Los datos de alerta que pueden surgir en un área destinada para la atención de neonatos y que influye en su pronóstico de vida, tiene que ver con que haya varios casos con infección nosocomial.

390.7. El “*choque séptico*” es una complicación de la “*sepsis*” con falla de varios órganos; la “*sepsis neonatal*”, es una respuesta inflamatoria sistemática que surge como resultado de una infección sospechada o confirmada dentro de los primeros 28 días de nacido e incluso cuando tiene un peso menor de kilo y medio; y la “*sepsis temprana*” sucede dentro del tercero y séptimo día de nacidos.

391. El 14 de octubre de 2015, AR12 declaró que se desempeñaba como coordinador de los servicios de ginecología y obstetricia en el Hospital Regional 1 y en torno a los hechos que se investigan refirió lo siguiente:

391.1. No está en contacto directo con los pacientes, pero no todo es como se ha publicado en la prensa donde se dice que el fallecimiento de los bebés fue por “*sepsis*”, pero no fue así, ésta fue una complicación y no se tomó en cuenta que la mayoría de los bebés presentaban otros factores de riesgo como prematurez y algunas malformaciones congénitas que los hacían incompatibles con la vida.

392. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR12, se destacó lo siguiente:

392.1. Una de sus funciones es la supervisión y revisión de los expedientes clínicos de los pacientes que ingresan a tococirugía con base a la norma oficial mexicana del expediente clínico.

392.2. No cuenta con el expediente del control del embarazo de las pacientes debido a que algunas veces solo llevan una nota de referencia del médico familiar y cuando ingresan a tocovaloración se les realiza una entrevista, por lo cual no se puede calificar si la atención recibida en el control del embarazo fue adecuada o no.

392.3. Cuando la paciente ingresa a tocovaloración, se valora su estado de salud y la entrevista un pediatra para que se defina si será necesario hacerle la cesárea o parto natural y en su caso, subirla a piso para vigilancia.

392.4. Cuando se recibe al bebé se le pasa a una salita llamada "*primer contacto*" y con base a sus antecedentes y su estado de salud, se decide si es necesario hospitalizarlo o dejarlo junto a la madre.

392.5. A la pregunta ¿si las madres atendidas en el Hospital Regional 1 presentaban alguna patología? Refirió que necesitaría revisar cada expediente clínico, sin embargo, probablemente el 90 por ciento sí la tenían

porque diariamente llena un reporte de riesgo de muerte materna y en su mayoría presenta infección en vías urinarias o cervicovaginitis debido al embarazo.

392.6. A la pregunta de ¿si las patologías que hubieran presentado las personas neonatas tuvieron relación directa con la causa de su muerte? contestó que desconocía qué patologías hayan presentado, pero la prematurez es el factor de riesgo más grande para que un bebé adquiera una infección, aunque su corazón y demás órganos estén sanos o íntegros, ya que debido a su prematurez su sistema inmune es bajo lo cual lo hace vulnerable a adquirir cualquier infección que puede derivar en una “*sepsis*”.

392.7. Estadísticamente las muertes de los bebés se deben a prematurez y en el caso específico no ha leído sus expedientes clínicos, por lo cual no puede precisar si presentaron alguna patología en específico.

393. El 14 de octubre de 2015, AR5 declaró que se desempeñaba como jefe del área de conservación, la cual gestiona los recursos materiales y humanos para que el edificio del hospital siga funcionando y en cuanto a los hechos que se investigan refirió lo siguiente:

393.1. AR9 es el subjefe de servicios básicos y encargado del aseo general del hospital mediante programas de rutinas como: barrer, trapear, sacudir y recoger basura; en tanto la limpieza exhaustiva tiene que ver con el lavado de paredes, sellado pisos, uso de la pulidora y movimiento de muebles.

393.2. El declarante conoció de los hechos a través de publicaciones en la prensa y agregó que la mayoría de los bebés eran prematuros, que no se necesita ser médico para saber que tienen más riesgo de adquirir enfermedades.

393.3. El declarante extrema las medidas de higiene y sigue los protocolos de higiene para ingresar al hospital y junto con AR2, AR4, AR9 y en ocasiones con AR1, realizan recorridos periódicamente para detectar problemáticas y resolverlas.

393.4. A principios de septiembre de 2015, se convocó a una reunión a los integrantes del CODECIN del cual es parte, en dicha reunión, AR3 y AR13 expusieron dos defunciones de niños, dijeron que no tenían la certeza de por qué había sido y propusieron poner la barrera de contención para prevenir que se tratara de algún virus o bacteria.

393.5. Como medida preventiva se aislarían a los bebés del área de “*cunero patológico*” para que se realizara su limpieza exhaustiva y le solicitaron acondicionara un espacio en el área de lactantes para trasladar a los bebés.

393.6. Cuando se vació el “*cunero patológico*” hicieron limpieza exhaustiva consistente en lavado de paredes, mobiliario y equipo en general, lo cual supervisó personalmente.

393.7. Llegó personal de las oficinas centrales de la Ciudad de México, entre ellos un doctor, epidemiólogos, infectólogos y personal de enfermería y sugirieron una remodelación y mejoras.

393.8. Se cambiaron las tarjas, se pusieron jaboneras automatizadas o con sensor, esquineros de aluminio para prevenir el desprendimiento de pedazos de pared o pintura y evitar la incubación de gérmenes o bacterias, se quitó el panelar de formaica, se sustituyó por duela de aluminio y se aplicó pintura antibacterial.

393.9. La empresa “ANÁLISIS DE AGUA LABORATORIOS (...)”, toma muestras trimestrales de la descarga final del drenaje y las analiza y si alguno sale del rango, da aviso para que se adopten las medidas necesarias.

394. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR5, se destacó lo siguiente:

394.1. La limpieza en las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía es diaria y la limpieza exhaustiva se realiza cada que se desocupa el área.

394.2. El motivo por el cual se realiza la limpieza exhaustiva en las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía a parte de la desinfección es para realzar la imagen de dichas áreas, por lo que se utiliza cloro, germicida,

franela o jerga, trapeador, ácido oxálico en piso para abrillantado y sellador para piso vinílico.

394.3. El protocolo de mantenimiento de sanitización de las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía, indica que se realice limpieza diaria y la exhaustiva cuando se desocupe el área, en tanto la sanitización la decide el área médica de la Delegación Estatal en Sinaloa, pero se trata de hacer cada seis meses.

395. El 14 de octubre de 2015, AR4 declaró que se desempeñaba como subdirectora administrativa del Hospital Regional 1 y con relación a los hechos que se investigan refirió lo siguiente:

395.1. El 9 de septiembre de 2015, el CODECIN del cual forma parte se reunió de manera extraordinaria, por lo que AR3 y AR13 plantearon algunas situaciones y se acordó que reforzarían las medidas de prevención establecidas como tener suministros de ropa para trabajadores y familiares que acuden a la visita de los pacientes, el suministro de insumos para lavado de manos y reforzar la limpieza.

395.2. AR13 determinó que se desocuparía el área de “*cunero patológico*”, en tanto la gente de las oficinas centrales de la Ciudad de México en conjunto con la dirección del hospital determinaron que aprovecharían que dicha área se desocuparía para hacer remodelaciones que ya se tenían programadas.

395.3. Debido a que cada año se hace un programa de presupuesto a través del área de conservación del hospital y en este caso como el “*cunero patológico*” estaba desocupado, se aprovechó para hacerle mejoras.

396. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR4, se destacó lo siguiente:

396.1. El departamento de conservación se encarga de la programación para el mantenimiento, limpieza y desinfecciones de las áreas de “*cuneros patológicos*”, la UCIN y tococirugía.

396.2. AR5 y AR9 llevan el control de la programación para el mantenimiento, limpieza y desinfección de dichas áreas.

396.3. AR3 y AR13 convocaron a la reunión extraordinaria del 9 de septiembre de 2015, en la que indicaron que se presentó una situación con unos niños lo que se tenía que atender urgente.

396.4. Como parte de las remodelaciones y mejoras del área de “*cunero patológico*”, se pintaron paredes, pusieron esquineros en los muros para evitar goles, anteriormente en un mismo acceso se entraba y se salía, por lo que se acondicionó un acceso para entrada y otro para salida delimitado con puertas abatibles, se cambiaron algunos muebles como tarjas, llaves y mesas de trabajo.

396.5. Algunos trabajos los hizo personal del área de conservación y otros como la pintura quedó a cargo de empresas externas en coordinación con el área de conservación.

397. El 15 de octubre de 2015, AR6 declaró que se desempeñaba como médico hematólogo y era jefe de departamento clínico de laboratorio del Hospital Regional 1, en cuanto a los hechos que se investigan refirió:

397.1. No tuvo participación en la atención médica de los recién nacidos, ya que los médicos toman las muestras biológicas y se las remiten, una vez que tiene los resultados, los envía o se ingresan a un sistema en línea donde pueden ser consultados.

397.2. El CODECIN el 8 o 9 de septiembre de 2015, convocó a una reunión, a la cual asistieron AR2, AR3, AR5, AR37, él entre otras personas.

397.3. El tema que se trató es que había una alerta epidemiológica que se había presentado en el “*cunero patológico*” y que habría que tomar acciones de prevención.

397.4. Se le informó que se tomarían hemocultivos a los pacientes y el área de conservación reforzaría las medidas preventivas para evitar una infección.

397.5. Acudieron autoridades de nivel central de la Ciudad de México y de la COFEPRIS, le solicitaron entregara las cepas de los cultivos para identificación y se corroboraran los resultados.

397.6. Las placas donde estaban cultivadas las bacterias detectadas en los hemocultivos se las llevó el laboratorio Estatal de Salud Pública y los remitió al laboratorio denominado Instituto de Referencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal “*InDRE*” para que avalara los resultados.

397.7. A los resultados de los laboratorios tienen acceso los integrantes del CODECIN, así como los médicos debido a que se pueden ver en línea o imprimir en el área de laboratorio.

398. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR6, se destacó lo siguiente:

398.1. Los controles bacteriológicos se realizan en las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía cuando AR3 lo decide.

398.2. El laboratorio a su cargo realiza los controles bacteriológicos ya que le remiten los cultivos y cuando tiene los resultados, determinan el tipo de bacteria que es y la susceptibilidad al antibiótico.

398.3. A la pregunta si ¿han localizado gérmenes en las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía? contestó que hay bacterias en todas las

partes de los hospitales, incluso en los privados, pero eso no significa que sea un riesgo para los pacientes, pues para eso hay programas preventivos para que esos gérmenes no afecten a los pacientes.

398.4. Hay programas exhaustivos consistentes en limpieza profunda, además depende mucho el sistema inmunológico de cada paciente, hay personas recién nacidas o neonatas que aún no están “sensibilizados” o pacientes inmunocomprometidos que reciben quimioterapia o esteroides que predisponen a infectarse con su misma flora bacteriana por sus defensas bajas.

398.5. A la pregunta si ¿localizó algún germen en las áreas de “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía en forma previa al 18 de septiembre de 2015, que por su tipo o cantidad motivó que se cerrara dicha área, fuera remodelada y sometida a una desinfección total? Contestó que cuando se encuentra una bacteria, se toman las medidas para desinfectar y prevenir no para remodelar, posiblemente hubo recursos para una remodelación.

398.6. AR3 tomó cultivos ambientales y los envió para estudio, pero no recuerda de qué áreas los tomó, pero están asentados en una minuta del CODECIN.

398.7. En el caso de las personas neonatas fallecidas ¿se les realizó algún cultivo, en el cual se identificará algún germen causal de un proceso infeccioso? Contestó que metieron hemocultivos de “*pacientitos*” y se les hicieron estudios, sin que pueda precisar si aún viven o fallecieron, ya que

eran pacientes delicados con bajo peso y/o graves y los registros de los cultivos los tienen en el laboratorio.

398.8. En algunas muestras de bebés dio positivo para bacteria y el registro del paciente se encuentra en el servidor informático del laboratorio y el CODECIN se reunió para tratar el deceso de dos neonatos con problemas de “sepsis”.

398.9. El motivo de la reunión fueron los decesos de dos “pacientitos” para identificar un posible “brote”, por lo que se decidió tomar acciones preventivas para tratar en forma oportuna y reforzar las medidas para evitar propagación, se tomaron hemocultivos para estudio y las diferentes jefaturas de áreas de hospital tomarían medidas para reforzar la prevención y propagación del brote.

398.10. Los datos de alerta para reunir al CODECIN en forma urgente o extraordinaria, es ante un “brote epidemiológico”.

398.11. A la pregunta qué diga si en los resultados de los hemocultivos remitidos se localizó la bacteria denominada “*klebsiella*”, contestó que sí, pero desconoce el nombre de los pacientes, pero están en la base de datos de registro informático de laboratorio del hospital y son cepas que se remitieron al Instituto de Referencia Epidemiológica “*InDRE*” de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

398.12. No recuerda si en los resultados de los cultivos ambientales remitidos por AR3 se localizó la bacteria "*klebsiella*", ya que se localizaron varias bacterias.

399. El 15 de octubre de 2015, AR37 declaró que, a partir del 16 de septiembre de 2015, se desempeñaba como jefa de enfermeras interina y en cuanto a los hechos que se investigan refirió lo siguiente:

399.1. Para ingresar al "*cunero patológico*", se requiere, un buen lavado de manos, el cual consta de diez pasos con duración de 40 a 60 segundos en un área especial contigua, después se ponen gorro, cubrebocas, una bata y se entra al vestidor, donde se quitan la bata y se echa al bote de la ropa sucia, se ponen uniforme quirúrgico, se pasa al área donde están las incubadoras o camas, donde hay un lavamanos y antes de que se inicien actividades se las vuelve a lavar como lo indica la norma.

399.2. Antes de ingresen las mamás a la hora de visita, realizan el mismo procedimiento para el lavado de manos y si le van a dar pecho a su bebé, se lavan las mamas en el área de lactario.

399.3. En cuando a los bebés que fallecieron no le tocó brindarles atención ya que supervisó a la jefa de piso del "*cunero patológico*" sin que le reportara alguna anormalidad.

399.4. Cuando se efectuó la limpieza en el "*cunero patológico*" el área de enfermería solo recibía órdenes de los médicos, por lo que su participación

fue identificar a los bebés, llevar el control y seguimiento de su traslado a la UCIN, sin que les dijeran que tipo de contingencia se presentó.

400. De las preguntas que el personal de la PGR le realizó a AR37, se destacó lo siguiente:

400.1. Las técnicas de desinfección en el “*cunero patológico*” se hacen diario, de rutina, hay una persona fija de intendencia que diariamente entra cada mañana con las medidas al igual que las enfermeras, saca la basura y ropa sucia, limpia tarjas, pisos, paredes, ventanas, incubadoras, camas de calor radiante y mesas de trabajo.

400.2. En el transcurso del día está pendiente por sí se requiera alguna limpieza extra, por ejemplo, si cayó alguna gota de sangre en la incubadora o si hay basura volver a sacarla.

400.3. Cuando una incubadora se desocupa la persona de intendencia la lleva a un área especial que está ahí mismo, la sanitiza, es decir, le da limpieza exhaustiva con líquidos especiales.

400.4. Una vez que se sanitiza se guarda el equipo inmobiliario y cuando la incubadora se va a utilizar, se le vuelve a dar una limpieza general, no tan exhaustiva debido a que donde se guarda, no tiene contacto con el material médico y solo ingresa quien va a utilizar el equipo o incluso el mismo personal de intendencia lo saca.

400.5. A la pregunta que cada ¿cuándo se valora el estado de sanitización de las áreas de “*cuneros patológicos*”, la UCIN y tococirugía? refirió que cuentan con un programa exhaustivo y se hace cada vez que se considera necesario y agregó que AR9 es el encargado de proporcionarlo.

400.6. El personal de enfermería se encarga de la supervisión de que el personal de intendencia lo haga de manera correcta, así como de indicarles cuando omitieron limpiar alguna parte.

400.7. Antes del 18 de septiembre de 2015, el área de “*cuneros patológicos*” estaba en óptimas condiciones para atender a los niños, contábamos con mobiliario, material médico, insumos, equipo médico, personal, solo que el área física del inmueble considero que era pequeña, pero eso no impedía que estuviera en óptimas condiciones para dar una atención adecuada, había aproximadamente 43 bebés internados, pero con suficientes incubadoras, termocunas y bacinetes.

400.8. En esas fechas fueron demasiados las niñas y niños que nacieron prematuros, hubo dos partos de trillizos y partos gemelares, eran varios los que eran extremadamente prematuros, pero aun así contaban con el equipo necesario para atenderlos, ya que se asignó más personal de enfermería.

400.9. Con las mejoras se instalaron más tomas de oxígeno y de succión, pusieron tarjas nuevas, llaves y jaboneras con sensores y donde bañan a los bebés pusieron llave con sensor.

400.10. A la pregunta de ¿qué motivo a requerir un procedimiento de desinfección total y la remodelación del área de “*cuneros patológicos*” con fines preventivos? contestó que dicha área ya estaba programada para hacerle mejoras, pero debido a la contingencia que no supe en sí de qué se trató ya en ese entonces yo no pertenecía al cuerpo de gobierno, es decir, aún no era jefa de enfermeras, pero acudió a la reunión del CODECIN como subjefa de enfermeras del área de pediatría, sólo recibió indicaciones de las medidas que se tomarían y se sujetaba a ellas.

400.11. Debido a lo que pasó se hicieron mejoras ya que aun cuando estaba en condiciones óptimas es mejor contar con mobiliario nuevo y de mejor calidad de acuerdo a las necesidades.

400.12. A la pregunta de ¿si existen controles bacteriológicos periódicos en las áreas de “*cuneros patológicos*”, UCIN y tococirugía? refirió que sí, se toman cultivos en las áreas por la unidad de epidemiología, sin que sepa cada cuando, pero al personal de enfermería cada seis meses les hacen un examen médico general que incluye coprocultivos, examen general de orina y de sangre para detectar parásitos o bacterias.

400.13. El CODECIN se integra por todo el cuerpo de gobierno del área médica y administrativa incluyendo al infectólogo y la enfermera especialista en salud pública, esto es AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR10 y la declarante.

400.14. Se reunió el 11 o 12 de septiembre de 2015, y AR3 le dijo que tomarían medidas extremas para prevenir una contingencia.

400.15. AR2 le pidió que organizara equipos de trabajo debido a que cambiarían a los bebés del “*cunero patológico*” a la UCIN, pero nunca se le dijo que había problema de “*sepsis*”.

400.16. Las reuniones del CODECIN son cada mes, pero se realizan de manera extraordinaria cuando hay señales de alerta de cuando hay algún caso de pacientes sospechosos.

400.17. No está permitido que el personal que labora en las áreas de “*cuneros patológicos*”, la UCIN y tococirugía introduzca alimentos en dichas áreas ni a ningún área, ni a los empleados o familiares que visitan a los pacientes.

400.18. Está prohibido el uso del celular, incluso utilizar las conexiones eléctricas para cargarlos en esas áreas.

400.19. El personal que labora en dichas áreas no siempre debe utilizar guantes, ya que se utilizan en procedimientos con técnica estéril por ejemplo en la colocación de un catéter, aspirado de secreciones, en curaciones, en la colocación de sonda, en la toma de muestras para laboratorio y cuando existen pacientes con alguna infección se le mantiene aislados para cualquier maniobra, aunque solo sea toma de signos vitales.

400.20. El contrato colectivo de trabajo establece que las enfermeras deben tener uñas cortas, sin esmalte, maquillaje discreto, cabello siempre recogido para evitar que toque el cuello de la blusa, sin cabello en la frente, utilizar la cofia y obviamente el uniforme.

401. El 16 de octubre de 2015, AR3 declaró que se desempeñaba como encargada del área de epidemiología y en cuanto a los hechos refirió lo siguiente:

401.1. El presidente del CODECIN es AR1, el subdirector es AR2 y la declarante la secretaria porque no hay jefe epidemiólogo, los vocales son las jefaturas del área médica como administrativa, cuentan con un programa de reuniones mensuales y en caso de ser necesario se convoca a reuniones extraordinarias.

401.2. El 9 de septiembre de 2015, convocó vía correo electrónico mediante el título “*ALERTA EPIDEMIOLÓGICA*” a los integrantes del CODECIN respecto de las dos defunciones acontecidas en el “*cunero patológico*” el 8 de ese mismo mes y año, por “*sepsis*”.

401.3. Analizado el tiempo, lugar, diagnóstico y máxime que se trataba de personas que se encontraban en una misma área, las cuales detectó debido a que diariamente le remiten un informe con las defunciones ocurridas.

401.4. Acudieron AR2 debido a que AR1 estaba de vacaciones, AR4, AR5, AR6 y AR10, por lo que la declarante y AR13 expusieron los dos casos sin

que recuerde nombres, sólo que eran personas recién nacidas prematuras que fallecieron el 8 de septiembre de 2015, sin que recuerde si tenían hemocultivos.

401.5. Aun cuando no se había confirmado o descartado que se tratara de una infección epidemiológica, se acordó que se reforzarían las medidas de prevención y control, entre las cuales se encontraban las siguientes:

401.5.1. No se ingresarían nuevos pacientes al “*cunero patológico*” y se acondicionaría un área para el traslado de los que aún se encontraran ahí y otra para los de nuevo ingreso.

401.5.2. Reforzarían el suministro de jabón, agua, batas, sanitas, gorros y que el personal firmara de recibido.

401.5.3. Tomarían hemocultivos a los bebés que se encontraban en el “*cunero patológico*”, así como cultivos ambientales de las instalaciones y cuando se encontrara vacía el área, se realizara limpieza exhaustiva.

401.5.4. Solicitar a las unidades médicas de todo el Estado para que trataran de no enviar pacientes al “*cunero patológico*”, así como analizarían al cien por ciento de las defunciones que iban hasta esa fecha, entre otros acuerdos que están en la minuta.

401.6. El 10 de septiembre de 2015, AR13 y sus pediatras tomaron hemocultivos a los bebés que estaban en el “*cunero patológico*”, mientras la declarante tomó cultivos ambientales del área física, de los objetos y el equipo utiliza con más frecuencia (teléfono, tarja donde lavan los objetos del área, mesas de trabajo) y de las superficies donde pueden estar alojados los “*bichos*”.

401.7. Al decir “*bichos*” me refiero a virus, bacterias o gérmenes, los que se alojan en partes altas como el techo, las esquinas altas de las paredes y rejillas de ventilas, así como de la cama donde estuvieron internados los pacientes.

401.8. Se toma nota para verificar si el mismo médico los trató, si las enfermeras estuvieron a su cuidado y si estuvieron en la misma cama, en el caso de las dos defunciones los dos bebés estaban internados al mismo tiempo, por lo que no estuvieron en la misma cama, una vez que tomó los cultivos ambientales los llevó con AR6 para su proceso.

401.9. Después de que se tomaron los cultivos ambientales se hicieron limpiezas más profundas que las rutinarias con soluciones que no fueran dañinas ya que el “*cunero patológico*” aún no estaba vacío.

401.10. El 16 de septiembre de 2015, AR1 le solicitó que junto con AR13 elaboraran una tarjeta informativa por la defunción de las personas neonatas, por lo cual revisaron diez expedientes clínicos.

401.11. Después de que la declarante revisó los estudios, esto es, si tenían cultivos, hemocultivos, urocultivos, o si estaban solicitados, revisó los factores de riesgo y los concomitantes con la patología agregada y determinó que no había relación de cultivo, es decir, no había un resultado donde pudiera comparar o cotejar si tenían la misma causa de muerte, aunque la mayoría compartía la característica de ser prematuros y hasta prematuros extremos.

401.12. No recuerda si eran uno o dos las personas recién nacidas que habían entrado al “*cunero patológico*” con neumonía intrauterina o con bajo peso para su edad gestacional, pero recuerda que la madre había cursado con infección de las vías urinarias y ruptura prematura de membranas.

401.13. El 17 de septiembre de 2015, AR6 remitió sus resultados de los cultivos ambientales, algunos de los cuales dieron positivo sin que recuerde cuantos, ni de qué áreas, ni a qué tipo de “*bicho*”, lo cual envió vía correo electrónico a AR1, así como a los integrantes del CODECIN.

401.14. Después de la reunión del CODECIN, el resultado de los cultivos hematológicos de los bebés que se encontraban en el “*cunero patológico*”, se los llevó personal de las oficinas centrales de la Ciudad de México, a cargo de SP11, al igual que de la COFEPRIS, sin que conozca si AR1 o el área de epidemiología delegacional fueron los que informaron la alerta que se presentó en el hospital.

401.15. El 18 de septiembre de 2015, se realizó la limpieza exhaustiva en el “*cunero patológico*” y la sanitización quedó a cargo de una empresa privada.

401.16. SP11 y la COFEPRIS tomaron los estudios correspondientes mientras la Comisión Estatal para Protección de Riesgos Sanitarios “*COEPRIS*” tomó muestras de agua.

401.17. El personal de la COFEPRIS hizo cultivos del área de “*cunero patológico*”, tomaron muestras a 20 personas que atendían a los bebés, entre pediatras, residentes, internos y enfermeras, las cuales fueron enviadas al laboratorio de la Secretaría de Salud en esa ciudad.

401.18. No sabe quién decidió realizar las mejoras en el “*cunero patológico*”.

402. AR3 contestó a las preguntas que le fueron formuladas en lo que interesa, lo siguiente:

402.1. Los controles bacteriológicos se realizan dos veces al año en el “*cunero patológico*”, la UCIN, tococirugía, terapia intensiva de adultos y terapia intensiva pediátrica, aunque la Comisión del Control de Enfermedades indica que se realizaran sólo si se tiene sospecha de una alerta epidemiológica.

402.2. A la pregunta ¿Si se han localizado gérmenes en las áreas de “*cuneros patológicos*”, la UCIN y tococirugía, que por su tipo o cantidad sean un riesgo para los pacientes? refirió que se han encontrado varios tipos de gérmenes, sin embargo, para eso están las “*barreras de protección*”, entre las que se encuentran las siguientes:

402.2.1. La higiene de manos, la cual consiste en: 1. Lavarse las manos antes de tocar al paciente; 2. Antes de realizar una tarea; 3. Después del riesgo de exposición; 4. Después de tocar al paciente; y 5. Después del contacto con el entorno del paciente.

402.2.2. Medidas de limpieza y restricciones para ingresar a dichas áreas.

402.3. A la pregunta si ¿localizó algún germen en el área de “*cuneros patológicos*” en forma previa al 18 de septiembre de 2015, que por su tipo cantidad, motivó que se cerrara el área, fuera remodelada y se realizara una desinfección total? Contestó, que no se localizó ningún germen que ocasionara esto, ya que siempre que se hace una limpieza exhaustiva se toman cultivos antes o después y en las áreas de terapias porque se necesita conocer la flora que se tiene.

402.4. Desconoce si los casos que revisó sean los mismos bebés fallecidos relacionados con la averiguación previa, lo que sí recuerda es que no tenían bacteria relacionada, sin que pueda precisar cuántos tenían cultivo y cuántos no, ni qué tipo de bacteria tenían.

402.5. Los datos de alerta para que se reúna el CODECIN en forma urgente o extraordinaria, es que haya un caso sospechoso de alerta epidemiológica.

403. De lo expuesto, se advirtió que a pesar de que los integrantes del CODECIN detallaron a la autoridad ministerial federal las acciones propias de su encargo para evitar algún “*brote nosocomial*”, así como aquellas realizadas con motivo de los dos fallecimientos sucedidos en el “*cunero patológico*” el 8 de septiembre de 2015, el personal médico de este Organismo Nacional resaltó lo siguiente:

403.1. De los compromisos que el CODECIN adoptó, solamente los marcados con los puntos 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 son aplicables para limitar la propagación de la infección en caso de un “*brote epidemiológico*”.

403.2. Los restantes son acciones de vigilancia y seguimiento permanente para que se cumplan medidas de higiene efectivas, así como para la detección oportuna de infecciones nosocomiales y evitar la propagación de gérmenes, por lo cual, no debieron recomendarse como medidas extraordinarias para la limitación del daño, como aconteció.

403.3. De acuerdo al acta constitutiva del CODECIN, sus integrantes debieron reunirse de manera mensual, sin que de las evidencias con que se cuenta se acredite dicha circunstancia.

403.4. En la minuta realizada el 9 de septiembre de 2015, se asentó que se convocó a una reunión extraordinaria para analizar dos defunciones

ocurridas el 8 de ese mismo mes y año en el servicio de “*cunero patológico*”, sin embargo, para ese momento, ya habían fallecido siete personas recién nacidas contando a las dos que perdieron la vida en la fecha indicada.

403.5. Llama la atención que de los 20 integrantes del CODECIN, únicamente hayan sesionado 12, sin que se conozca la razón de ello, aunado a que en su acta constitutiva no especifica cuántas personas deben acudir a las sesiones.

404. Por lo expuesto, el personal del CODECIN incumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, “*Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*”; con el procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS; el Breviario para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud “*IAAS*” del IMSS y la Guía práctica para la prevención de las infecciones nosocomiales de la OMS, que en términos generales establecen la manera en la cual se debe identificar, estudiar y aplicar de manera oportuna acciones de prevención y control en caso de infecciones nosocomiales, lo que no aconteció.

405. Tampoco pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que la finalidad de la reunión extraordinaria del CODECIN fue para que se analizaran las defunciones de VRN1 y VRN5, así como para establecer estrategias y mejorar los procesos relacionados con la atención de dicho grupo de población y evitar en lo posible

infecciones intrahospitalarias que pusieran en riesgo la salud y la vida de más personas recién nacidas.

406. Sin embargo, llama la atención que del 30 de agosto al 8 de septiembre de 2015, a parte de VRN1 y VRN5, ya habían fallecido cinco personas más, entre ellas, VRN21 y VRN49, quienes perdieron la vida el 3 de ese mismo mes y año, sin que dicha circunstancia despertara la sospecha anticipada de los médicos tratantes de un posible *“brote nosocomial”*, lo cual no representaría mayor problema si no hubieran compartido el mismo espacio, esto es el *“cunero patológico”* y similares circunstancias clínicas.

407. Aunado a que las personas recién nacidas fueron atendidas por personas servidoras públicas expertas en la materia (pediatras), quienes tenían el deber de informar a AR13 o en su caso, a la UVEH o CODECIN dichos fallecimientos, sin que obre constancia al respecto.

408. En cuanto al cerco sanitario implementado por la autoridad y que de acuerdo a la afirmación de AR1 contenida en el oficio remitido a este Organismo Nacional el 26 de agosto de 2016, en el sentido que con ello se logró *“interrumpir la cadena de transmisión de las bacterias y previnieron nuevos casos”*, dicha afirmación se considera meramente subjetiva, debido a que del 9 al 21 de septiembre de 2015, lamentablemente fallecieron siete personas recién nacidas más, tres de las cuales perecieron el 13 de ese mes y año, lo que igualmente evidenció el inadecuado manejo por las autoridades del IMSS, en casos de sospecha de infección nosocomial.

409. Los integrantes del CODECIN incumplieron con el artículo 47 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el cual se establece que con la finalidad de identificar, prevenir y controlar oportunamente riesgos y daños a la salud, el Instituto instrumentará y operará sistemas de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Sector Salud, lo que no aconteció en el caso particular, al no haberse acreditado que dichas autoridades hubieran realizado la vigilancia epidemiológica permanente en el servicio de *“cunero patológico”* para un manejo eficiente y evitar mayores fallecimientos después de que se reunieron de manera extraordinaria.

❖ **Limpieza en el área de *“cunero patológico”* del Hospital Regional 1.**

410. Otro aspecto que fue acordado en la minuta del 9 de septiembre de 2015, fue el referente a la limpieza y sanidad que debe prevalecer en los servicios de salud, en ese sentido de las declaraciones rendidas ante el agente del ministerio público de la federación por algunos de los integrantes del CODECIN, se advirtieron las siguientes inconsistencias:

410.1. AR13 indicó que la sanitización de las áreas de *“cunero patológico”* y la UCIN se realizó en marzo, abril y septiembre, mientras que la limpieza exhaustiva se realizaba cada semana, sin que se requiera desalojar el área.

410.2. AR5 precisó que la limpieza en dichas áreas era diaria y que la limpieza *“exhaustiva”* se realizaba cada que se desocupa un lugar por dos razones: la primera, para que se desinfectara el lugar y la segunda, para *“realzar la imagen de dichas áreas”*.

410.3. AR37 indicó que las técnicas de desinfección en el “*cunero patológico*” son realizadas diariamente por una persona fija de intendencia, quien en el transcurso del día está al pendiente por si se requiera limpieza extra, mientras que la sanitización del “*cunero patológico*”, la UCIN y tococirugía, se realiza cada vez que se considera necesario.

411. Manifestaciones que generan incertidumbre en cuanto a las medidas sanitarias de higiene adoptadas en el Hospital Regional 1 para garantizar servicios de salud idóneos y confiables a los usuarios, situación que no generaría mayor inconveniente si no se contara con datos de prueba que dejan entrever que tales condiciones, no eran las óptimas como se acreditara enseguida.

412. Por un lado, el 17 de septiembre de 2015, T1, T2 y T3 presentaron su respectiva queja en la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, en la cual solicitaron “*mejor atención para nuestros hijos [quienes se encontraban en el área de “cuneros”] y mucha higiene*”, inconformidad que el 22 de ese mismo mes y año, se resolvió y por la cual AR1 ordenó a las encargadas de las áreas de vigilancia, enfermería y pediatría, lo siguiente:

412.1. A AR4, que el personal de vigilancia restringiera el acceso al área de “*cuneros*” y no permitiera introducción de alimentos y bebidas a las áreas críticas de pediatría y “*cuneros*”.

412.2. A AR37, conminara a su personal de enfermería para mejoraran el trato con los familiares de cada paciente, realizaran higiene de manos

conforme a los protocolos, hubiera supervisión operativa en la cual se previera la notificación a la *UVEH* previo registro en la libreta correspondiente, se les solicitara que no consumieran alimentos y limitaran el número de llamadas de teléfonos celulares al mínimo posible, excepto en casos de emergencia.

412.3. A AR13, conminara al personal de pediatría a mejorar su trato con los familiares y mantenerlos debidamente informados de los tratamientos, riesgos y/o situaciones particulares, así como realizaran la higiene de manos conforme a los protocolos y la supervisión operativa que contemplara la notificación de la *UVEH*, así como se analizaran diariamente las defunciones para identificar factores de riesgo y mejorar el servicio; en cuanto a las venodisecciones, realizaran las estrictamente necesarias para disminuir infecciones nosocomiales y que la nutrición parenteral se prepare por personal capacitado; que no consumieran alimentos en las áreas y limitar el número de llamadas de teléfonos celulares al mínimo posible excepto en casos de emergencia.

413. Cabe hacer mención que las hijas de T1 y T3 fueron dadas de alta el 17 y 27 de septiembre de 2015, respectivamente y el hijo de T2, el 1º de octubre de ese mismo año, quienes no presentaron queja ante este Organismo Nacional, no obstante, sirvieron como referente respecto a las condiciones de sanidad en que operaba el área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, y que a pesar de las medidas ordenadas por AR1, las mismas fueron infructuosas como se acreditará enseguida.

414. Otro dato de prueba que acredita la falta de higiene en dicho nosocomio, versa en las manifestaciones de las progenitoras de algunas de las personas recién nacidas que nos ocupan, en ese sentido el 3 de septiembre de 2015, V19, madre de VRN18 indicó a personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

414.1. Cuando le entregaron a su bebé, observó que limpiaron la cunita en la cual se encontraba con un líquido azul y la regresaron al mismo lugar para que la ocupara otro bebé, sin que la sanitizaran.

415. El 4 de septiembre de 2015, V39, madre de VRN38 indicó ante personal de este Organismo Nacional lo siguiente:

415.1. Las enfermeras de la UCIN entraban y salían de medicina interna porque no tenían baños sin ninguna medida de higiene, sin lavarse las manos, cubrebocas y batas, usaban uñas postizas, accesorios como: pulseras, anillos y teléfonos celulares.

415.2. Las mamás llevaban su propio jabón para lavarse las manos, no había gel antibacterial y las cunas de los bebés estaban “sucias”, al igual que el lugar donde los bañaban, incluso en alguna ocasión tuvo que limpiar con una toalla húmeda la cuna donde estaba su bebé porque tenía sangre.

415.3. No les cambiaban la bata de visita y en 14 días sólo le dieron dos batas para visitar a su bebé, en una ocasión tuvo un altercado con una

enfermera porque encontró en el bote de basura de la UCIN una botella de refresco vacía y unas bolsas de doritos.

415.4. Los pañales usados los dejaban a un lado de la cuna donde se encontraban los bebés.

416. El 29 de enero de 2016, V39 por conducto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, agregó lo siguiente:

416.1. El 2 de febrero de 2015, cuando acudió por la mañana a visita, esperaba encontrar un lugar estrictamente limpio, pero el área de “*cuneros*” era “*mal oliente, sucio*”, con ventanas entreabiertas, el bote de basura “*lleno a más no poder*”, las cunas y las incubadoras “*sucias y manchadas*”.

416.2. El personal no usaba botas, guantes, cubrebocas, nada de protección para ellos ni para los bebés, tampoco se lavaban las manos para pasar de un paciente a otro.

416.3. La limpieza y las medidas de higiene eran “*deplorables*”, cada vez que entrábamos a visita, en el turno de la tarde AR24 siempre comía yogurt con fruta y miraba la televisión.

416.4. En el cesto de basura había envolturas de sabritas y botellas de refrescos vacías, dentro de la UCIN las enfermeras cargaban sus celulares en la mano o los ponían a cargar en los monitores de los bebés, se pintaban las uñas, no usaban botas y entraban de un área a otra sin

ninguna higiene, tampoco se lavaban las manos para pasar de un bebé a otro.

417. El 23 de septiembre de 2015, V6, madre de VRN4 y VRN5 refirió a personal de este Organismo Nacional lo siguiente:

417.1. El personal de enfermería no se ajustaba a las medidas de higiene, usaban solo desinfectante, ponían a cargar los teléfonos celulares arriba de la incubadora de su segundo bebé, tampoco cambiaban las sábanas de los cuneros constantemente.

417.2. Algunas enfermeras usaban uñas postizas, los cestos de la basura estaban con los pañales “*sucios*” dentro de los cuneros, había como cincuenta niños juntos, no estaban clasificados al tipo de infección o complicación.

418. El 23 de septiembre de 2015, V16 y V17, padres de VRN15 manifestaron ante personal de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa “*CAMES*”, lo siguiente:

418.1. Cuando su bebé estaba en “*cuneros*”, el personal médico entraba sin esterilizarse, no se lavaban las manos, ingresaban sin cubrebocas y manipulaban sus teléfonos celulares.

418.2. En el área de incubadoras rociaban con pinol los aparatos y así los limpiaban.

419. El 24 de septiembre de 2015, V13, madre de VRN11 y VRN12 indicó ante personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

419.1. En el área donde estaban los niños *“había mucha sangre en las sábanas y en el piso”*.

419.2. El personal de enfermería no se ajustaba a las medidas de higiene: no usaban guantes, batas, gorro, ni cubrebocas, escuchó que no cambiaban a sus niños a quienes encontraba *“sucios”*.

419.3. Había como cuarenta bebés, todas las mamás entraban a la misma hora de visita, los botes de basura siempre estaban *“llenos de pañales sucios”*, las enfermeras siempre usaban sus teléfonos celulares donde estaban los niños y no se lavaban las manos, vio como a siete enfermeras realizando esa acción, pero se enteró que no se les podía decir nada porque se molestaban.

419.4. En la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa *“CAMES”* indicó que por la mañana le mostraron la sangre de su bebé en un frasco, percatándose que un poco de esa sangre estaba regada en el suelo, la cual permaneció todo el día hasta en la tarde cuando limpiaron.

420. El 24 de septiembre de 2015, V9 madre de VRN8 indicó al personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

420.1. El personal de enfermería no se ajustaba a las medidas de higiene, usaban uñas largas de acrílico y teléfonos celulares.

420.2. A su bebé no le cambiaban el pañal, lo dejaban con la “*pipi y popo*”, no lo bañaron porque lo vio con una parte de la placenta en la frente y cuando pregunto la razón, respondieron que por su “*situación delicada*” no lo habían bañado.

420.3. Las enfermeras no usaban las batas ni se lavaban las manos, veía manchado a su hijo de sangre en la boca y en la sábana del cunero, por esas anomalías algunas mamás presentaron queja, ella no porque las enfermeras se molestaban cuando preguntaba.

421. El 28 de septiembre de 2015, V23, padre de VRN21, presentó queja ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en la cual manifestó lo siguiente:

421.1. Las instalaciones del seguro social se encuentran demasiado “*sucias*”, no se presta atención a los estándares de limpieza que se deben observar en las instituciones de salud.

421.2. Los servicios de laboratorio son deficientes, en dos ocasiones acudió a recoger los resultados de los exámenes de orina de su esposa V22 y le informaron que no los habían hecho porque no tenía reactivos.

421.3. El 3 de septiembre de 2018, V22 y V23 refirieron ante personal de este Organismo Nacional, que el personal médico y de enfermería no

aplicaban los cuidados de higiene requeridos, *“no tenían limpieza en sus manos, usaban sus teléfonos celulares y comían en ese lugar”*.

422. El 25 de enero de 2016, V31, madre de VRN29 y VRN30, indicó en la queja que presentó a través de la página de internet de este Organismo Nacional, lo siguiente:

422.1. Me percaté la deficiencia de limpieza, batas, sábanas, así como de los rieles donde deben ir las cortinas para dividir las camas, los cuales estaban sucios, *“chamagosos”*.

422.2. Los padres a veces comprábamos jabón para lavarnos las manos y ver a nuestros bebés, no nos proporcionaban batas, en ocasiones las mismas enfermeras salían a buscarnos batas limpias porque ya teníamos tres días con la misma debido a que lavandería no llevaba, igual que cubrebocas y gorros.

422.3. Nunca tuvimos botas creo que era importante porque veníamos de la calle y recorríamos el hospital sucio, la limpieza no era buena, los fines de semana no había limpieza, los pasillos eran un asco, simplemente al entrar al hospital, el aroma de los baños sucios llegaba hasta afuera.

422.4. La UCIN quedaba a un lado de la diálisis al igual que los baños, en una ocasión salí de la visita de fin de semana y el baño estaba lleno de popo por todo el piso.

422.5. Cuando visitamos a mis pequeñas antes de entrar teníamos que lavarnos las manos, ponernos bata, gorro y cubrebocas, imaginé que las vería en incubadoras a cada una y la desagradable sorpresa fue darme cuenta que estaban en unas cunitas “*térmicas*” cubiertas de papel empleado para que el calor de la lámpara se conservara.

422.6. Después de los fallecimientos, los médicos informaron que cambiarían de área a nuestros hijos porque “*iban a hacer limpieza del área*”, en ese momento creímos que la limpieza era de rutina.

422.7. Terminaron la limpieza y volvimos a la UCIN donde cambiaron lámparas, pero lo demás lo seguí viendo igual, seguíamos batallando por batas limpias, había veces en que usábamos la misma bata varios días, no había gorros ni cubrebocas, jabón y en ocasiones lo comprábamos.

422.8. Volvieron a mover la UCIN por motivos de limpieza porque varios bebés siguieron muriendo, nos movieron al área de pediatría porque según se encontraba limpia.

422.9. Mi bebé lucho contra la bacteria todo el mes de abril, nunca la aislaron ni tomaron precauciones para con otros bebés, ella seguía en su cunita con sus medicamentos.

422.10. El 27 de enero de 2016, V30 externó ante personal de este Organismo Nacional su descontento e indicó que las instalaciones eran insalubres, no existía material necesario.

422.11. El 4 de septiembre de 2018, V31 agregó que los pisos estaban sucios especialmente en la UCIN, indicó que solo le entregaron una bata durante una semana entera, tuvo que llevar batas desechables y en alguna ocasión se percató que la cuna térmica donde se encontraba una de sus hijas, estaba sucia con pañales, gasas y otros instrumentos desechables dentro la cuna.

422.12. En los botes de basura encontró bolsas de sabritas, galletas y refrescos.

423. El 29 de enero de 2016, V27, madre de VRN24, VRN25 y VRN26 indicó a través de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas lo siguiente:

423.1. Era muy común ver a las enfermeras *“comer frituras en el área de cuneros”*, hablar por celular mientras alimentaban a los bebés, usaban el mismo termómetro para todos, no usaban guantes, ni tampoco se lavaban las manos.

424. El 29 de enero de 2016, V50, madre de VRN49 refirió por conducto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, lo siguiente:

424.1. La atención por parte del personal desde la recepción, enfermería, médicos del área de *“toco”* y *“cuneros”* era de *“mala calidad”*.

424.2. Todas las áreas donde fue atendida estaban bastante “sucias”, le llamó la atención que las enfermeras de los “cuneros” no llevaran cubrebocas, agarraban a los bebés sin previa higiene de manos, los manipulaban sin lavarse las manos, era como tomar algún objeto, sin ninguna delicadeza.

425. El 29 de enero de 2016, V42, madre de VRN41 indicó a través de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, lo siguiente:

425.1. Al entrar a la UCIN las enfermeras les pedían que se lavaran las manos con un cepillo, estaba prohibida la entrada con celulares, pero las enfermeras llevaban el celular y algunos doctores caminaban en el área mientras las mamás estábamos de visita.

425.2. Personal de intendencia entraba y salía con la misma ropa y algunas enfermeras iban a otras áreas con los mismos gorros y no usaban cubrebocas.

425.3. Las enfermeras algunas veces no se lavaban las manos cuando iban a poner algún medicamento, le tocó ver que entraban al área de rayos X sin protección adecuada.

426. El 29 de enero de 2016, V34 madre de VRN33, por conducto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas manifestó lo siguiente:

426.1. Para bañarse, su mamá fue a buscarle una bata, los doctores y enfermeras dijeron que no había, hicieron el comentario en forma de burla “*si quería una bata, la tenía que lavar*”, por lo que una compañera de cuarto le prestó su bata, la cual no había utilizado.

426.2. Cuando ingreso al baño, estaba “*repleto de sangre en las paredes*”, en el piso y otros utensilios, por lo que pudo ser propensa a “*agarrar*” cualquier infección.

426.3. Su esposo observó que la cuna donde se encontraba su bebé estaba una sábana con rastros de sangre, por lo que en realidad no está segura de qué murió su bebé.

427. El 17 de febrero de 2016, V59 y V60, padres de VRN58 manifestaron en la queja presentada ante esta Comisión Nacional, lo siguiente:

427.1. Siempre observaron las instalaciones del Hospital Regional 1 en condiciones insalubres, “*deplorables*” y sin las condiciones de higiene adecuadas.

427.2. Las enfermeras cargaban sus celulares arriba de las incubadoras de los bebés, comían dentro del área de “*cuneros*”, no cambiaban las sábanas, los botes de basura los dejaban “*llenos de pañales*” y no los limpiaban.

427.3. La mayoría del personal femenino no contaba con la higiene adecuada, usaban uñas acrílicas largas y dejaban sus esmaltes en los estantes del área de cuneros.

428. El 3 de septiembre de 2018, V56, madre de VRN55 informó ante personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

428.1. Desde el 22 de septiembre de 2015, VRN55 tenía la sonda llena de sangre y los dos últimos días de su vida fueron los peores porque fue mal atendido por todo el personal.

428.2. El personal de limpieza realizaba sus labores de manera negligente, desde la primera visita que realizó al Hospital Regional 1, se percató de la mala higiene, las batas que les daban para entrar al área de UCIN ya habían sido utilizadas por otros padres, no había batas limpias, se quedaban hasta 15 días con la misma bata sucia porque no las cambiaban.

428.3. Les pedían que las guardaran en una bolsa de plástico con el número de cuna del bebé, así como tampoco surtían cubrebocas o gorros para que vieran a sus hijos.

428.4. En el lugar de lactancia vieron cucarachas, sangre, paredes escupidas, hormigas, el lavabo estaba todo oxidado y sus patas con agujeros de termitas.

428.5. Los botes estaban "*llenos de basura*" y no por materiales médicos, sino de bolsas de galletas, sabritas, refrescos, etc., las enfermeras conectaban sus

teléfonos a las fuentes donde estaban y salían del área sin usar ropa especial como una bata.

428.6. Junto a la UCIN estaba el lugar donde practicaban hemodiálisis, las dividía un cristal y pasaban con contenedores "*llenos de basura*" aunado a que cerca de la puerta de entrada, se encontraban los elevadores donde bajaban los desechos o basura, donde vieron cucarachas y manchas de sangre.

428.7. Los funcionarios del IMSS fueron omisos al dejar que su personal trabajara bajo esas condiciones, jamás separaron a los bebés que estuvieran más enfermos de otros, manteniéndolos juntos.

429. El 3 de septiembre de 2018, V34, madre de VRN33 indicó ante personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

429.1. Cuando entró al área de la UCIN se percató que era una suciedad, "*antihigiénico*" y cuando una persona recién nacida moría, solamente limpiaban con un trapo las cunas y es ahí donde adquiría alguna bacteria el otro recién nacido.

430. El 4 de septiembre de 2018, V3 abuela de VRN1 refirió ante personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

430.1. Mi hija V2, mencionó que pusieron a VRN1 muy cerca de otro bebé que estaba muy grave, decía que todo estaba muy sucio, que las

enfermeras no tenían buena higiene, las batas que les daban para pasar a los “*cuneros*” no estaban esterilizadas y las usaban más de una vez.

430.2. El edificio es viejísimo y las bacterias que hay deben estar por todos los ductos, los cambios que hicieron fueron superficiales no cree que ayudaran al problema de origen.

431. El 6 de septiembre de 2018, V2, madre de VRN1, manifestó al personal de este Organismo Nacional, lo siguiente:

431.1. En el área de “*cuneros*” e incubadoras había basura de pañales y de comida del personal, las enfermeras ahí comían.

431.2. A pesar de que a las mamás de los niños le exigían entrar sin teléfono y alhajas, las enfermeras si llevaban, había botes llenos de esa basura a lado de las incubadoras.

432. Manifestaciones de las representantes legales de algunos de las personas recién nacidas que se adminiculan con el Acta Circunstanciada de 29 de septiembre de 2015, en la que el personal médico de este Organismo Nacional, asentó que desde el ingreso al nosocomio y durante su recorrido hasta las áreas de “*cunero patológico*” y la UCIN apreció que las condiciones de aseo y mantenimiento de los inmuebles no podrían considerarse óptimas de una unidad hospitalaria, los pisos se encontraban desaseados, los aparatos de aire acondicionado en malas condiciones, cestos de basura plenos, contenedores de ropa colmados y expuestos tanto al personal como a los derechohabientes.

433. Las evidencias que anteceden acreditan que las condiciones de higiene que prevalecían en el área del “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1 al momento de los hechos y con antelación a los mismos, eran inadecuadas y carentes de técnicas de limpieza apropiadas, lo que generaba un foco de infección no solo para las personas recién nacidas y el personal que las atendía, sino para el público general.

434. Manifestaciones que adquieren mayor relevancia con el resultado de la toma de cultivos tomados el 10 de septiembre de 2015, en las instalaciones del citado nosocomio y en objetos del servicio de “*cunero patológico*”, previo análisis del jefe del laboratorio clínico de dicho Instituto, quien el 18 de ese mismo mes y año, indicó que fueron positivas a diversos microorganismos, como se enuncia enseguida.

SITIO	RESULTADO
Tarja séptico	<i>Enterobacter cloacae</i> (moderado) <i>Aspergillus niger</i>
Carro rojo	<i>Aspergillus niger</i>
Ventilador	<i>Acinetobacter baumannii</i> (moderado)
Mesa de enfermería	<i>Pseudomonas species</i> (moderado)
Tarja bebé	<i>Klebsiella oxytoca</i> <i>Enterobacter cloacae</i>
Tarja material	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (abundantes)
Ducto	<i>Sphingomonas Paucimobilis</i> <i>Staphylococcus Lentus</i> (escasos) <i>Aspergillus niger</i> <i>Mucor sp</i>
Pared	<i>Rhizobium radiobacter</i> (escasos)
Ambú	<i>Enterobacter cloacae</i> (moderado)

Cuna 345	<i>Candida albicans</i> (escasos)
Teléfono, hojas de laringo, báscula bebé, cuna 52, 310 y 328	Sin desarrollo bacteriano

435. Los resultados de laboratorio de mérito, lejos de corroborar las condiciones de limpieza que refirieron los integrantes del CODECIN prevalecían en el área de “*cunero patológico*”, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, confirmaron que hasta el 10 de septiembre de 2015 en dicha área existía contaminación por los diversos microorganismos citados, lo que se traduce en inadecuada rutina de aseo de las instalaciones del servicio y falta de supervisión por el personal encargado, esto es, por AR5, quien contrario al resultado de laboratorio obtenido, aseveró que la limpieza se realiza diariamente y la “*exhaustiva*” cada que se desocupa el área para su desinfección y para “*realzar la imagen de dichas áreas*”.

436. Otro dato que reafirma las condiciones inidóneas de limpieza que imperaban en el área que nos atañe, lo constituye el resultado de los cultivos tomados del “*exhaustivo*” realizado en el área de “*cunas*” el 10 de septiembre de 2015, los cuales acreditaron la presencia de microorganismos en dicho lugar.

437. Por lo cual, AR3 sugirió se realizara nuevamente el “*exhaustivo*” del área para que se vigilara su técnica y proceso de limpieza, así como se realizaran las medidas de higiene recomendadas por el personal de salud como por los familiares, entre las que destacan: el lavado frecuente de manos antes y después de tocar a los pacientes, así como el uso correcto del cubrebocas para evitar el

desarrollo de infecciones que pusieran en riesgo la salud y la vida de los pacientes, lo cual protegería al propio personal ante el riesgo de contagio.

438. Lo cual confirmó que a pesar del cerco sanitario implementado por las autoridades del CODECIN en la reunión extraordinaria del 9 de septiembre de 2015, el área de *“cunero patológico”* continuaba expuesta a contaminación por diversos microorganismos lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, contravino el punto 10.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, que en términos generales establece que la unidad hospitalaria deberá realizar acciones específicas de prevención y control de infecciones nosocomiales, a través de la capacitación y educación continua del personal y usuarios.

439. Igualmente vulneraron el Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Breviario para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud *“IAAS”* del IMSS y la Guía Práctica para la Prevención de las infecciones nosocomiales de la OMS.

❖ **COFEPRIS.**

440. Otro dato de prueba que acredita las inapropiadas condiciones de higiene que prevalecían en el área de *“cunero patológico”* del Hospital Regional 1, es el informe sin fecha, elaborado por representantes de la COFEPRIS, en el que

indicaron factores que propiciaban el riesgo de infecciones nosocomiales, como se desprende del siguiente cuadro:

ÁREA	IRREGULARIDADES SEÑALADAS POR LA COFEPRIS
Laboratorio clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existe evidencia de comunicación con el CODECIN. 2. No cuenta con archivo de la documentación personal. 3. Falta mantenimiento en la infraestructura en techos. 4. No se cuenta con un programa de mantenimiento del equipo en el establecimiento. 5. No cuenta con un programa de calibración del equipo. 6. No se cuenta con una bitácora de mantenimiento y calibración del equipo. 7. Personal del servicio ingresa con alimentos y bebidas. En refrigeradores destinados a la conservación de reactivos se introducen alimentos y bebidas del personal. 8. No se cuenta con un control de reactivos (caducidad, eficacia, conservación y almacenamiento). 9. No se cuenta con un control de temperatura de los refrigeradores destinados a la conservación de reactivos. 10. No se cuenta con un manual de procedimientos para el manejo de residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
Laboratorio de microbiología	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se realizan pruebas de resistencia y susceptibilidad de los cultivos microbiológicos. 2. No realizan reporte de resultados y estos no son entregados al responsable de vigilancia epidemiológica y el clínico tratante. 3. No se realiza reporte mensual de microorganismos aislados y perfil de resistencia bacteriana. 4. No se realiza evaluación del uso de antimicrobianos en el hospital y vigilancia de la evolución de la resistencia antimicrobiana. 5. No cuenta con lineamientos de análisis y realiza el muestreo de superficies de áreas críticas (Urgencias, Hospitalización, Terapia Intensiva, UCIN, Hemodiálisis, área de quemados, área quirúrgica, cocina y otras)

<p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria UVEH</p>	<p>1. No cuenta con personal suficiente con perfil en salud pública o capacitado en epidemiología para la vigilancia de Infecciones nosocomiales.</p> <p>2. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica debe contar con la evidencia documental del recorrido a los servicios para identificar a pacientes en riesgo.</p>
<p>Capacitación del personal</p>	<p>1. Durante el recorrido se consta la carencia de conocimiento e involucramiento para llevar a cabo las medidas preventivas para el control de infecciones nosocomiales del personal médico, enfermería, personal de laboratorio y auxiliar de los servicios.</p> <p>2. El personal de servicio de Intendencia, lavandería y dietología no cuenta con capacitación para el control de factores de riesgo, del microambiente y de prevención de infecciones nosocomiales.</p> <p>3. No cuenta con manuales de procedimientos para: Vigilancia, prevención y control de neumonías nosocomiales en pacientes de riesgo, Medidas para prevenir Infección de vías urinarias asociadas a sondas, Instalación, manejo y cuidado del sistema integral de terapia intravenosa y Lavado de manos que sean del conocimiento del personal en todos los servicios.</p>
<p>Limpieza de áreas</p>	<p>1. No cuenta con Manual de procedimientos y programa para la limpieza de áreas y servicios.</p> <p>2. No cuenta con bitácoras de limpieza de equipos, mobiliario e infraestructura.</p> <p>3. No se realiza una vez por semana cultivos para <i>Vibrio Cholerae</i>.</p>
<p>Áreas diversas</p>	<p>Los cuartos para pacientes que requieren aislamiento, no se manejan a través de un filtro de aislamiento o control de acceso, no cuenta con un lavabo, un dispensador de jabón germicida, gel (alcohol isopropílico) y toallas desechables o sistema para secado de manos, no cuentan con un sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora.</p>

	En los diferentes servicios no se cuenta con un área exclusiva para la preparación de medicamentos.
	En los diferentes servicios se identifica que las ampollas no son utilizadas al momento de abrirse y el remanente no es desechado.
	En los expedientes clínicos no se indican el tipo de infección nosocomial.
	Se constata que el personal no realiza higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o al realizar algún procedimiento.
	Se constata que el personal de las unidades de cuidados intensivos, urgencias, hospitalización y aislados, no utiliza jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables.
	Los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria, sensores de oxígeno e inspirómetros utilizados en cualquier servicio o área del hospital que no sean desechables, no son lavados y esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel antes de volver a ser usados en otro enfermo.
	No en todas las áreas del establecimiento se cumplen con las técnicas de aislamiento y no cuenta con tarjetones en los que se especifican los cuidados necesarios para evitar contaminación y transmisión de infecciones.

441. Del recorrido que realizaron en el Hospital Regional 1, destacaron como prácticas de riesgo sanitario, las siguientes:

441.1. Falta de riesgo de curvas de temperatura de los refrigeradores de conservación de medicamentos, leche para el caso de pediatría y unidades de componentes sanguíneos en el banco de sangre.

441.2. Practicas deficientes de aseo y recolección de basura, plantilla de personal de servicios generales (aseo) insuficiente, falta de capacitación y supervisión, aunado al desconocimiento del procedimiento de reenvase de soluciones asépticas a carros de curación.

441.3. Almacenamiento de equipo descompuesto en áreas de atención al paciente y trabajo de las enfermeras, equipo médico sin mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo.

441.4. No existe procedimiento para la recolección de muestras biológicas, se encontraron muestras de orina sobre superficies de contacto con pacientes y familiares.

441.5. Malas condiciones de mantenimiento de la infraestructura: techos con filtración de humedad, crecimiento fúngico, goteras sobre superficies de contacto con pacientes y familiares, acumulación de polvo en sistemas de ventilación ambiental, ventanas con mosquiteros sin medidas de higiene (acumulación de excremento de aves en el exterior), falta de abastecimiento de ropería (sábanas y batas), hospitalización mixta, puertas de cuartos sépticos abatibles, falta de abastecimiento de insumos, equipo e instrumental en carros rojos, así como de tarjetones de precauciones de contacto con pacientes y tomas de oxígeno en hospitalización por paciente.

442. Indicaron que los reportes microbiológicos de las muestras tomadas a diferentes áreas, dejaban entrever la colonización habitual por las condiciones

propias de operación, lo que representa un riesgo para un nuevo evento de “brote”.

443. Dichas irregularidades demeritan la versión de los integrantes del CODECIN, quienes refirieron que la limpieza ordinaria y “*exhaustiva*” se desarrolla conforme a los protocolos y la normatividad correspondiente; en ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional indicó lo siguiente:

443.1. En el área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, no se realizaron acciones efectivas de sanitización.

443.2. El personal carece de conocimiento sobre prevención de infecciones nosocomiales, no sólo en el servicio que nos ocupa, sino en las diversas áreas del hospital.

443.3. Tampoco cuentan con acciones de carácter obligatorio y permanente que garanticen el control de las infecciones nosocomiales, lo que representa un elevado riesgo para la población derechohabiente y para el propio personal de salud.

444. Otro aspecto que corrobora que las condiciones de sanidad no eran las idóneas, es el resultado de las muestras tomadas a diversos objetos del área de “*cunero patológico*”, las cuales fueron coincidentes a los reportes de elaborados por las autoridades del IMSS, por haberse encontrado los siguientes microorganismos:

ÁREA	AGENTE QUE SE DESARROLLÓ
Paredes	<i>Rhizobium radiobacter</i>
Ventilador	<i>Acinetobacter baumannii</i>
Tarja de séptico	<i>Enterobacter cloacae</i> <i>Aspergillus niger</i>
Ductos	<i>Sphingomonas (Pseudomonas paucimobilis)</i> <i>Aspergillus niger</i> <i>Mucor sp.</i>
Carro rojo	<i>Aspergillus niger</i>
Mesa de enfermería	<i>Pseudomonas species</i>
Ambú	<i>Enterobacter cloacae</i>
Cuna	<i>Candida albicans</i>
Tarja bebé	<i>Klebsiella oxytoca</i>
Tarja material	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
Cocina tabla picar	<i>Escherichia coli</i> <i>Candida albicans</i>
Cocina mesa de trabajo	<i>Escherichia coli</i> <i>Candida albicans</i> <i>Enterobacter cloacae complex</i>
Cocina tarja ollas	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Cocina tarja previa	<i>Escherichia coli</i> <i>Candida albicans</i>
Cocina refrigerador almacén	<i>Klebsiella pneumoniae</i>

445. Lo que confirma que el mantenimiento de las instalaciones del hospital y sobre todo en un área tan delicada como es el “*cunero patológico*” fue deficiente para asegurar a las personas recién nacidas una atención de calidad que contribuyera al mejoramiento de las patologías por las cuales fueron enviados a dicha área y no mermaran su estado de salud como aconteció en el caso particular, quienes inclusive perdieron la vida.

446. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que las autoridades del IMSS corrigieron de forma inmediata la sustitución de los porrones de hipoclorito de sodio caducados por productos vigentes y realizaron mejoras en los muebles

del “*cunero patológico*” para dar cumplimiento a las observaciones de la COFEPRIS, sin embargo la falta de supervisión y seguimiento por las autoridades propició que a después de 17 días de que sesionaron la mala higiene del lugar persistiera como se desprendió de la minuta de trabajo de 24 de septiembre de 2015, en la que se constataron diversos factores de riesgo, como:

446.1. Falta de limpieza de áreas, de ropa de cama, pacientes y personal de salud, así como de capacitación de buenas prácticas de higiene, incluyendo lavado y sanitización de manos.

446.2. Deficiente mantenimiento y limpieza de insumos para la salud, así como deficiencias en la preparación de alimentos y soluciones de uso médico.

447. Por lo que la COFEPRIS determinó que los puntos solventados por las autoridades del IMSS para la apertura del área de “*cuneros*” no garantizaba la existencia de un riesgo potencial de contaminación, ya que continuaban con factores de riesgo y la probabilidad de presencia de infecciones nosocomiales, debido a que las áreas continuaban sucias y sin protocolos de limpieza, lo que generaba riesgo de contaminación del área de “*cuneros*” al encontrarse dentro del propio inmueble.

448. Lo anterior evidenció falta de cumplimiento de las acciones que se implementaron con motivo del cerco sanitario y a las mejoras realizadas en dicho servicio, ya que sus condiciones de limpieza no variaron, lo cual corrobora la manifestación de V31, en el sentido que no notó cambio alguno en la limpieza del

lugar, condiciones que si bien no fueron la causa directa del fallecimiento de las personas recién nacidas involucradas, sí generaron comorbilidad a los pacientes que compartieron el “*cunero patológico*” del 30 de agosto al 22 de septiembre de 2015, como lo refirió el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS.

449. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, es cierto que en cualquier unidad médica es de esperarse la presencia de microorganismos en el ambiente, superficies y objetos inertes, sin embargo, en el caso particular, las autoridades del CODECIN omitieron la supervisión de las áreas de trabajo para limitar su proliferación descontrolada, lo que ocasionó el “*brote de infección nosocomial*” reportado.

450. Afirmación que se corroboró con los resultados de las muestras tomadas a las personas recién nacidas que fueron enviadas al Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa “*LESP*”, donde se confirmó que VRN15, VRN24 y VRN61, dieron positivo al desarrollo de la bacteria “*Klebsiella pneumoniae*”, la cual se reportó en la tarja de bebé, aunado a que sus respectivos médicos tratantes omitieron notificar a AR13, que los pacientes cursaban con datos clínicos y de laboratorio compatible con “*sepsis*” en sus variantes, a pesar de que los decesos sobrepasaron los que regularmente se presentan.

451. Por lo expuesto, se ordenó al Hospital Regional 1 implementara las siguientes acciones a corto plazo en forma permanente:

451.1. Correcto lavado de manos del personal que ingrese al área de “*cuneros*”, utilización de ropa adecuada y desinfectada mientras permanezca al interior del área.

451.2. Mecanismos para garantizar la existencia de insumos de higiene (jabón y gel antibacterial, toallas de papel, batas, cofias, cubre bocas) y mantener con limpieza periódica las áreas.

451.3. Eliminación permanente de escobas, trapeadores, trapos, insumos y productos de limpieza al interior de dicha área.

451.4. Monitoreo del cloro residual en los suministros de agua al interior del área de “*cuneros*”, así como de una bitácora con nombre del responsable de limpieza, colocación de instrucciones de limpieza y un número telefónico de atención las 24 horas en el que se reportaran las carencias de insumos de limpieza y/o suciedad del área.

451.5. Mecanismos para que los ductos de aire y salidas identificadas en los techos del área de “*cuneros*” se encuentren limpias, así como reforzamiento de la adecuada integración de expedientes clínicos, sin abreviaturas, legibles, con nombre y firma de médicos.

451.6. Preparación de alimentos, soluciones y/o medicamentos de acuerdo con un protocolo visible, sin materiales sucios, de reúso, botellas abiertas o mal cerradas, previo lavado y desinfección de manos y adecuada canalización a los pacientes.

451.7. Adecuada sustitución de ropa de cama, de pacientes y de personal médico para garantizar que se utilicen insumos limpios y esterilizados cuando así se requiera.

451.8. Remodelación de las áreas de “*cuneros*” y la UCIN, entre otros.

452. Del acta de hechos de la Subdirección Administrativa del Hospital Regional 1 de 8 de octubre de 2015, se advirtió que los trabajos de remodelación derivados de la contingencia epidemiológica presentada del 1º al 30 de septiembre de 2015 (sic) y por recomendación de la COFEPRIS ascendieron a la cantidad de \$1,602,888.40 pesos.

453. Sin embargo, a criterio del personal médico de este Organismo Nacional, las acciones de supervisión, limpieza y mantenimiento de la infraestructura del hospital y especialmente del servicio de “*cunero patológico*”, hasta el momento de la intervención del personal de COFEPRIS, no fueron idóneas, ni efectivas, por lo que tuvieron que implementarse medidas de limpieza y remodelación extraordinarias, las cuales era obligatorio que se realizaran de forma continua y oportuna para obtener un resultado adecuado, lo que no aconteció.

454. El 8 de marzo de 2018, la COFEPRIS informó a este Organismo Nacional, que personal adscrito a la Comisión de Operación Sanitaria y a la Comisión de Evidencia y Manejo de Riesgos de esa institución, llevaron a cabo el diagnóstico situacional del lugar donde se encontraban hospitalizados los pacientes infectados (sin que se especifique fecha) y con base en las características mínimas de

infraestructura y equipamiento para los hospitales y utilizando el modelo de gestión de riesgos en infecciones nosocomiales de acuerdo a la norma oficial mexicana correspondiente, se determinaron las siguientes acciones para que se limite la ocurrencia de más casos:

454.1. Monitoreo de cloro residual en el agua como parámetro de calidad.

454.2. Movimiento de pacientes del piso 3 al área provisional y descontaminada ubicada en el piso 2, para limitar contacto con otros nuevos ingresos.

454.3. En el área del piso 3, se retiró todo el mobiliario obsoleto, con superficie orgánica (madera), se reestructuraron áreas, se realizó la remodelación, incluyendo pintura epóxica de grado hospitalario, con instalación de curvas sanitarias, limpieza de ductos y rejillas de ventilación.

454.4. Se capacitó al personal de área para el cumplimiento de la técnica de higiene de manos.

454.5. Se implementó un programa de limpieza y desinfección de áreas y superficies con su correspondiente supervisión.

454.6. Se colocó nuevo mobiliario y equipo, se realizó desinfección de alto grado, tomando controles microbiológicos, que reflejaron la esterilidad del área antes de ser abierta para nuevos pacientes.

455. Actividades que fueron supervisadas por personal de la Comisión de Operación Sanitaria, quienes evaluaron el cumplimiento de la normatividad vigente.

456. Sin embargo, las irregularidades analizadas evidenciaron al momento de los hechos insuficiencia de medidas sanitarias, higiene, falta de insumos e infraestructura no sólo de *“cunero patológico”* sino de manera general, por lo cual las autoridades del IMSS a pesar de las medidas implementadas, no garantizaron el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud de las personas recién nacidas que fueron atendidas en dicha área, donde se reportó el *“brote de infección nosocomial”*, ni de aquellas que fueron atendidas de manera extemporánea al mismo, aunado a la baja de defensas que presentaban por su prematurez, entre diversos factores de riesgo.

❖ UVEH

457. Por otra parte, la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación Estatal Sinaloa del IMSS informó a esta Comisión Nacional el nombre de los integrantes de la UVEH del Hospital Regional 1; sin embargo, llama la atención que de las evidencias con que se cuenta, no se advirtieron acciones realizadas por dicha unidad con motivo de los hechos que nos ocupan a pesar de que en la reunión extraordinaria del 9 de septiembre de 2015, se acordó que el médico tratante o la enfermera le notificaría los casos con sospecha de procesos infecciosos nosocomial y que supervisarían las anotaciones en la libreta de infecciones nosocomiales.

458. Omisión que cobra relevancia debido a que la UVEH es la encargada de la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales asociadas a la atención de la salud de todas las áreas que conforman el servicio de pediatría principalmente del área de “*cuneros*” y de la UCIN.

459. En ese sentido, de los informes remitidos por el IMSS, no se advirtió que se hubiera notificado a dicha instancia la presencia del “*brote de infección nosocomial*”, sin embargo, este Organismo Nacional considera que sus integrantes incumplieron con sus funciones en la búsqueda activa diaria de riesgos, casos de infección, enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, sobretodo en el “*cunero patológico*”, así como de los pacientes hospitalizados con ventilación mecánica y catéter venoso central, entre otros, por las siguientes razones:

459.1. AR3, forma parte del CODECIN y de la UVEH, por lo cual resulta contradictorio que, al ser representante de ambos comités, no se ocupara de dar cabal cumplimiento a los compromisos asumidos en la reunión del 9 de septiembre de 2015, a la cual ella misma convocó.

459.2. A pesar de que se informó que en el “*cunero patológico*” se realiza visita diaria por la enfermera de la UVEH y se registran todos los pacientes, tengan o no algún procedimiento invasivo (catéter percutáneo, catéter umbilical, catéter venoso central, ventilación mecánica, sonda intrapleural, sonda foley), independientemente de las horas de estancia, dicha circunstancia no se constató, máxime que en el caso concreto, las catorce

personas recién nacidas que nos ocupan, contaban con procedimientos invasivos.

460. Situación que deberá investigarse para deslindar las responsabilidades correspondientes, pues si bien es cierto se anexaron constancias de los informes mensuales de diciembre de 2014 a septiembre de 2015, éstos pertenecen al CODECIN, al igual que los presentados de esa fecha a agosto de 2018.

461. En relación a la petición que se le realizó al IMSS, respecto a que informara quién está obligado a notificar los resultados de la vigilancia de las infecciones nosocomiales al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica “*SINAVE*”²⁶, AR1 indicó que el nosocomio a su cargo no está integrado a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica “*RHOVE*”, por lo que la notificación de casos de infecciones nosocomiales se realiza diariamente en un sistema informático en línea “*INOSO*” por el medico epidemiólogo.

462. En ese sentido, el 18 de septiembre de 2018, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud confirmó dicha afirmación y agregó que no cuenta con registro de casos de infecciones asociadas a la atención de la salud “*IAAS*” o antecedentes de trabajos de inspección y vigilancia en dicho hospital, sin embargo, a través de la plataforma de notificación “*NOTIMED*” del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica “*SINAVE*”, se comunicó que en el Hospital

²⁶ La Secretaría de Salud lo define como el ente encargado de la producción de información epidemiológica útil para la salud pública proveniente de todo el país y de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Regional 1 hubo un “*brote*” de 19 casos probables de septicemia y 11 defunciones, originadas por “*pseudomona*”, sin que se conozcan mayores datos.

463. Mencionó que el 22 de ese mismo mes y año, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “*InDRE*” recibió 9 cepas de “*klebsiella*” encontradas bajo cadena de custodia de la COFEPRIS procedentes del nosocomio citado y reiteró que al no formar parte el Hospital Regional 1 de la “*RHOVE*”, no se llevaron a cabo procesos de supervisión, detección, estudio, clasificación, seguimiento y notificación de casos y defunciones, ocasionadas por las infecciones asociadas a la atención de la salud “*IAAS*”, ni se recibió solicitud para tales actividades.

❖ **Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “*CAMES*”.**

464. La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “*CAMES*” cuenta con un programa de trabajo permanente para la prevención de violaciones a los derechos de los usuarios de los servicios médicos en esa entidad.

465. Con motivo de las quejas que recibió por “*supuestas*” infecciones intrahospitalarias en el Hospital Regional 1, el 14 de octubre de 2015, emitió la Recomendación No. 4 en la que le solicitó al referido nosocomio, lo siguiente:

“PRIMERA. La institución deberá contar con un comité de infecciones nosocomiales conformado por enfermeras, epidemiólogos y/o infectólogo, en su caso, clínicos, administradores en salud y de otras áreas pertinentes como microbiología, farmacia, etc., que registre las infecciones, analice

sus causas y proponga medidas correctivas y preventivas, apegada a la NOM-45-SSA2-2005 (...).

SEGUNDA. *Dicho comité hará el estudio epidemiológico de las características de los casos con el objeto de identificar los factores de riesgo de los pacientes, y así establecer las medidas de prevención y control correspondientes. Vigilará que se cumpla con las disposiciones básicas de prevención, como es el lavado de manos, la asepsia y antisepsia, el cuidado de los catéteres, la esterilización del material de reuso, el mantenimiento de los equipos, el aislamiento, etc., así como la existencia de manuales de procedimientos para cada área hospitalaria, sobre todo las de mayor riesgo.*

TERCERA. *Para anticipar la ocurrencia de infecciones nosocomiales deberán analizarse los casos desde su ingreso al hospital. Estableciendo condiciones de riesgo como enfermedad de base, enfermedades concomitantes, así como el área física, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos del propio sistema hospitalario, e insumos, políticas, capacitación y disponibilidad de personal.*

CUARTA. *El epidemiólogo y/o infectólogo, en su estrecho contacto con personal especializado de laboratorio, identificará el tipo de gérmenes y su patrón de resistencia, así como establecer la regulación en el uso y abuso de antibióticos dentro del*

ambiente hospitalario, mantendrá una evaluación, supervisión y reporte mensual de los casos con el objetivo de disminuir al máximo la tasa de infecciones nosocomiales.

QUINTA. *Las autoridades del hospital deberán establecer lo necesario para garantizar el acceso, la disponibilidad y la conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones nosocomiales.*

SEXTA. *Cuando ocurra algún brote epidemiológico en área hospitalaria, las autoridades del hospital deberán proporcionar información específica a las autoridades supervisoras de riesgos sanitarios para unificar criterios y establecer las medidas preventivas y correctivas pertinentes; y (...) mantener una comunicación clara y reiterada con los pacientes involucrados y sus familiares, y de esta forma evitar imprecisiones en el manejo de la información sobre la atención médica brindada”.*

466. En respuesta a tales recomendaciones, el 17 de noviembre de 2015, AR1 informó al presidente de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “CAMES”, lo siguiente:

466.1. El hospital cuenta con el CODECIN y aun cuando en julio de 2015, realizó un acta constitutiva por el cambio de director, no impidió que se realizaran las actividades pactadas con anterioridad, porque su fin es el mismo.

466.2. AR1 indicó el nombre de sus integrantes y agregó que *“las prevenciones de las infecciones nosocomiales constituyen una responsabilidad del cuerpo de gobierno y de los trabajadores de los diferentes servicios de un hospital. Se trabaja en equipo (...) para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del mismo personal de salud, con apego a la NOM-45-SSA2-2005 (...)”*.

466.3. Cuando hay sospecha de riesgos inherentes a alguna infección que pudiere desencadenar en la posibilidad de contingencia epidemiológica, se realizan estudios epidemiológicos y se refuerzan las disposiciones para evitar la propagación, en tanto el departamento de educación, apoya con el lavado de manos.

466.4. El cuerpo médico, de enfermería o de servicios aplican los procedimientos de asepsia y antisepsia, esterilización y de *“exhaustivos”* en los servicios que trabajan y vigilan.

466.5. Desde el ingreso del paciente, *“los médicos tienen responsabilidad en la prevención y el control de las infecciones nosocomiales”* debido a que les prestan atención directa.

466.6. Ante cualquier sospecha, se notifica al departamento de epidemiología y/o se solicita interconsulta con infectología para determinar los procedimientos que prevengan y eviten algún riesgo para los pacientes.

466.7. En base a la historia clínica se realizan la semiología para determinar las características del padecimiento y de las patologías agregadas o concomitantes que pudieran influir en riesgos para el paciente.

466.8. El CODECIN realiza un informe mensual de infecciones nosocomiales el cual entrega a sus integrantes en las reuniones mensuales, reporta e identifica el tipo de gérmenes, el patrón de resistencia de las infecciones captadas en la búsqueda intencionada del personal capacitado, lo cual realiza el departamento de epidemiología y que está sustentado por la UVEH y por los datos que el Área de Informática Médica y Archivo Clínico “ARIMAC” proporciona.

466.9. Infectología determina la antibioterapia de acuerdo al resultado de los cultivos y estudios de laboratorio, apegado al cuadro básico de infecciones nosocomiales, así como la resistencia bacteriana.

466.10. En el Hospital Regional 1, desde el 2011, se instauró un “Programa de Higiene de Manos” y en el 2014, se implementó la campaña institucional de higiene de manos “CIHMA”.

466.11. Ante la contingencia presentada en septiembre, se intensificaron las campañas de una de las líneas del Modelo Institucional para la Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales “MIPRIN” a fin de que se capacitara al personal adscrito y se intensificaran las siguientes metas: el cumplimiento de la higiene de manos; aplicación de los 5 momentos durante la jornada de manos; disminución de infecciones nosocomiales;

difusión de material didáctico sobre higiene de manos para derechohabientes hospitalizados y sus cuidadores primarios; cumplimiento de material de insumos para dicha higiene; elaboración de listas de cotejo para el monitoreo de higiene de manos e infraestructura para dicho fin y agregó que se continuara trabajando con la referida campaña institucional.

466.12. Las minutas del CODECIN se envían a la dirección de subdirecciones del hospital y a los vocales del comité, en tanto, los acuerdos y acciones a seguir, a la coordinación de epidemiología y de plan estratégico delegacional, ya que cuentan con disponibilidad y preservación de la información de cualquier situación referente a los riesgos epidemiológicos.

466.13. El hospital es constantemente supervisado por el equipo delegacional, así como de nivel central, quienes toman el control cuando ocurre un “*brote*” para identificar los riesgos y áreas de oportunidad para actuar.

466.14. Realizan cambios y acciones para corregir y revertir la contingencia, por lo cual se les brinda la información señalándose las desviaciones que se deben superar y corregir.

466.15. La información con los pacientes y familiares se realiza de forma cotidiana, oportuna y lo más precisa posible para evitar confusiones y expectativas no reales en ese momento, aunado a que cuentan con un vocero oficial autorizado para ofrecer información a los medios.

467. AR1 reiteró que las recomendaciones que le fueron realizadas forman parte de sus procedimientos comunes y cotidianos debido a que capacitan al personal médico, de enfermería y de servicios generales quienes, a su vez, participan en la presentación del mismo servicio a la comunidad derechohabiente para evitar al máximo situaciones susceptibles de complicarse o que puedan salirse de control.

468. Contrario a las afirmaciones realizadas por AR1, de la revisión de las evidencias analizadas, se advirtió que a pesar de las acciones implementadas el 9 de septiembre de 2015, las condiciones de las instalaciones del hospital, fueron insuficientes para contener el “*brote de infección nosocomial*” aunado a que no hubo seguimiento efectivo a las medidas implementadas, como se acreditó.

469. Aun cuando AR1 especifique que el personal médico tiene la obligación de prevención, así como de informar los casos de sospecha de infección nosocomial, lo cierto es que, ninguno de los médicos que intervinieron en la atención médica de las personas recién nacidas que nos ocupan dio aviso al CODECIN, ni a la UVEH, ni mucho menos a AR13 como responsable del área, aunado a que se desconoce si cuentan con libretas para casos de sospecha de alguna infección nosocomial, lo que demuestra falta de capacitación y preparación para ese tipo de eventos enfocados a disminuir los riesgos en los procedimientos realizados con mayor frecuencia y que incidió en el lamentable fallecimiento de catorce personas recién nacidas en el período comprendido del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, ya que aun cuando no fue la causa del fallecimiento de los recién nacidos involucrados, si generó comorbilidad a los mismos.

470. En ese sentido, la OMS establece la obligación de que el personal se encuentre capacitado para la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en neonatología, para que detecten casos (numeradores) e identificar a los neonatos expuestos (denominadores), llevar los registros, consolidar los datos y analizarlos, lo que en el caso particular no se constató.

❖ **PGR.**

471. Otro elemento de prueba que corrobora las condiciones de limpieza que imperaban en el Hospital Regional 1, lo constituyó el dictamen en criminalística de campo de 7 de noviembre de 2015, del que se advirtió que en las instalaciones del Hospital Regional 1, concretamente en las áreas de “*cunero patológico*” y la UCIN, se apreció lo siguiente:

“Conforme a lo observado y de acuerdo a los reglamentos establecidos y puestos a la vista tanto del personal que labora en esta Institución como de los pacientes, familiares o visitas, se puede resumir que no se cumple completamente con dichos reglamentos por ambas partes (...). En el momento de la inspección no hubo lavado de manos (...). No se observa que el personal utilice el dispensador de gel antibacterial aun cuando toca o utiliza otros objetos (...) el personal de enfermería presenta uñas, de apariencia limpia, crecidas, sin exceder el nivel de los pulpejos (...). El personal del área de cuneros, a percepción del suscrito, no realiza correctamente el uso de

cubrebocas, dejando la nariz descubierta y en ocasiones bajándolo hasta la barbilla aun atendiendo pacientes (...).

472. El personal médico de este Organismo Nacional, indicó que el perito en materia criminalística de campo enfocó sus conclusiones al incumplimiento a los reglamentos que se encuentran puestos a la vista en las áreas que recorrió, y sugirió que la inspección se realizara por personal capacitado y con conocimientos especializados en el tema a fin de que se emitiera una opinión más técnica.

473. Llama la atención que a pesar de que dicha revisión pericial se efectuó después de un mes del *“brote de infección nosocomial”*, esto es, posterior a la sesión extraordinaria de los integrantes del CODECIN, así como en el inter de las revisiones realizadas por la COFEPRIS, en el área de *“cunero patológico”* continuaban con irregularidades, lo que demostró falta de vigilancia por las autoridades competentes.

474. Con motivo de la sugerencia del perito en materia de criminalística de campo, la PGR el 2 de octubre de 2018, realizó la inspección ocular y la fe ministerial a las áreas de *“cunero patológico”* y UCIN del Hospital Regional 1, las cuales se encontraban en remodelación.

475. Al no contar con perito especializados en infecciones nosocomiales, solicitó a la COFEPRIS y a la Comisión Estatal para la Protección de Riesgos Sanitarios *“COEPRIS”* encargadas de efectuar la vigilancia epidemiológica, información respecto a las acciones realizadas en el nosocomio de referencia.

476. Del reporte de un laboratorio particular sobre el análisis de la toma muestra de la descarga final del agua durante el mes de septiembre de 2015 en el Hospital Regional 1, advirtió que *“EL ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO (COLIFORMES FECALES Y HUEVOS DE HELMINTO) NO FUE SOLICITADO POR EL CLIENTE, SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA NOM-001-SEMARNAT-19 96 (...)”*, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, implica que AR1 y AR2 omitieron solicitar el análisis microbiológico del agua de uso en el nosocomio, con búsqueda intencionada de coliformes fecales y huevos de helminto; lo cual debe efectuarse de manera permanente para garantizar que el agua utilizada se encuentre en condiciones adecuadas.

477. En ese sentido, la información aportada por la PGR corroboró las manifestaciones de las madres de las personas recién nacidas relacionadas con el caso particular y evidenció que el personal médico y sanitario se conducía de manera inadecuada y desapegados a la normatividad a pesar de las acciones implementadas por la COFEPRIS, ya que dada la magnitud y trascendencia de la contingencia presentada, las autoridades encargadas debieron vigilar el saneamiento ambiental y personal mediante un monitoreo adecuado, lo cual no aconteció.

❖ **Secretaría de Salud de Sinaloa.**

478. Con motivo de la solicitud de información que este Organismo Nacional realizó a la Secretaría de Salud de Sinaloa, en el sentido de que informara si la jurisdicción sanitaria para esa entidad, le hizo del conocimiento los hechos que

motivaron la queja, contestó que la jurisdicción sanitaria número IV en Culiacán, no fue notificada de los casos de defunción de las personas menores de edad en el Hospital Regional 1, por lo cual intervino.

479. También informó que el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica “CEVE” tampoco cuenta con la base de datos de registro o antecedente de trabajo de inspección y vigilancia en el área de “*cunero patológico*” del referido hospital, al no habersele informado de las defunciones de las personas recién nacidas durante los meses de agosto y septiembre de 2015, a pesar de que lo requirieron por escrito el 5 de octubre de 2015, por ende, no se programó la inspección y vigilancia en dicha área.

480. El único informe con que contaba era la nota informativa del 19 de septiembre de 2015 dirigida a la Secretaría de Salud por el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, con el asunto de “*infección Asociada a la atención de la Salud en Culiacán, Sinaloa*” a través de la cual se reportó un “*brote hospitalario de infecciones nosocomiales*” en el servicio de “*cuneros patológicos*” del Hospital Regional 1, lo que ocasionó que se trasladara un grupo de expertos de nivel central del IMSS, quienes de manera conjunta con el equipo Delegacional, encontraron los siguientes hallazgos en epidemiología :

480.1. De 84 personas menores de edad que estuvieron en el “*cunero patológico*” del 1º al 17 de septiembre de 2015: 57 egresaron por mejoría, 11 por defunción y 16 continuaban hospitalizados.

480.2. Reportaron 8 aislamientos en hemocultivos por “*klebsiella pneumoniae*”: 2 en personas recién nacidas que habían fallecido y 6 de los que continúan hospitalizados como graves.

481. Dicha circunstancia generó que personal de la Dirección General de los Servicios de Salud de Sinaloa, solicitara vía telefónica a la Delegación Estatal del IMSS en Sinaloa, permitiera el acceso a la reunión de trabajo programada por las autoridades delegacionales y las del IMSS a celebrarse el 19 de septiembre de 2015, la cual les fue negada por las autoridades del IMSS.

482. No se realizó informe de supervisión o inspección al área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1, sin embargo, en la minuta de Reunión Extraordinaria del Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica de Sinaloa, del 9 de octubre de 2015 celebrada en las instalaciones de la Secretaría de Salud en Culiacán, en el punto 4, se asentó que respecto al brote de infecciones asociadas a la atención de la salud registrado en el Hospital Regional 1, se tiene un informe parcial que hizo llegar la Dirección General Adjunta de Epidemiología en el cual se informó lo siguiente:

“(...) 6 niños continúan hospitalizados como graves, 16 niños continúan hospitalizados y fueron trasladados a la [UCIN] provocando hacinamiento en el área, lo cual no favorece la contención del brote y que la COFEPRIS realizó mediciones de cloro residual en el agua identificando que se encuentra suficientemente clorada descartándose como riesgo para el brote y que revisara la CEYE (sic) y los ductos de aire acondicionado.

Continúa sin tenerse información fidedigna del brote registrado en esa unidad hospitalaria del IMSS en Culiacán (...)”.

483. Finalmente, reiteró que los funcionarios del Hospital Regional 1, esto es, los integrantes del CODECIN nunca informaron al Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica en Sinaloa, ya que la información con que se cuenta fue enviada por funcionarios de la Dirección General de Epidemiología de la Ciudad de México.

❖ **Conclusiones respecto al actuar de las autoridades del IMSS.**

484. Del análisis que antecede, esta Comisión Nacional acredita la responsabilidad institucional por parte de las autoridades del IMSS, en concreto por los integrantes del CODECIN y en su caso, de la UVEH ante las inconsistencias valoradas que generaron el incumplimiento con la obligación de disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud para el fin común de la salud pública.

485. Conforme a la Observación General 14, *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el principio de *“calidad”* comprende que los bienes y servicios de salud posean parámetros adecuados, confiables, higiénicos y que las instalaciones se encuentren en óptimo estado, se capacite al personal médico y se cuente con medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

486. Situaciones que no se colmaron en el caso particular, donde las carencias de infraestructura como aquellas relacionadas con el desempeño de las personas servidoras públicas, ocasionaron la afectación en el derecho humano a la protección de la salud de las personas recién nacidas que por cuestiones médicas ingresaron al área del *“cunero patológico”* donde en lugar de generarles un entorno y servicio óptimo para sus respectivas patologías, se advirtió la presencia de diversos microorganismos que aun cuando no fueron la causa directa de su fallecimiento, generaron comorbilidad a los pacientes la que se sumó e impactó a su deceso, tal como lo refirió el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS.

487. En ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional concluyó lo siguiente:

487.1. Los integrantes del CODECIN incumplieron con los puntos 10.2, 3.1.10, 3.1.12, 3.1.13, 3.1.17, 3.1.19, 7.3.2, 7.3.11, 7.3.12, 7.3.15, 7.3.17, 10.1, 10.4, 10.6, de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, *“para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”*, al no haber cumplido con la vigilancia epidemiológica del área de *“cunero patológico”* en el Hospital Regional 1, así como al no haber verificado el cabal cumplimiento de los compromisos asumidos en la reunión extraordinaria del 9 de septiembre de 2015.

487.2. Así como los puntos 1, 5, 5.1.7, 5.1.13, 6.4.3, 6.6.6, 6.6.6.1, 6.6.6.2, 6.6.6.3, 6.6.6.4, 6.7 y 6.7.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, *“Que establece las características mínimas de infraestructura y*

*equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*²⁷ que en términos generales especifican la forma de realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física, instalaciones, equipamiento mecánico y electromecánico del establecimiento de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil y las necesidades de la unidad operativa, lo que las autoridades del CODECIN soslayaron ante las irregularidades observadas que ameritaron el cambio de bienes muebles del “*cunero patológico*”, así como la limpieza ordinaria y la “*exhaustiva*” y no obstante, se continuó con irregularidades en el servicio médico y sanitario.

487.3. Incumplieron el Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS, cuyo punto 3.20, especifica que el Jefe de la División de Epidemiología Hospitalaria, el Médico No Familiar epidemiólogo o el Coordinador del Subcomité de infecciones nosocomiales según corresponda, analizarán la información generada de la vigilancia epidemiológica para identificar oportunamente cambios inusuales en el número y tipo de infección nosocomial, así como del microorganismo identificado, frecuencia y resistencia antimicrobiana, que sugieran la presencia de brote epidémico de infección nosocomial y establecerán las medidas de control y lo notificarán en forma oportuna, lo que tampoco aconteció debido a que los médicos tratantes de los recién nacidos que nos ocupan omitieron informar la situación de salud que prevalecía en el

²⁷ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de enero de 2013.

“cunero patológico” a AR8, así como omitieron llenar la *“hoja de registro de infección nosocomial”* y el registro de datos en la libreta de infecciones nosocomiales.

487.4. Igualmente violentaron el contenido del Breviario para la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud *“IAAS”* del IMSS, en el cual se indica que la Unidad Hospitalaria realizara sistemáticamente acciones encaminadas a la disminución de riesgos para el desarrollo de infecciones nosocomiales, lo cual no sucedió por las razones expuestas y que evidenció falta de involucramiento de los integrantes del CODECIN, quienes soslayaron que la seguridad del paciente es una cuestión decisiva durante su atención hospitalaria, para reducir riesgos, morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios, máxime que el caso particular se encuentra relacionado un grupo de personas vulnerable atento a su patología y a su minoría de edad, lo que les demandaba mayores cuidados.

487.5. Incumplieron en el desempeño de sus funciones con la Guía Práctica para la Prevención de las infecciones nosocomiales de la OMS, en la que se especifican todas y cada una de las funciones del personal citado, las cuales no cubrieron a cabalidad, máxime que la prevención de las infecciones nosocomiales constituye una responsabilidad de todas las personas y todos los servicios proveedores de atención de salud, a grado tal que plantea que los programas de control de infecciones son eficaces siempre y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia y prevención, así como capacitación del personal.

488. También incumplieron el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en cuyo artículo 47 alude a que con el fin de identificar, prevenir y controlar oportunamente riesgos y daños a la salud, el Instituto instrumentará y operará sistemas de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Sector Salud, y los sistemas de vigilancia epidemiológica deberán aportar información que permita evaluar el impacto de los programas de salud institucionales y sectoriales, lo que tampoco aconteció.

489. Así como el Programa Anual De Trabajo 2015, *“Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales del Hospital General Regional No. 1”*, por lo siguiente:

489.1. Los médicos tratantes de las personas recién nacidas que nos ocupan omitieron notificar a las autoridades correspondientes las defunciones acontecidas en el área de *“cunero patológico”* a pesar de que el número era mayor al que comúnmente se reporta.

489.2. Cuando los integrantes del CODECIN convocaron a una reunión extraordinaria, omitieron analizar de forma inmediata los casos y defunciones asociadas a infecciones nosocomiales, así como notificar inmediatamente a la Delegación, a las autoridades sanitarias y a Nivel Central a través del correo electrónico notifica.inmediata@imss.gob.mx.

489.3. Tampoco fortalecieron la atención médica especializada a los pacientes que aún se encontraban con vida, pues si bien es cierto los

trasladaron a la UCIN, también lo es que posterior a su reunión perecieron siete pacientes más, sin que obre evidencia de que se hayan analizado sus expedientes clínicos para identificar las causas de defunción y la asociación con infecciones nosocomiales.

489.4. Respecto a las cuestiones de limpieza, de los “*exhaustivos de área de cuneros*”, se advirtió que durante el mes de septiembre de 2015 (mes crítico) el Subdirector Administrativo, esto es AR4 omitió la supervisión de la limpieza y desinfección de superficies de forma adecuada por turno (matutino, vespertino y nocturno), así como el registro en la bitácora correspondiente por servicio y por turno.

489.5. Las autoridades del IMSS omitieron solicitar el análisis microbiológico del agua de uso en el nosocomio, con búsqueda intencionada de coliformes fecales y huevos de helminto, y que de acuerdo al Programa que nos ocupa, dicha acción debe ser permanente para garantizar que el agua utilizada tuviera las condiciones adecuadas.

489.6. AR1 omitió verificar el cumplimiento de las acciones establecidas en el Programa, por lo cual debió confirmar el seguimiento de los acuerdos emitidos, cumplir con los recorridos hospitalarios semanalmente para identificar, evaluar los riesgos y aplicar las medidas necesarias en caso de emergencia; lo que ocasionó que no se identificara anticipadamente la presencia de infección nosocomial que incidió en el fallecimiento de 14 personas recién nacidas desde el 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, con motivo del “*brote de infección nosocomial*”, así como tampoco se

atendieron de forma oportuna las deficientes condiciones de sanidad en las que operaba el Hospital Regional 1.

489.7. Otro aspecto que se omitió fue el relacionado con la capacitación, manejo y control del “*brote epidemiológico de infección nosocomial*” (sepsis y choque séptico) y asociación epidemiológica referidos, máxime que la literatura médica universal vigente establece que tales infecciones son padecimientos prevenibles y tratables.

490. Por lo expuesto, las autoridades reseñadas no garantizaron el derecho humano a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, al no haberles proporcionado una atención médica en condiciones óptimas para su restablecimiento, debido a que fueron atendidos en un área que no presentaba las condiciones de higiene e infraestructura mínimas indispensables para asegurarles su bienestar físico, contrario a ello, se les expuso a condiciones propicias para el contagio de la bacteria de “*klebsiella pneumoniae*” como se acreditó y que junto a sus respectivas patologías incidió en su lamentable fallecimiento.

❖ **Consideraciones respecto a aspectos médicos de la CONAMED.**

491. Con motivo de los hechos que se investigan en la Averiguación Previa 2, la Agente del Ministerio Público de la Federación solicitó la colaboración de la CONAMED con la finalidad de que emitiera una opinión en cuanto a la atención médica neonatal otorgada a 23 personas recién nacidas en el Hospital Regional 1.

492. El 15 de diciembre de 2016, la CONAMED emitió el Dictamen Médico Institucional 177/16 respecto a la atención médica neonatal otorgada a 23 personas recién nacidas, esto es, a VRN1, hija de V2; VRN4 y VRN5, hijos de V6; VRN8, hijo de V9; VRN11 y VRN12, hijos de V12; VRN15, hijo de V16; VRN18, hijo de V19; VRN21, hijo de V22; VRN24 y VRN26, hijos de V27; VRN29 y VRN30, hijas de V31; VRN33, hijo de V34; VRN36, hija de V37; VRN39, hija de V39; VRN41, hijo de V42; VRN44, hija de V45; VRN47, hija de V48; VRN49, hijo de V50; VRN52, hijo de V53; VRN55, hijo de V56; y VRN61, hijo de V62, en el cual concluyó de manera general lo siguiente:

492.1. Se advirtió un adecuado manejo médico inmediato por parte del personal médico que recibió a las personas recién nacidas al momento de su nacimiento.

492.2. Si bien en la mayoría de los casos no se solicitó la realización de cultivos, lo cual podría constituir una deficiencia en la atención médica otorgada al no haberse agotado las obligaciones de medios diagnósticos necesarios para identificar los agentes causales de la “*sepsis neonatal*” con la que cursaron, el haberlos realizado no garantizaba que demostraran el tipo de microorganismos generadores de dicha “*sepsis*”.

492.3. Los médicos que otorgaron la atención médica a las personas recién nacidas correctamente, aunado a que el tratamiento médico que se les dio estuvo apegado a lo que señala la “*lex artis*”, particularmente en lo que a la “*sepsis*” se refiere.

492.4. No por ello, el manejo fue menos específico y correcto para las otras complicaciones existentes en cada caso, debido a que el manejo antibiótico siempre fue específico y en apego a lo que señala la literatura médica, correctamente fueron administradas dosis de inmunoglobulina en cada caso atendiendo a lo reportado en los cultivos glosados.

492.5. No se acredita que la causa de la “*sepsis neonatal*” que presentaron las 23 personas recién nacidas exclusivamente haya sido causada por una bacteria nosocomial, sino que fue un factor agregado a los demás factores de riesgo multicitados, por lo cual no es posible atribuir su fallecimiento a un proceso séptico derivado de elementos de mala práctica, sino consecuencia de los múltiples factores de riesgo, entre los que cobran relevancia la prematurez, el peso, factores maternos, factores asociados a la estancia hospitalaria y a otras patologías en los casos de recién nacidos a término, que coincidieron y condicionaron las complicaciones previamente comentadas.

492.6. Se apreciaron diversas deficiencias de tipo institucional (equipamiento deficiente, carencia de medicamentos, personal insuficiente, entre otros) de las que no hay evidencia documental que acredite que hubiesen incidido en la evolución, ni en su fallecimiento, a pesar de estas deficiencias, se cuenta con evidencia documental de que la atención médica les fue otorgada.

492.7. De no haber existido estas deficiencias institucionales, no se habría garantizado que la evolución de las personas neonatas hubiese sido a la mejoría, ni hubiese garantizado su sobrevivencia.

493. Determinación que, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional deo entrever que la atención que se brindó a cada una de las personas recién nacidas fue la adecuada, sin que atribuyeran la “sepsis” a una mala práctica médica, sin embargo, dejó en claro que el Hospital Regional 1 contaba con deficiencias institucionales como equipamiento deficiente, carencia de medicamentos, personal insuficiente, etc.

494. El personal de la CONAMED no realizó ningún señalamiento respecto al “brote epidemiológico de infección nosocomial” acontecido del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, debido a que la solicitud de la agente del Ministerio Público de la Federación se ciñó a “la atención médica neonatal otorgada a 23 recién nacidos”, sin que se conozca el motivo por el cual no se analizaron los casos de VRN25, hija de V27 ni de VRN58, hija de V59.

495. Aun cuando el personal de la CONAMED asevere que no puede determinar las causas del fallecimiento de las personas recién nacidas sometidas a su consideración, es un hecho conocido que cuando un paciente ingresa al “cunero patológico” es por factores de riesgo que lo hacen merecedor de atención médica inmediata ante la baja de sus defensas, lo que los vuelve proclives a adquirir infecciones de cualquier índole, por lo que las condiciones en las que operaba el Hospital Regional 1, representó una comorbilidad que se sumó el impactó en el

deceso de las 14 personas recién nacidas durante el período del “*brote de infección nosocomial*”.

496. Ahora bien, respecto a las quejas presentadas por las legítimas representantes de las personas recién nacidas que fallecieron en fechas extemporáneas al período del “*brote de infección nosocomial*” reportado por las autoridades del IMSS a este Organismo Nacional, cabe mencionar que de las evidencias que anteceden se advirtió que el Hospital Regional 1 contaba con infraestructura en malas condiciones físicas, lo que evidentemente no fue reciente sino de tiempo atrás, lo que se traduce en incumplimiento para garantizarle a los usuarios el disfrute más alto posible del derecho a la protección de su salud, traduciéndose en responsabilidad institucional.

497. Por lo que atento al interés superior de la niñez, este Organismo Nacional acredita que la falta de atención a las instalaciones y cuidados sanitarios con los que debe operar toda institución dedicada a la salud igualmente constituyó una comorbilidad que se sumó a las condiciones clínicas de las personas recién nacidas que nos ocupan, esto es, las que compartieron el “*cunero patológico*” en el período del “*brote de infección nosocomial*”, como las extemporáneas al mismo, lo que impactó en su respectivo deceso, no propiamente por la atención médica que en su momento recibieron, la cual como se acreditó fue la adecuada, sino porque el Estado tiene la obligación de garantizar las condiciones mínimas indispensables para hacer efectivos los derechos humanos a la protección de la salud de las personas , lo cual no se garantizó.

498. Es evidente que el Estado incumplió con la obligación de disponibilidad, accesibilidad y calidad en el otorgamiento del servicio médico proporcionado a las personas recién nacidas que nos ocupan, lo que les impidió el disfrute de su respectivo derecho a la salud ante las diversas irregularidades en la prestación del mismo, con lo cual se produjo la vulneración a su derecho a la protección de la salud y a su consecuente vida, por tanto, el Estado a través de sus instituciones de salud, tiene el deber de responder ante sus fallas institucionales debido a que en el caso particular las condiciones del nosocomio constituyeron una causa de morbilidad que se sumó a las patologías que presentaron VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, con lo que se les impidió el disfrute del derecho a la protección de la salud y que incidió en su lamentable fallecimiento en diferentes fechas relacionado con la falta de supervisión de las autoridades del IMSS encargadas de infecciones nosocomiales, así como las condiciones de infraestructura y la falta de capacitación de su personal en ese sentido.

499. Por otra parte, la CONAMED emitió el Dictamen Médico Institucional 173/16 respecto a la atención médica otorgada a las legítimas representantes de las personas recién nacidas que nos ocupan, de la siguiente manera:

“PRIMERA. De las 19 pacientes objeto de estudio, en 14 obra control prenatal otorgado señalamientos de la normativa sanitaria aplicable; de las cinco restantes, se ignora si lo recibieron o no. La falta de información acerca del control prenatal impide conocer si las

pacientes tenían antecedentes o factores de riesgo para los padecimientos que ocasionaron alteraciones en su embarazo.

SEGUNDA. Se observan elementos de mala práctica en el control prenatal otorgado a la [V2] en la Unidad de Medicina Familiar No. 35 del IMSS en Culiacán, Sinaloa, pues el doctor (...) omitió el tratamiento de la vulvovaginitis y la doctora (...) indicar el ingreso hospitalario de la paciente, habiendo en ambas situaciones elementos de juicio clínico para ello. Dicha mala práctica contribuyó al parto pretérmino y, por lo tanto, a la prematurez de la recién nacida.

TERCERA. La atención obstétrica otorgada la paciente en el Hospital General de Guasave, Sinaloa, dependiente de los Servicios Estatales de Salud y a 16 pacientes en el Hospital Regional 1, fue acorde a los señalamientos de la lex artis.

CUARTA. Deficiencias en la atención obstétrica otorgada a [V45] en el [Hospital Regional 1] relativas a la omisión en vigilancia del trabajo de parto y prescripción injustificada de oxitocina. No obstante, dichas deficiencias no causaron daño alguno al binomio materno/fetal.

QUINTA. Se observan elementos de mala práctica en atención otorgada a [V34] en el [Hospital Regional 1], relativa a egreso precipitado por parte del doctor (...). Sin perjuicio de lo expuesto, toda vez que no se dispone de información clínica subsecuente en su

salud; por ello, se sugiere a la H. Autoridad peticionaria (...) indagar al respecto.

SEXTA. Las 15 cesáreas llevadas a cabo, están plenamente indicadas y justificadas, sin que se advierta desviaciones en su ejecución; en tanto, ocurrieron cuatro partos normales, también atendidos conforme a los señalamientos en la materia.

SÉPTIMA. En el caso de [V13], se sugiere a esa H. Autoridad Ministerial, (...) indagar si le fue colocado dispositivo intrauterino, el cual estaba contraindicado toda vez que la ruptura de membranas suscitada y, en su caso, sí fue causa de infección uterina (deciduoendometritis) derivada por tanto de mala práctica y con lesiones por clasificar”.

500. Al respecto el personal médico de este Organismo Nacional difirió en relación a algunas de las conclusiones citadas, respecto a la conclusión “segunda”, de la valoración realizada a las constancias médicas de V2, apreció lo siguiente:

500.1. La primera consulta que le fue otorgada a V2 fue el 6 de agosto de 2015 en la Unidad Médico Familiar No. 35 del IMSS, cuando se le diagnosticó con “*vulvovaginitis (aguda)*”, por lo cual el médico tratante, le prescribió nistatina (antifúngico) en óvulos vaginales por 10 días para su padecimiento.

500.2. El 20 de agosto de 2015, V2 acudió a su segunda consulta en el Hospital Regional 1, donde de la exploración realizada por la especialista en

ginecología, no se advirtió que cursaba con datos indicativos de amenaza de parto pre-término, sin que ameritara su ingreso hospitalario, aunado a que, para ese momento, ya se encontraba bajo control médico externo, en el cual se le prescribió tratamiento.

500.3. De las notas médicas analizadas, no se advirtió que cursara con amenaza de parto pretérmino en las ocasiones que acudió a revisión médica.

504. Respecto a la conclusión “*cuarta*”, en cuanto al análisis de las constancias médicas de V45 se advirtió lo siguiente:

504.1. Tuvo seguimiento estrecho de trabajo de parto, así como del bienestar materno/fetal desde su ingreso al Hospital Regional 1, lo que se constató con el partograma realizado los días 27, 28 y 29 de agosto de 2015.

504.2. No obra constancia de que se le hubiera prescrito ni administrado oxitocina durante este período, ya que cuando se le administró dicho medicamento, fue posterior al nacimiento de su hija.

505. En cuanto a la conclusión “*quinta*”, del análisis de las constancias médicas de V34 se desprendió lo siguiente:

505.1. No existe constancia de su control prenatal agregada al expediente.

505.2. Su egreso precipitado se debió a que V34 presentó elevación de los leucocitos; sin que clínicamente se documentara que cursara con algún proceso infeccioso que impidiera su egreso.

505.3. Tampoco se puede establecer que dicha situación, hubiera repercutido en su estado de salud debido a que no se dispone de la información posterior a su egreso.

506. Por cuanto hace a la conclusión “*séptima*”, del análisis de las constancias médicas de V13, se advirtió lo siguiente:

506.1. Se cuenta con la “*Nota de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica*” en cuyo apartado de “descripción de la técnica” se lee: “(...) *previamente se coloca DIU*”; sin embargo, en la misma hoja y en el resto de las notas médicas (nota de alta hospitalaria por operación cesárea, nota de alta, terminación del embarazo, historia clínica, tococirugía, nota prequirúrgica, nota al egreso de ginecología y obstetricia, nota de trabajo social médico y hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico), se indicó que a petición de la paciente NO le fue colocado ningún método de planificación familiar.

506.2. En el supuesto que se hubiese colocado dicho dispositivo intrauterino, contrario a lo manifestado en el dictamen médico que nos ocupa, no estaba contraindicado a pesar de haber presentado ruptura prematura de membranas conforme a la Guía de Práctica Clínica Métodos Anticonceptivos Temporales: Dispositivo Intrauterino y Condón

Consideraciones de Uso y Aplicación, pero como se indicó a petición de la paciente no le fue colocado el mismo.

❖ **Dictamen Médico en Materia de Medicina Forense emitido por peritos médicos oficiales de la PGR y su análisis por un perito en medicina legal con motivo de la petición realizada por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.**

- **Dictamen en Materia de Medicina Forense de la PGR.**

507. De las evidencias con que se cuenta, igualmente se advirtió que la Agente del Ministerio Público de la Federación informó que el 5 de agosto de 2016, solicitó a los peritos médicos oficiales adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de la PGR, la emisión de un dictamen en materia de medicina forense en el cual indicaran lo siguiente:

507.1. Si la atención médica prenatal y perinatal brindada V2, V9, V13, V16, V19, V22, V27, V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V53, V56, V62, madres de las personas recién nacidas que nos ocupan, fue la adecuada.

507.2. Si existió alguna forma de “*mala praxis*” en la atención médica que se le brindó por parte del personal médico del IMSS y en su caso, si ocasionó el fallecimiento de VRN1, hija de V2; VRN8, hijo de V9; VRN11 y VRN12, hijos de V13; VRN15, hijo de V16; VRN18, hijo de V19; VRN21, hijo de V22; VRN14 y VRN26, hijos de V27; VRN29 y VRN30, hijas de V31; VRN33, hijo de V34; VRN36, hija de V37; VRN38, hija de V39; VRN41, hija

de V42; VRN44, hija de V45; VRN47, hija de V48; VRN49, hijo de V50; VRN52, hijo de V53; VRN55, hijo de V56 y VRN61, hijo de V62.

507.3. Tomando en consideración que la causa de la muerte de las personas recién nacidas se originó por un proceso séptico, determine si este tuvo su origen en la falta de higiene y sanitización de las instalaciones hospitalarias.

507.4. Si influyeron las faltas de cuidado hacia las personas recién nacidas por parte del personal responsable de sus cuidados, debido a que quedó demostrado que diversos utensilios de aseos se encontraban contaminados con la bacteria denominada "*klebsiella oxytoca* y *klebsiella pneumoniae*".

507.5. Si influyeron las deficiencias por parte del personal encargado del mantenimiento general y aseo de la UCIN, "cuneros" y tococirugía.

508. En ese sentido, el 11 de mayo de 2017, los peritos médicos oficiales emitieron el dictamen en materia de medicina legal, con folio 24536, en el cual concluyeron lo siguiente:

508.1. No es posible determinar categóricamente que el proceso séptico que presentaron las personas recién nacidas se originó por la falta de higiene y sanitización de las instalaciones del Hospital Regional 1, pues la "*sepsis neonatal*" se presenta a consecuencia de múltiples factores de riesgo, siendo los más frecuentes: la prematurez, peso bajo al nacer, factores maternos, factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada,

métodos invasivos de diagnóstico y tratamiento, y complicaciones que se desarrollan por la propia prematurez o patologías de los recién nacidos, así como factores asociados a características del hospital.

508.2. Excepto en el caso de VRN24 hijo de V27 y VRN61 hijo de V62, toda vez que el diagnóstico de “*sepsis por klebsiella pneumoniae*” sí fue contemporáneo con la toma de muestra y reporte de microorganismo aislado en la “*tarja material del [Hospital regional 1]*”, esto es, dicha muestra se tomó de la tarja el 10 de septiembre de 2015 y las personas recién nacidas fallecieron el 13 y 14 de septiembre de 2015, respectivamente, lo cual se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo de un proceso séptico.

508.3. Respecto al informe en el cual se reportó que las tarjas de bebés y de material estaban contaminadas con “*klebsiella pneumoniae*”, como se señaló, se considera un factor de riesgo más para el desarrollo de un proceso séptico en general, sin poder establecer que dicho hallazgo fue la causa directa de la muerte de las personas recién nacidas.

508.4. No hay evidencia documental que demuestre falta de cuidado hacia las personas recién nacidas por el personal responsable de los cuidados generales de los mismos.

508.5. De las bitácoras y minutas donde se describe el correcto lavado de manos, no hay evidencia de que, en el período comprendido de enero a

septiembre del 2015, se hubiesen llevado a cabo acciones de prevención y control permanente.

508.6. Las deficiencias por parte del personal encargado del mantenimiento general y el aseo de las áreas problema UCIN, “*cuneros*” y tococirugía (falta de limpieza de áreas, falta de limpieza de ropa de cama, pacientes y personal de salud; falta de capacitación en las buenas prácticas de higiene incluyendo lavado y sanitización de manos, deficiente mantenimiento y limpieza de insumos para la salud, deficiencias en la preparación de alimentos y soluciones de uso médico), Sí son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infecciones nosocomiales y comorbilidad-mortalidad neonatal (NOM-045-SSA2-2005, “*para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*”).

508.7. Solventar dichas deficiencias no son determinantes para la existencia de una potencial contaminación, por lo cual el IMSS y en particular el Hospital Regional 1, está obligado a implementar acciones de manera permanente, con la finalidad de disminuir el riesgo de contaminación en el área de “*cuneros*” y la UCIN.

509. En opinión de personal médico de este Organismo Nacional, las conclusiones que anteceden, son contradictorias con base en lo siguiente:

509.1. Los peritos médicos oficiales refirieron que no es posible establecer una relación categórica entre el fallecimiento de las personas recién nacidas y la falta de higiene y sanitización del nosocomio.

509.2. Establecieron que el fallecimiento de VRN24 y VRN61, están relacionados con el resultado positivo a desarrollo de *“klebsiella pneumoniae”* encontrada en la tarja de bebés, debido a que su deceso ocurrió tres y cuatro días después de la toma del cultivo de dicha superficie, a pesar de ello indicaron que *“no está relacionado directamente con la causa de la muerte”*; aseveraciones que se contradicen entre sí, toda vez que la causa de la muerte de estas dos personas recién nacidas fue secundaria a sepsis por *“klebsiella pneumoniae”*.

509.3. Los peritos médicos oficiales omitieron incluir a VRN15, quien falleció el 13 de septiembre de 2015 a causa de la misma bacteria.

509.4. Indicaron que *“no encontraron evidencia de que en el período comprendido de enero a septiembre del 2015, se hubiesen llevado a cabo acciones de prevención y control permanente”*, y por otra parte, afirmaron que las deficiencias por parte del personal encargado del mantenimiento general y el aseo de las áreas problema UCIN, *“cuneros”* y tococirugía *“Sí son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infecciones nosocomiales y comorbilidad-mortalidad neonatal”*.

509.5. Conclusión contradictoria, al señalar que no es posible establecer una relación directa entre el fallecimiento y éstas deficiencias y posteriormente indican que sí son factores de riesgo relacionados con la comorbilidad y mortalidad neonatal.

509.6. En cuanto a que solventar dichas deficiencias no sería determinante para la existencia de una potencial contaminación, dicha afirmación resulta inadmisibles debido a que son acciones de atención obligatoria en toda institución de salud, tutelada por normas, guías y leyes.

509.7. Respecto a las recomendaciones que hacen al IMSS y en particular el Hospital Regional 1, es necesario resaltar que el hospital en cuestión, creó un *“Programa de Trabajo Anual: Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales”* que abarca todos los servicios hospitalarios y a pesar de su existencia, no se cumplió cabalmente con lo plasmado en él, como medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones, como se señaló.

509.8. No existe evidencia de que los referidos peritos oficiales hubieran hecho algún señalamiento respecto del *“brote epidemiológico”* que se presentó en agosto y septiembre de 2015 en el citado nosocomio.

510. Sin embargo, la afirmación de los peritos médicos oficiales en cuanto a que las deficiencias del personal encargado del mantenimiento general y el aseo de las áreas problema UCIN, *“cuneros”* y tococirugía del Hospital Regional 1, son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infecciones nosocomiales y comorbilidad-mortalidad neonatal, evidenció la falta de cuidado por parte del CODECIN respecto a las actividades que deben desarrollar dichas áreas partiendo de la seguridad que se debe proporcionar a los pacientes neonatales, más aun cuando sus propias patologías les impedían desarrollar defensas para hacer frente a los microorganismos que fueron encontrados en el área de *“cunero patológico”*,

por lo que fueron expuestos a un mayor riesgo que incidió en su desafortunado deceso como consecuencia de los errores derivados del control del área que los albergó.

511. Por lo que, al no haber implementado las autoridades del IMSS prácticas asistenciales seguras, la identificación y prevención de los riesgos derivados de la atención sanitaria que debe prevalecer en todo servicio de salud, se generó un impacto significativo en la mortalidad neonatal como se acreditó.

- **Análisis de meta peritaje de la PGR emitido por perito en medicina legal a petición de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.**

512. El 27 de septiembre de 2018, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a este Organismo Nacional, el *“análisis del meta peritaje de la PGR de fecha 11 de mayo de 2017”* elaborado por un perito en medicina legal y para su mejor comprensión el personal médico de este Organismo Nacional emitió la opinión técnica en materia de medicina forense respecto al mismo, en el cual indicó lo siguiente:

512.1. Un informe pericial es un documento científico-técnico con la finalidad de informar y demostrar de forma *“empírica”* las operaciones practicadas, de manera que sea comprensible y entendible para cualquier persona o lector que no domine la ciencia, arte u oficio del perito que lo elaboró.

512.2. El *“meta peritaje”* es un *“informe técnico que contiene la declaración*

o pronunciamiento que realiza un profesional experto, acerca las características o contenido de un informe pericial relacionado con su ciencia o reglas de su arte u oficio, y cuya finalidad es determinar si existió o no falta rigor técnico o metodológico en el estudio y análisis pericial consignado en dicho informe".

512.3. La finalidad del *"meta peritaje"* es encontrar concordancia, omisiones o errores en las que haya incurrido el perito al momento de confeccionar su informe pericial.

512.4. Lo que se busca es el rigor técnico o metodológico aplicado al confeccionar un informe pericial.

512.5. El *"meta peritaje"* no es un informe pericial, aunque debe contener los apartados que forman la estructura de éste para que tenga un orden lógico y cronológico, así como debe ser evaluado por un perito.

512.6. Al no disponer de acceso directo a los datos ni a los sujetos de la exploración, se realiza un *"análisis teórico-técnico del informe"* y de aquellos aspectos que se hallan soportados por el estado actual de la ciencia a la que refiere, *"No es una valoración de las personas mencionadas en el informe, ni del profesional que lo ha realizado"*.

513. El perito en medicina legal designado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas indicó elementos de estudio para su análisis, de entre lo que se destacó los siguiente:

513.1. Su dictamen versa sobre el análisis del dictamen emitido por los peritos médicos oficiales de la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGR el 11 de mayo de 2017.

513.2. Se trata de un *“meta peritaje”* que tiene la finalidad de analizar objetiva y metodológicamente el contenido del dictamen de mérito a solicitud de las familias afectadas.

513.3. Para su realización consideró la petición del Ministerio Público de la Federación, la Averiguación Previa 2, los expedientes clínicos del Hospital Regional 1 y del Hospital de Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente de Guadalajara, Jalisco, así como un disco rotulado con la leyenda *“IMSS HGR1 Culiacán”*.

513.4. El objeto de su análisis es apreciar elementos periciales acerca del cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente y de ninguna suerte pronunciarse respecto de responsabilidad, al ser ello una atribución de las autoridades competentes.

513.5. Su dictamen no tiene por objeto resolver la responsabilidad de ninguno de los involucrados como tampoco entraña imputación alguna y contiene criterio médico forense especializado.

513.6. Realizó el análisis de los datos del personal médico de la PGR, quienes actuaron de manera colegiada por catorce médicos adscritos a dicha Institución.

513.7. Al realizar el primer análisis del dictamen colegiado de la PGR, observó que el personal médico carece de las facultades necesarias y carece de la capacitación requerida de acuerdo a su misma "*lex artis ah doc*" (sic).

514. En ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional advirtió que dicho perito en medicina legal indicó que su opinión versaba sobre el análisis del dictamen emitido por los peritos médicos oficiales y posteriormente asentó que efectuó la lectura de las documentales que integran el expediente para determinar si existió buena o mala "*praxis médica*", así como de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente, lo cual técnicamente se trata de cuestiones distintas, por lo siguiente:

514.1. Al perito en medicina legal se le solicitó realizara el análisis del dictamen emitido por la PGR, lo cual debió ser con base en la técnica y metodología utilizadas para su realización.

514.2. En tanto, el análisis de las documentales para conocer si el actuar del personal médico que intervino en el asunto fue adecuado o no, sirve exclusivamente para determinar si existe responsabilidad médica, cuestión que no era objeto de estudio en el caso particular.

515. El referido perito en medicina legal, erróneamente afirmó que elaboró su opinión técnica científica con base en el “*estudio de gabinete*” realizado al expediente; sin embargo, dicho estudio, se refiere a procedimientos que requieren de un equipo especializado para establecer el diagnóstico de un paciente y generalmente, se proporcionan imágenes, lo que no es aplicable al caso particular.

516. Respecto a que todos los médicos que realizaron el dictamen de la PGR carecen de facultades necesarias ya que para la realización de los procedimientos médicos de especialidad se requiere de una certificación; tal apreciación la fundamenta en la ausencia de acreditaciones de su formación académica, sin embargo, soslaya considerar que los peritos médicos oficiales están acreditados por la PGR, aunado a que el objetivo de su “*meta peritaje*” no es una valoración de las personas mencionadas ni de los profesionales que lo realizaron como él mismo lo señaló, máxime que versa en un dictamen institucional.

517. En el “*análisis del meta peritaje de la PGR de fecha 11 de mayo de 2017*” del perito en medicina legal, se concluyó lo siguiente:

“PRIMERA: El análisis que realizara el personal médico de la [PGR] carece de metodología en su desarrollo, al no existir congruencia con el orden establecido en un inicio de las familias afectadas, así como de los recién nacidos que fallecieron y por ende con el análisis correspondiente a cada caso en particular.

SEGUNDA: Siguiendo con el tema metodológico, es importante mencionar que, al describir los casos designados a cada médico, a

partir del caso numero 10 los catorce médicos intervinieron para desarrollar su análisis médico legal.

TERCERA: Además, es importante resaltar que si bien la (...) [PGR] acredita a su personal médico, los catorce médicos que realizaron dicho análisis No se encuentran certificados por el Consejo Mexicano de Medicina Legal como lo establece la Ley General de Salud, y por otro lado solo 6 médicos cuentan con la Especialidad de Medicina Legal y/o Forense, los 8 médicos restantes son médicos generales con funciones de médico legista pero que no acreditan ni certifican para analizar estos asuntos de responsabilidad médico profesional.

CUARTA: Es importante mencionar que la labor del Médico Legista y/o Forense es la de aclarar dudas, no crear mayor conflicto o confusión, ya que como se observa en el presente caso, solo responden de manera concreta sin explicar el motivo de su conclusión, así mismo, hacen a un lado las recomendaciones establecidas por instancias diversas a la Secretaria de Salud como lo son COFEPRIS para establecer las responsabilidades médicas o directivas por el hallazgo de las bacterias en áreas sensibles intrahospitalarias.

QUINTA: En el presente caso, es importante y relevante establecer responsabilidades médicas en su variedad de horizontal y verticalidad además de analizar las posibles causas de responsabilidad medica ocultas durante su intervención a cada lactante.

SEXTA: El suscrito SI observa inconsistencias graves en el análisis que realizaran de manera colegiada los médicos de la [PGR] en su dictamen emitido en fecha 11 de mayo de 2017, y del cual hacen mención a la atención medica otorgada de las familias afectadas y recién nacidos que fallecieron por probable sepsis por bacterias identificadas por Klebsiella Oxytoca y Klebsiella Pneumoniae.”

518. En cuanto a las conclusiones precitadas, el personal médico de este Organismo Nacional, advirtió lo siguiente:

518.1. El perito en medicina legal refirió como falta metodológica, el que no se haya indicado el nombre del personal médico que realizó el análisis del caso a partir del número 10; sin embargo, dicha circunstancia no modificó el resultado, aunado a que el análisis del total de los casos se realizó y se firmó de manera colegiada.

518.2. Agregó que 6 de los médicos intervinientes cuentan con la especialidad en medicina legal y el resto no documenta formación en dicha especialidad; sin embargo, se contradice al haber afirmado que la dependencia los acredita.

518.3. Respecto a que los peritos médicos oficiales respondieron de forma concreta al cuestionamiento planteado y omitieron considerar lo recomendado por la COFEPRIS; dicho profesionista dejó de considerar que el personal médico de la PGR emitió su dictamen médico con base en lo que les fue

solicitado, esto es la valoración de la atención médica de las madres de las personas recién nacidas y la de éstos.

518.4. En cuanto a su manifestación que sería importante establecer responsabilidades médicas “*ocultas*” en la intervención de cada lactante; soslayó considerar que el objeto de su análisis era la apreciación de elementos periciales acerca del cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente, no así en cuanto a su responsabilidad.

518.5. De igual forma concluyó que sí observó inconsistencias graves en el análisis realizado por los peritos médicos oficiales de la PGR, sin embargo, no describió las mismas.

518.6. Por lo que se concluyó que el perito en medicina legal designado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas:

518.6.1. No efectuó un análisis de rigor técnico ni metodológico respecto del dictamen referido -como le fue solicitado-, por lo cual NO se considera elemento técnico suficiente para incluirse en la investigación realizada por este Organismo Nacional.

518.6.2. Aunado a que no cumplió con los requisitos de imparcialidad, objetividad y desarrollo, al haberse limitado a la lectura del dictamen y a descalificar el actuar del personal médico oficial de PGR.

519. De lo expuesto, se concluye que el perito médico en medicina legal designado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas soslayó en el análisis que realizó al dictamen emitido por peritos médicos oficiales de la PGR, que la finalidad del meta peritaje es encontrar concordancia, omisiones o errores en las que haya incurrido el perito al momento de confeccionar su informe pericial, lo cual no fue dilucidado de la lectura que antecede, por lo que le corresponderá a la autoridad competente la apreciación correspondiente.

520. Respecto a la petición de la Directora General Adjunta de Atención a Víctimas del Delito de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, que sean tomados en cuenta los testimonios de las víctimas que obran en el expediente de queja, en cuanto al *“largo y doloroso proceso de victimización que han sufrido”*, dicha valoración se realizará en el apartado correspondiente.

- **Consideraciones respecto a las exhumaciones realizadas a once personas recién nacidas a petición de sus respectivos progenitores.**

521. El 7 de noviembre de 2015, un perito médico oficial de la PGR emitió un dictamen con folio 9693, indicó que, en el caso particular, no era conveniente la exhumación de los cuerpos de las personas recién nacidas que lamentablemente fallecieron, debido a que las condiciones de sus cuerpos, no brindarían la información necesaria para determinar la causa de su desafortunado fallecimiento, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fue adecuado.

522. Contrario a la sugerencia del perito médico oficial, a petición de los legítimos representantes de las once de las personas recién nacidas que lamentablemente

perdieron la vida, en febrero de 2016, se realizó la exhumación de VRN8, VRN18, VRN21, VRN29, VRN30, VRN33, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47 y VRN55, obteniendo como resultado de los estudios “*necroquirúrgicos*” efectuados, que los respectivos cuerpos se encontraban en reducción esquelética, aun con ello, se tomaron muestras anatómicas óseas, de tejidos blandos y superficie muscular para su estudio bacteriológico e histopatológico, en el cual se concluyó que “*la causa de la muerte es indeterminada*”.

523. Resultados de las exhumaciones que se pusieron del conocimiento de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, así como de las respectivas víctimas indirectas.

524. Cabe mencionar que las muestras de los tejidos que se tomaron en los cuerpos exhumados de las personas citadas con anterioridad, fueron procesadas en el Hospital General de Culiacán “*Dr. Bernardo J. Gastelúm*”, dependiente de los Servicios de Salud de Sinaloa, y de manera particular por el Laboratorio de Análisis Químicos “*EVIDECTA*”, quienes indicaron diversos microorganismos encontrados, los que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, son propios de la descomposición cadavérica y del suelo, sin que puedan relacionarse directamente con la causa de la muerte de las personas menores de edad que nos ocupan.

525. Indicaron que el Hospital General de Culiacán “*Dr. Bernardo J. Gastelúm*” recomendó que las muestras para cultivo no se incluyeran en formol, debido a que inhibe el desarrollo de flora bacteriana “*microbiota*”; contrario a ello, se incluyeron inadecuadamente en formol, no obstante, si hubo desarrollo de gérmenes.

526. Cabe mencionar que en los dictámenes médicos de 4 y 7 de noviembre de 2015, el perito médico oficial de la PGR indicó que de la revisión de las evidencias, sí se detectaron microorganismos como bacterias y hongos, sin embargo, “(...) *No es posible especificar si estos microorganismos fueron determinantes para causar la muerte de los recién nacidos (...)*”, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, corrobora que en el caso concreto, no fue posible determinar si la causa de la muerte de las personas recién nacidas que fueron exhumadas estuvo relacionada con los microorganismos aislados encontrados en sus cuerpos.

- **Consideraciones en torno a los hemocultivos realizados en el IMSS.**

527. En el caso particular, el IMSS remitió a este Organismo Nacional el resultado de once hemocultivos, nueve de los cuales se encuentran relacionados con la queja presentada, y en los cuales se asentó lo siguiente:

527.1. Personas recién nacidas contempladas dentro del “*brote de infección nosocomial y asociadas al mismo*”, cuyo resultado de hemocultivo se reportó negativo: VRN4, VRN18 y VRN26.

527.2. Personas recién nacidas contempladas dentro del “*brote de infección nosocomial y asociadas al mismo*”, cuyo resultado de hemocultivo se reportó positivo a “*klebsiella pneumoniae*”: VRN15, VRN24, VRN61.

527.3. Personas recién nacidas contempladas de manera extemporánea al “*brote de infección nosocomial*”, cuyo resultado de hemocultivo se reportó de la siguiente manera: VRN12, negativo; VRM38, uno negativo y otro positivo a “*klebsiella pneumoniae*” y el hemocultivo de VRN58 dio positivo a “*escheritia coli*”.

528. El IMSS informó el motivo por el cual no se tomó el hemocultivo a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN21, VRN25, VRN49 ni a VRN52 debido a que se les suministró de manera inmediata de “*forma empírica*” el antibiótico que requerían porque contaban con varios factores de riesgo para desarrollar “*sepsis temprana*”, “*lo que invalidaría el resultado de los hemocultivos*”.

529. En ese sentido, en la opinión médico de este Organismo Nacional, se destacó que del análisis de los expedientes clínicos de las 25 personas recién nacidas, se inició terapia antibiótica empírica desde el día de su respectivo nacimiento; por lo que ,el criterio mencionado por el IMSS, se considera, “*per se*” una indicación para la toma de cultivos a fin de que se ampliaría el panorama y se estableciera el tratamiento idóneo en caso de ameritarlo.

530. Por lo que no tiene justificación el hecho de no haber tomado los hemocultivos a las personas recién nacidas ya que el hecho de que se les suministrara antibiótico de manera “*empírica*”, no era suficiente debido a que la evolución clínica de cada caso, marcaría la pauta para la solicitud o no de dicho estudio complementario, por lo que era indispensable el mismo.

531. Por otra parte, en el informe pormenorizado emitido por el IMSS sin nombre ni fecha, describió que derivado de la visita realizada por el personal de la COFEPRIS se advirtió que revisaron 9 cepas de hemocultivos tomados a los menores, “*corroborando el resultado de ocho de ellas positivas a Klebsiella pneumoniae y una a E. coli*”.

532. De las muestras ambientales que tomadas en el Hospital Regional 1, se analizaron 11 soluciones parenterales, una de las cuales dio positivo a “*klebsiella pneumoniae*”, los diez restantes, no desarrollaron microorganismos.

533. Analizaron 20 muestras de agua de lavado de manos de personal, una de ellas reportó desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*” sin que los otros desarrollaran microorganismos.

534. En ese sentido, de la revisión que realizó el 24 de septiembre de 2015 la COFEPRIS, se tomaron muestras de soluciones parenterales y de agua de lavado de manos del personal; de lo cual resultó en una muestra de solución parenteral y en una de agua del lavado de manos del personal de salud con desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*”, cuando en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, lo idóneo sería que no se aislaran microorganismos en el material utilizado en los pacientes como la solución parenteral.

535. Lo que confirmó que el personal del CODECIN omitió la supervisión permanente de las acciones implementadas para la correcta aplicación de normas, procedimientos y sistemas de trabajo multidisciplinario, identificación temprana y estudio de las infecciones nosocomiales, así como establecer mecanismos

permanentes de vigilancia epidemiológica que permitieran el manejo eficiente de la información para la prevención y control de las infecciones nosocomiales, como ha quedado acreditado.

- **Análisis en materia de medicina forense de la opinión médica particular relacionada con V48 y VRN47.**

536. El 6 de abril de 2017, V48 presentó a través de la ONG ante este Organismo Nacional, la ampliación de su queja por hechos violatorios a derechos humanos, incluyendo los derechos a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la información en materia de salud, daño al proyecto de vida y derecho a una vida libre de violencia constitutivos de violencia obstétrica y muerte neonatal, al cual anexó la opinión médica de 17 de enero de 2017, emitida por una doctora médica ginecóloga, subespecialista en medicina materno fetal, constante de 11 fojas.

537. Del apartado de conclusiones y pretensiones del escrito de mérito, se desprendió lo siguiente:

537.1. La serie de actos y omisiones médicas perpetradas en mi contra y en consecuencia de mi finada hija VRN47 revelan una serie de fallas humanas estructurales que provocaron afectaciones graves en nuestra contra, violando nuestros derechos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México.

537.2. Este caso es representativo de los patrones de violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres por parte del Estado, pues la muerte neonatal y violencia obstétrica, representan una problemática nacional.

537.3. Solicitamos a la Comisión Nacional, que al resolver la queja citada, en aras de proteger que se reparen de manera integral las violaciones a derechos humanos expresadas en el cuerpo de su escrito, tome en cuenta lo siguiente:

537.3.1. Dentro del deber de investigación y sanción: se lleve a cabo una investigación oportuna al personal médico que prestó atención negligente y que sea sancionado de forma correspondiente a los actos y omisiones que encaminaron al perjuicio de su salud física y emocional y a la muerte de VRN47, con el objeto del esclarecimiento de hechos, conocimiento de la verdad y que en lo futuro no incurra en una conducta semejante.

537.3.2. Dentro del deber de Restitución: se le brinde atención médica adecuada y puntual en las instituciones de salud del IMSS de Sinaloa.

537.3.3. Dentro del deber de Satisfacción: que el Estado lleve a cabo un pronunciamiento público, acorde a los estándares internacionales, como medida de reparación, satisfacción y garantía de no repetición, reconociendo su responsabilidad por la atención negligente brindada a su persona y a VRN47, entendiendo el término de negligencia como el incumplimiento de un deber, la falta de precaución y la falta de diligencia debida o de previsión de las consecuencias generadas por la falta de atención oportuna, así como la falta de información

respecto a la condición de salud del menor y el extravío del expediente.

537.3.4. Dentro del deber de Rehabilitación: se le proporcione atención psicológica puntual y especializada, con el objeto de garantizar su desarrollo integral, bienestar físico y mental.

537.3.5. Dentro de las garantías de no Repetición: que el Estado adopte las medidas necesarias de no repetición de carácter legislativo, administrativo y judicial que respeten, protejan y garanticen los derechos a la salud, a una vida libre de violencia, a la información y a la integridad personal de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños en el Estado de Sinaloa, para que éste tipo de hechos no vuelvan a suceder, sobre todo tomando en cuenta que ésta entidad federativa enfrenta un alto porcentaje de muerte infantil.

537.3.6. Incremente su presupuesto para la investigación de las diversas causas de muerte neonatal, con el objeto de contribuir a la prevención y erradicación de esta.

537.3.7. Se capacite y evalúen los conocimientos del personal de salud sobre los derechos de las mujeres, en particular los derechos reproductivos y a una vida libre de violencia, para evitar situaciones similares hacia otras mujeres que accedan a estos servicios de salud.

537.3.8. Se capacite y evalúe al personal de salud sobre atención médica, responsabilidad profesional, emergencias obstétricas, trato digno al paciente y atención de la persona recién nacida, conforme a las Normas Oficiales aplicables, para combatir la violencia obstétrica y muerte neonatal en los servicios de salud.

537.3.9. Se brinde atención médica adecuada y puntual a las mujeres en las diversas instituciones de salud del estado de Sinaloa, a través de la implementación efectiva de programas de salud reproductiva acorde con las necesidades de las mujeres de ésta región, con especial atención a mujeres pertenecientes a pueblos originarios, de escasos recursos, de baja escolaridad y/o que pertenezcan a zonas marginadas o que por su distribución/ubicación geográfica tengan difícil acceso a los servicios de salud por la distancia, y que para tal efecto se destinen recursos suficientes.

537.3.10. Dentro del concepto de Indemnización: que el Estado repare de manera integral, de acuerdo a los estándares del sistema interamericano, el daño causado por la muerte de VRN47 y las afectaciones en mi contra, incluyendo el pago de una indemnización económica que comprenda los daños materiales (daño emergente y lucro cesante) e inmateriales (daño moral y afectación al proyecto de vida).

538. Al respecto, el personal médico de esta Comisión Nacional, después de valorar el escrito presentado por conducto de la ONG, determinó lo siguiente:

538.1. V48 acudió a control prenatal al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en Guasave, Sinaloa, a partir del día 30 de enero de 2015, cursando con su primer embarazo de 14 semanas de gestación, fecha de última menstruación el 23 de octubre de 2014 y como fecha probable de parto el 30 de julio de 2015.

538.2. Indicó en esa primera valoración, que estaba bajo tratamiento con médico particular.

538.3. Se le orientó sobre datos de alarma y se solicitó un ultrasonido obstétrico, fue enviada al módulo de “*PREVENIMSS*” para aplicación de toxoide tetánico e influenza, dental, así como a trabajo social, con cita en 15 días y se estableció como riesgo obstétrico 1, esto es, de bajo riesgo.

538.4. La segunda ocasión a la que V48 acudió, fue el 12 de febrero de 2015, fecha en que indicó que continuaba en vigilancia por médico particular, quien le diagnosticó hipertensión en el embarazo, prescribiéndole tratamiento antihipertensivo (hidralazina).

538.5. Sus resultados de estudios de laboratorio, evidenciaron infección de vías urinarias, por lo cual se inició tratamiento antibiótico, siendo éstas las únicas dos ocasiones que V48 acudió a su control prenatal en el IMSS.

538.6. El 13 de junio de 2015, V48 cursaba con 32 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ingresó al servicio de tococirugía del

Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en Guasave, Sinaloa, refiriendo ruptura prematura de membranas de 9 horas de evolución, donde se le manejó adecuadamente con maduradores pulmonares y antibiótico.

538.7. Se le realizó un ultrasonido obstétrico, el cual mostró que el producto presentaba 30.4 semanas de gestación y líquido amniótico reducido, razón por la cual se indicó su traslado al Hospital Regional 1.

538.8. Nosocomio al que ingresó ese mismo día, esto es, el 13 de junio de 2015, a las 16:00 horas, con once horas de evolución de ruptura de membranas, por lo que adecuadamente se indicó su ingreso para continuar con esquema antibiótico y maduradores pulmonares.

538.9. Se le mantuvo en observación y vigilancia estrecha del binomio, con registro de la frecuencia cardiaca fetal sin alteraciones y concluyó el esquema de maduración pulmonar fetal.

538.10. Presentó actividad uterina el 15 de junio de 2015 a las 05:00 horas, por lo que oportunamente se indicó la interrupción del embarazo vía abdominal.

538.11. Se le realizó cesárea sin complicaciones, obteniendo a las 05:27 horas a un producto de sexo femenino con peso de 1,575 gramos.

538.12. La paciente permaneció hospitalizada con tratamiento antibiótico, analgésico y antiinflamatorio, así como cuidados de herida quirúrgica,

tolerando la vía oral y signos vitales en cifras normales.

538.13. El 16 de junio de 2015, se indicó el su egreso a su domicilio con prescripción de retiro de puntos en 10 días, cita para valoración con médico familiar, cita abierta a tococirugía en caso de alarma, lavado de herida quirúrgica diario, antibiótico (ampicilina) y analgésico (paracetamol).

539. Del análisis minucioso y detallado al expediente clínico de V48, no existe evidencia que soporte sus afirmaciones en cuanto a que se vulneraron sus derechos a la integridad física, a la salud y a una vida libre de violencia lo que habría derivado en violencia obstétrica durante su atención hospitalaria, no obstante la afectación que padeció en cuanto al lamentable fallecimiento de VRN47, será valorada en el apartado correspondiente.

- **Análisis de la opinión emitida por la doctora especialista designada por la ONG que representa a VRN47 y V48.**

540. Una vez que el personal médico de este Organismo Nacional analizó el escrito referido determinó lo siguiente:

540.1. No hizo referencia a la atención prenatal otorgada a V48 en el Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en Guasave, Sinaloa, en la que se advirtió que únicamente acudió en dos ocasiones, esto es, el 30 de enero y el 12 de febrero de 2015, fechas en que los resultados de los estudios de laboratorio evidenciaron que cursaba con infección de vías urinarias, para lo cual se le prescribió tratamiento.

540.2. En las notas médicas que transcribió, omitió mencionar quién las elaboró y sus respectivos cargos.

540.3. Omitió precisar que, V48 firmó las cartas de consentimiento informado, donde autorizó sus procedimientos y tratamientos.

540.4. No tomó en cuenta los reportes de laboratorio, ni las hojas de indicaciones médicas, agregadas al expediente clínico.

540.5. De las notas que la doctora especialista transcribió del Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en Guasave, Sinaloa, se advirtió que la nota de las 04:22 horas del 13 de junio de 2015, la transcribió incompleta, siendo ésta, la de ingreso y en la cual se prescribió a V48 esquema de maduración pulmonar fetal; en la de las 13:00 horas del 13 de junio de 2015, transcribió “300 SDG”, mientras que la nota original dice “30 SDG” y no transcribió las indicaciones relacionadas con el alta de V48 por traslado urgente a perinatología del Hospital Regional 1.

540.6. En cuanto a las notas que la doctora especialista transcribió del Hospital Regional 1, no tomó en cuenta el partograma, los consentimientos informados, hojas de enfermería ni resultados de laboratorio realizados a V48.

541. La médico especialista emitió las siguientes conclusiones en cuanto a la atención médica proporcionada a V48:

A. Se debe obtener cultivos cervicales para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Así como cultivos para estreptococo del grupo B, si no han sido tomados en las últimas 6 semanas, lo cual es omitido en el caso en cuestión.

B. Todas las pacientes en manejo conservador deben ser hospitalizadas para: Vigilancia de la temperatura y la frecuencia cardíaca (4 veces al día), y/o neonatal. Solo se cuentan con las siguientes notas en el expediente Clínico: Nota de ingreso realizada el día 13 de junio del 2015 a las 17:30, 10 horas después el día 14 de junio del 2015 a las 3:54 a.m. y el día 15 de junio de 2015 a las 2:19 a.m. 11 horas después.

Y una nota Pre quirúrgica el día 15 de junio del 2015 a las 5:00 a.m.

- Cuantificación diaria de fórmula blanca con diferencial (leucocitos y bandas).

- Examen general de orina.

C. Evitar tactos vaginales, (excepto cuando la paciente se encuentre en trabajo de parto o se requiera su inducción).

- Cultivos de líquido amniótico y secreciones vaginales para Antibioticoterapia, que en el expediente no se localiza ni menciona la realización de cultivos vaginales.

D. Perfil biofísico diario el cual no es realizado, para la evaluación del bienestar fetal.

542. Con motivo de lo anterior, el personal médico de este Organismo Nacional destacó lo siguiente:

542.1. En el inciso A, dicha doctora omitió señalar el nombre del médico que incumplió con lo señalado, así como la unidad médica; sin que pase inadvertido que los cultivos que mencionó no se le realizaron a V48 al no formar parte de los estudios de rutina, a menos que se hubiese registrado algún antecedente que hiciera sospechar que estuviera infectada con algún microorganismo, sin que en el caso particular haya registros que lo confirmen.

542.2. Respecto a que “*todas las pacientes en manejo conservador deben ser hospitalizadas*” para “*vigilancia de la temperatura y la frecuencia cardiaca (4 veces al día) y/o neonatal (...)*”; no tomó en cuenta las hojas de enfermería de ambos hospitales en los que se encuentran registrados los signos vitales de V48, incluyendo temperatura y frecuencia cardiaca, así como, la frecuencia cardiaca fetal y los signos vitales de la persona neonata.

542.3. En cuanto a que debió realizar “*cuantificación de fórmula blanca con diferencial (...)*”, tampoco se considera un estudio de rutina y en el caso en particular, V48 se mostró estable, sin evidencia de infección a ningún nivel y con cobertura antibiótica desde su ingreso al Hospital Regional 1, condición

que continuó en el pre, trans y postquirúrgico y hasta siete días después de su egreso, como consta en la nota de alta hospitalaria de 16 de junio de 2015.

542.4. En el inciso C, mencionó que deben evitarse tactos vaginales, cabe mencionar que de las evidencias con que se cuenta, no obra registro de que se le hubieran realizado a V48.

542.5. En cuanto a que deben realizarse cultivos de líquido amniótico y secreciones vaginales para normar la antibioticoterapia; en el caso particular, el líquido transvaginal de V48 se describió claro, por lo cual, no contaba con criterios clínicos para la solicitud de dicho cultivo, aunado a que no se registraron secreciones vaginales distintas, además, desde su ingreso hasta su egreso, se cubrió con antibiótico sensible a gérmenes más frecuentes.

542.6. En relación con que debe realizarse prueba de bienestar fetal diariamente; la médico especialista soslayó considerar que en las notas médicas se asentó que la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y al no haber actividad uterina, no se requería la citada prueba diaria.

542.7. Por cuanto hace a su fuente bibliográfica, omitió considerar el contenido de las Guías de Práctica Clínica y Normas Oficiales Mexicanas, aplicables al caso.

543. Por otra parte, la misma médico especialista concluyó lo siguiente respecto a la atención médica brindada a VRN47 en el Hospital Regional 1:

A. *Considero, que la recién nacida sufrió un caso de sepsis tardía. Una infección nosocomial debido a los siguientes factores de riesgo encontrados en la Paciente:*

- *Prematurez*
- *Estancia prolongada*
- *Contacto con otros recién nacidos infectados*
- *Colocación de catéteres intravenosos*
- *Omisión en la toma de cultivos*

Es importante conocer las tasas reales de infección en las UCI neonatales e identificar los factores de riesgo de infección, para diseñar adecuados programas de intervención y evaluar el impacto de estos programas en sepsis neonatal.

B. *La falta de toma oportuna de Hemocultivos que es el estándar de oro para el diagnóstico, la sensibilidad y especificidad de los resultados, en la revisión del expediente sin embargo solo se cuenta con dos solicitudes a los 11 y 22 días de estancia hospitalaria, pero ningún reporte de los resultados.*

En el tratamiento otorgado a la menor en el UCIN que se administró de manera local en la infección del sitio de inserción de catéter periférico (cloranfenicol ungüento) contradice la norma, que sugiere no utilizar

compuestos locales catéteres umbilicales debido a su riesgo potencial para desarrollar infecciones fúngicas y resistencia antimicrobiana.

544. Al respecto, el personal médico de Organismo Nacional advirtió que la médico especialista omitió en su valoración a la atención médica brindada a VRN47, lo siguiente:

544.1. El nombre del personal médico que realizó las notas médicas que transcribió y los cargos, así como no consideró los resultados de laboratorios, resultados de los ultrasonidos ni las indicaciones médicas.

544.2. Omitió tomar en consideración la hoja del recién nacido y el manejo que se le brindó, así como las notas realizadas por los especialistas que acudieron al servicio a su valoración durante la estancia hospitalaria de VRN47.

544.3. Del apartado de análisis del expediente, se advirtió que refirió erróneamente que VRN47 ingresó a la UCIN, debido a que nunca ingresó a dicha Unidad.

544.4. Indicó que el 23 de junio de 2015, se diagnosticó a VRN47 con “*infección nosocomial en brazo derecho*”, siendo lo correcto que cursaba con “*celulitis de antebrazo derecho*”; información que no corresponde en la fecha, el diagnóstico ni en la zona anatómica que refirió.

544.5. En cuanto a su argumento respecto a que: *“En el caso de recién nacidos con ruptura de membranas se aconseja al ingreso a la unidad de cuidados intensivos y realización de cultivos lo cual fue omitido en el caso en cuestión”*, se contradice toda vez que, mencionó que la paciente ingresó a la UCIN y en este párrafo indica que no.

544.6. Refirió que no le realizaron cultivos, y al mismo tiempo refirió que a VRN47 *“se realizó cultivo de catéter (...) y no se cuenta con el reporte”*.

544.7. Mencionó que VRN47 sufrió *“sepsis tardía”* y enseguida hace referencia a *“infección nosocomial”*, siendo que son entidades distintas.

544.8. Refirió inadecuadamente entre los factores de riesgo para la *“infección nosocomial”* a la *“omisión en la toma de cultivos”*.

544.9. En el inciso B, mencionó que *“La falta de toma oportuna de Hemocultivos que es el estándar de oro para el diagnóstico (...)”*; sin embargo, la literatura médica vigente no menciona en ninguna de sus publicaciones que sea útil para el diagnóstico de una infección nosocomial, sino para *“sepsis”*.

544.10. En el inciso C, refirió que la aplicación de cloranfenicol ungüento en el sitio de inserción del catéter periférico, contradice la Norma, pero no indicó a cuál norma se refiere aunado a que a VRN47 en ningún momento se le colocó onfaloclis en el tiempo que permaneció hospitalizada.

544.11. En cuanto a lo referido por V478 en el escrito presentado por la ONG, en el que afirma que se vulneraron sus derechos a la integridad física, a la salud y a una vida libre de violencia que derivó en violencia obstétrica durante su atención hospitalaria; así como la vulneración a los derechos a la salud y a la vida de su hija, del análisis minucioso y detallado a los expedientes clínicos en ambos casos, no existe evidencia que soporte tales afirmaciones, ya que como se detalló, la causa del fallecimiento de su hija recién nacida fue por razones de su prematurez y patologías derivadas de su progenitora.

545. Por lo expuesto, el personal médico de este Organismo Nacional concluyó de manera general que las opiniones médicas materia de su análisis, no se consideran elementos técnicos suficientes para incluirse en la investigación realizada por este Organismo Nacional, aunado a que en su generalidad no cumplen con los requisitos que debe tener todo documento médico legal y rubricó su documento como subespecialista en medicina materno fetal, sin que se encuentre acreditación oficial en el Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública.

546. No obstante, como se precisó, en el apartado de la reparación del daño, analizará los derechos humanos que le fueron trasgredidos a V48 con motivo del lamentable deceso de su hija VRN47.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

547. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

548. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁸, párrafo 27, estableció que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico (...)”*.

549. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.²⁹

²⁸ CNDH. Recomendación General 29/2017. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*.

²⁹ Observación General 14 *“EL derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

550. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido 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”*.³⁰

551. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, establece 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*.

552. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y

³⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

553. Igualmente, precisó que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³¹

554. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos por lo que en el siguiente apartado, se analizarán las irregularidades de los expedientes clínicos que remitió a este Organismo Nacional el IMSS respecto a: VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15 VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN35, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN63, generados con motivo de las quejas presentadas por sus respectivas ascendientes.

³¹ CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

555. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que diversas notas médicas respecto a la atención médica otorgada a las personas recién nacidas citadas con antelación, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24 , AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35 y AR36 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, firma, matrícula y/o cédula profesional, aunado a que en su mayoría se apreciaron datos ilegibles, con abreviaturas y en algunas ocasiones sin fecha ni hora.

556. En algunas de las notas médicas de los expedientes clínicos de VRN11, VRN21, VRN24 y VRN25, fueron realizadas en hojas en blanco sin membrete de la unidad hospitalaria que las emitió, con datos ilegibles y algunas de ellas sin fecha.

557. Por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“del expediente clínico”*, que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

558. Otro aspecto que llamó la atención de este Organismo Nacional, es el referente al llenado de las *“hojas de registros de casos de infección nosocomial”*

relacionadas con VRN15, VRN26, VRN30, VRN38, VRN41, VRN55 y VRN58, de las que se advirtió lo siguiente:

558.1. Dichos registros se advirtieron únicamente con el nombre de la persona que los elaboró, esto es, carecen de datos respecto a apellidos, cargo, matrícula y/o cédula profesional de las personas servidoras públicas que correspondan, así como la fecha en cual se realizaron, lo que genera incertidumbre respecto a su contenido por ser un documento trascendental en el reporte de infecciones nosocomiales.

558.2. Respecto a la “*hoja de registros de casos de infección nosocomial*” de VRN26, en el rubro de “*Tipo de cultivo: hemocultivo*”, se advirtió que estaba “*pendiente resultado*”, sin que de las evidencias con que se cuenta se advirtiera el mismo, lo que evidenció falta de seguimiento para conocer el tipo de bacteria que dicha persona recién nacida presentaba y con ello darle el tratamiento idóneo.

558.3. Por cuanto hace a la “*hoja de registros de casos de infección nosocomial*” de VRN38, se advirtió sin datos en los rubros de “*Fecha de inicio de los síntomas; Sitio de infección; Tipo de cultivo: hemocultivo, resultado sin dato*”, lo que evidenció la falta de pericia en la elaboración de dichos documentos, ya que al desconocerse dicha información, el tratamiento que se suministró genera incertidumbre clínica.

558.4. En cuanto a la “*hoja de registros de casos de infección nosocomial*” de VRN58, se advirtió que en el rubro denominado “*Tratamiento*”

antimicrobiano para la infección nosocomial”, la dosis indicada se encontró ilegible, lo que genera desacierto en cuanto a la cantidad de antibiótico a suministrar a la referida persona recién nacida.

559. En cuanto a los resultados de los hemocultivos realizados a VRN26, VRN55, VRN41 y VRN47, no se anexaron los respectivos resultados, información que revestía importancia a fin de que se proporcionara o ajustara el tratamiento antibiótico a los citados.

560. Por otra parte, los certificados de defunción a nombre de VRN21, VRN36 se advirtieron ilegibles, por lo cual no se pudo establecer la fecha, hora, ni las causas de su respectiva defunción; en tanto en el certificado de defunción de VRN55, no se apreció el nombre de la persona servidora pública que lo elaboró, lo que de acuerdo a la *“Guía de autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción”*³² genera repercusiones legales, epidemiológicas y estadísticas, debido a que dicho documento cumple con los siguientes propósitos básicos:

560.1. Legal: sirve para dar fe del hecho ocurrido ante el Registro Civil donde se levanta el acta de defunción, con el cual puede ser expedido el permiso de inhumación o cremación del cadáver, por lo cual debe elaborarse después de examinar el cadáver, con veracidad y sin omitir ningún dato.

³² Elaborado por la Secretaría de Salud, el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades “*CEMECE*”, integrado por asesores representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática “*INEGI*”, aplicable al IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

560.2. Epidemiológico: permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades, orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud.

560.3. Estadístico: constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad que se utilizan en la elaboración de las estadísticas vitales.

561. Por lo que, deberá conminarse a las personas servidoras públicas que los elaboren a ser precavidos y apeguen su actuar a las instrucciones y disposiciones legales vigentes en nuestro país.

562. Tampoco pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que el 22 de febrero de 2017, V2, V3, V9, V10, V16, V17, V22, V23, V27, V28, V31, V34, V39, V48, V53, V56 y V57 en compañía de personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, indicaron a personal de este Organismo Nacional que los expedientes clínicos de sus respectivas hijas e hijos se encontraban incompletos, situación que deberá investigarse para deslindar la responsabilidad correspondiente, ante la relevancia del expediente clínico en cuya integración los intervinientes deben colaborar con sentido de responsabilidad, ya que en él se contiene la información específica de cada uno de los pacientes y las acciones que se tomaran para sus respectivos padecimiento y determinar su seguimiento.

563. En consecuencia, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24 , AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35 y AR36 infringieron los puntos 5, 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*del expediente clínico*” que establecen la obligación de las y los prestadores de servicios de atención médica de cualquier establecimiento, público o privado, en cuanto a la integración y conservación del expediente clínico, las formalidades de las notas médicas o reportes, de entre las que se destaca, la fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, firma autógrafa, electrónica o digital, con lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

564. Las irregularidades descritas en la integración de los expedientes clínicos de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29 VRN30, VRN33, VRN35, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

565. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido

el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

566. No obstante, tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

567. En la sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”³³, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se sostuvo que: “*(...) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser*

³³ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.

568. Enseguida se analizará el derecho de las víctimas indirectas a recibir información clara y precisa respecto a la salud de sus respectivas hijas e hijos recién nacidas.

D.2. Derecho al acceso a la información del estado de salud de los legítimos representantes de las personas recién nacidas que nos ocupan.

569. De las quejas recibidas en este Organismo Nacional con motivo de los hechos acontecidos en el Hospital Regional 1, se advirtió que V2, V3, V6, V9, V13, V16, V19, V22, V23, V27, V31, V34 V37, V39, V42, V45, V48, V50, V54, V56 y V59 adujeron de manera generalizada que les causaba perjuicio la falta de información oportuna, precisa y veraz sobre el estado de salud de sus respectivos descendientes.

570. De las personas referidas con antelación, las siguientes víctimas indirectas agregaron que las autoridades del referido nosocomio omitieron comunicarles el momento preciso del deceso de sus respectivas hijas e hijos recién nacidos, como se acredita enseguida:

570.1. V6 refirió que su hijo VRN4 falleció a las 5:00 horas y fue hasta las 11:00 horas cuando le avisaron.

570.2. V13, indicó que por cuanto hace al fallecimiento de VRN11 y VRN12, las mismas autoridades *“dejaron pasar mucho tiempo en dar aviso”*.

570.3. V16, refirió que a ella le avisaron dos horas después de que VRN15 falleció.

570.4. V19 indicó que su hijo VRN18, falleció a las 5:00 horas y fue hasta las 9:00 horas cuando le avisaron.

570.5. V23 refirió que VRN21 falleció a las 5:50 horas y le avisaron hasta las 11:00 horas.

570.6. V31 especificó que después de *“varias horas”* le indicaron que VRN29 y VRN30 habían fallecido.

570.7. V39 señaló que VRN38 falleció a las 3:30 horas y hasta las 12:00 horas cuando le avisaron.

570.8. V45 (Yumayra) indicó que VRN44 falleció a las 2:00 horas y fue hasta las 12:00 horas cuando le dieron aviso.

570.9. V53 señaló que VRN52 falleció a las 7:00 pm y hasta las 9:00 pm le avisaron.

570.10. V56 indicó que su hijo falleció a las 10:30 pm y 2 horas después le avisaron.

571. En contraposición a tales manifestaciones, de los informes rendidos por AR14, AR16, AR17 y AR18 el 27 y 28 de enero de 2016, indicaron de manera coincidente que la información sobre el estado de salud de las personas recién nacidas, se informa al momento en que se presentan sus respectivos progenitores.

572. El 23 y 28 de enero de 2016, las doctoras AR26 y AR15 declararon ante el Ministerio Público de la Federación, que en la atención médica que proporcionaron a algunas de las personas recién nacidas que nos ocupan, se les dio información a sus respectivos familiares.

573. Por otra parte, en el oficio 269001050100/16/2016 de 29 de enero de 2016, la Delegación Estatal del IMSS remitió a esta Comisión Nacional, un informe detallado y completo de los servicios médicos brindados a VRN30, del cual se desprendió que AR15, AR16, AR18 y AR26, especificaron la fecha y hora en la cual dieron informes a sus familiares.

574. Este Organismo Nacional considera que aun cuando las personas servidoras públicas que anteceden pretenden demostrar que en el cumplimiento de sus funciones, informaron de manera oportuna el estado de salud de las personas recién nacidas que respectivamente atendieron, lo cierto es que una vez que se analizaron las constancias integrantes de los expedientes de queja, no se advirtió alguna firma que haga presumir que los representantes legales o familiares de los menores de edad que nos ocupan hayan sido informados en cuanto al estado de salud de sus respectivos hijos, situación que se fortalece con la molestia

generalizada que externaron al respecto, pues a pesar de que con motivo de las quejas presentadas ante el IMSS por T1, T2 y T3, AR1 le solicitó a AR13 y a AR37 dieran mejoraran el trato con los familiares y se les mantuviera debidamente informados de su estado de salud, dichas servidoras públicas incumplieron con dicho mandato.

575. En ese sentido, llama la atención que pese a las diversas notas periódicas con motivo del “*brote de infección nosocomial*” que prevalecía en el área de “*cuneros*” del Hospital Regional 1, así como con la propia aceptación que del mismo realizara AR1, no se hayan realizado gestiones por parte de las autoridades correspondientes del IMSS para emitir un comunicado en el cual se explicara cuando menos de manera general, la situación que prevalecía y en su caso, el cerco sanitario que se implementó.

576. Omisión que evidenció falta de sensibilidad por parte de las personas servidoras públicas del nosocomio que nos ocupa, quienes dejaron de considerar que los progenitores tenían derecho a la obtención de información comprensible, suficiente y reiterada, en un espacio adecuado para que pudieran comprender la situación que se presentó en el área de “*cunero patológico*”, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con los servicios médicos a su alcance, lo que no aconteció.

577. Por lo que al no cumplir las autoridades responsables el derecho de brindar información respecto al estado de salud de las personas recién nacidas que nos ocupan, contravinieron la Carta de Derechos de los Pacientes del IMSS, en la cual se especifica que tienen derecho a recibir: “(...) *Atención médica adecuada y*

oportuna (...), Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento (...), expediente clínico completo (...) recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente (...)", lo que no aconteció, por que dicha situación deberá de ser investigada para deslindar la responsabilidad correspondiente.

578. AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24 , AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36 y AR37, así como las autoridades encargadas de emitir un comunicado para evitar incertidumbre respecto a las atenciones médicas brindadas a las personas que se encontraban aun internadas en el área de *"cunero patológico"*, vulneraron el derecho a la información en materia de salud de V2, V6, V9, V13, V16, V19, V22, V23, V27, V31, V34 V37, V39, V42, V45, V48, V50, V54, V56, V59 al no haberles brindado información adecuada sobre el estado de salud de sus hijos recién nacidos.

579. Por lo expuesto, las personas servidoras públicas citadas y demás personal de quienes se deberá investigar sus datos, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y el artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas

conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

E. RESPONSABILIDAD.

580. La responsabilidad de AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33 y otros médicos de quienes se desconoce sus nombres, provino de la omisión de llenar la *“hoja de registros de infección nosocomial”*, así como de notificar a su superior inmediato o en su caso, a la UVEH o CODECIN que sus respectivos pacientes cursaban con datos clínicos y de laboratorio compatibles con *“sepsis”* en sus diversas manifestaciones y que se pudiera sospechar alguna infección nosocomial tipo *“brote epidemiológico”*, por lo cual incumplieron una de las obligaciones inherentes a su encargo, lo que generó la inadecuada prestación del servicio médico de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud y a la vida.

581. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración de los expedientes clínicos de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, así como de la falta de información respecto al estado de salud de sus respectivos hijos, igualmente constituyen responsabilidad para AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28,

AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36, AR37 y quien resulte responsable, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la elaboración de las notas médicas, algunos certificados de defunción, así como la falta de notas médicas como quedó acreditado.

582. La responsabilidad por parte de las autoridades que integran el CODECIN y en su caso de las que forman parte de la UVEH, derivó de las irregularidades que fueron observadas en el apartado correspondiente.

583. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

583.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36, AR37 y quien resulte responsable por las omisiones en que incurrieron al no haber notificado a sus superiores o a las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales que sus pacientes presentaban datos clínicos y por laboratorio compatibles con “sepsis” en sus variantes, así como por la inadecuada integración de los expedientes clínicos de las personas recién nacidas que nos ocupan, con la finalidad de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

583.2. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, así como del personal involucrado de la UVEH y quien resulte responsable, con motivo de las omisiones y la falta de coordinación en que incurrieron para actuar ante el “*brote de infección nosocomial*” que se suscitó en el área de “*cunero patológico*” del Hospital Regional 1.

584. La autoridad administrativa encargada de realizar las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación a fin de determinar las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61.

585. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas. Este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la PGR para su conocimiento.

E.1. Responsabilidad Institucional.

586. Al respecto, este Organismo Nacional advirtió de las evidencias con que se cuenta que las condiciones en que se reportó el área de “*cunero patológico*” por

personal de la COFEPRIS constató las carencias y falta de insumos, lo que se tradujo en la falta de condiciones mínimas indispensables para garantizar el derecho a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, por lo que resulta evidente la responsabilidad institucional atribuible al IMSS, a lo que se suma la falta de cuidado de las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales que generó un riesgo adicional al estado de salud de las personas recién nacidas consideradas en el período del *“brote de infección nosocomial”* lo que incidió en la pérdida de su vida, así como en la integridad física de VRN25, a quien se le expuso a los mismos factores de riesgo que pudieron provocarle su fallecimiento.

587. Máxime que todos los recién nacidos que fueron citados, esto es, los considerados dentro y por asociación al *“brote de infección nosocomial”* y aquellos extemporáneos al mismo, pertenecen a un grupo de atención prioritaria que dada su condición requerían mayores cuidados a fin de que les fuera garantizado el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos idóneos, lo cual está a cargo del Estado, quien debió velar para que gozaran una adecuada atención sanitaria lo que no aconteció y por lo cual se vulneró el principio del interés superior de la niñez.

588. En consecuencia, las autoridades del IMSS deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital Regional 1, concretamente en el área de *“cunero patológico”*, a fin de verificar si a la fecha ya cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en

su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico especializado y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes bajo los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad.

F. REPARACIÓN DEL DAÑO.

589. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, 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 hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

590. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y

XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016”*, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de las personas recién nacidas que nos ocupan relacionadas con el *“brote de infección nosocomial”* y asociadas al mismo, se deberá inscribir a VRN1 hija de V2, VRN4 y VRN5 hijos de V6, VRN8 hijo de V9, VRN11 y VRN12 hijos de V13, VRN15 hijo de V16, VRN18 hijo de V19, VRN21 hijo de V22, VRN24, VRN25 y VRN26 hijos de V27, VRN44 hija de V45, VRN49 hijo de V50 y VRN61 hijo de V62 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

591. También se deberá inscribir en el referido registro a VRN29 y VRN30 hijas de V31, VRN33 hijo de V34, VRN36 hija de V37, VRN38 hija de V39, VRN41 hija de V42, VRN47 hija de V48, VRN52 hija de V53, VRN55 hijo de V56, VRN58 hija de V59 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, con motivo de la violación a su derecho humano de acceso a la información en materia de salud, así como ante la responsabilidad institucional, como quedó precisado.

592. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que el 29 de enero de 2016, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas informó que con motivo de los hechos que nos ocupan, ha realizado diversas acciones con las víctimas indirectas, entre lo que destaca lo siguiente:

592.1. Les ha proporcionado orientación y asesoría jurídica.

592.2. Ha sostenido reuniones con algunos de los legítimos representantes de las personas recién nacidas, una representante de la asociación civil “*Colectivo de Mujeres Activas en Sinaloa*” y dos representantes del Instituto Sinaloense de las Mujeres “*ISMUJERES*” en las instalaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos en Culiacán.

592.3. Debido a que 19 familias presentaron su denuncia en la PGR, los ha identificado como “*colectivo de víctimas*”.

592.4. Designó a cinco personas para que proporcionen los servicios de asesoría jurídica a dichas personas, una de las cuales se encarga de dar seguimiento a la Averiguación Previa 2 y las cuatro restantes dan atención y seguimiento individual a los integrantes del “*colectivo de víctimas*”.

592.5. Se acordó trabajar en colaboración con los abogados y abogadas pertenecientes a una organización civil que funge como representantes de algunas de las víctimas, atento a la trascendencia del asunto.

593. En materia de trabajo social y psicología, la Delegación de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en Sinaloa, llenó el Formato Único de Declaración “FUD”³⁴, para varias víctimas indirectas como se acredita con el siguiente cuadro:

Víctimas indirectas	Formato “FUD”	Constancia en su calidad de víctima de PGR	Observaciones
V2 y V3	Sólo V3	Ambas	V2, no ha firmado F1 ni “FUD” debido a que radica en Hermosillo, pero se le ha mandado la documentación con V3 para que firme de conformidad.
V6	Sí	Sí	Se le canalizó al DIF Culiacán, Sinaloa, para su atención psicológica.
V9	Sí	Sí	V9 fue canalizada para su atención psicológica al DIF Culiacán, Sinaloa. V10, no ha firmado F1 ni “FUD” y nunca se ha presentado reuniones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
V13	Sí	Sí	
V15	Sí	Sí	
V19	Sí	Sí	V20, no ha firmado F1 ni “FUD” y nunca se ha presentado reuniones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

³⁴ De acuerdo a la información aportada por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, el “FUD” constituye la solicitud de ingreso al Registro Nacional de Víctimas.

V22 y V23	Solo V23	Ambos	V22, no ha firmado F1 ni "FUD", en tanto a V23 le falta su acta de nacimiento.
V27 y V28	Ambos	Ambos	
V31 y V32	Solo V31	Sólo 31	V32, no ha firmado F1 ni "FUD" y nunca se ha presentado reuniones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
V34 y V35	Solo V34	Solo V34	
V37	Sí	Sí	
V39 y V40	Solo V39	Solo V39	
V42 y V43	Solo V42	Solo V42	
V45 y V46	Solo V45	Solo V45	V45 fue canalizada para su atención psicológica al DIF Culiacán, Sinaloa. V46, no ha firmado F1 ni "FUD" y nunca se ha presentado reuniones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
V48	Sí	Sí	
V50 y V51	Solo V50	Solo V50	
V53 y V54	Ambos	Solo V53	V53 fue canalizada para su atención psicológica al DIF Culiacán, Sinaloa.
V56 y V57	Ambos	Solo V56	Ambos fueron canalizados para su atención psicológica al DIF Guasave, Sinaloa.
V62 y V63	Solo V62	Solo V62	V63, no ha firmado F1 ni "FUD" y nunca se ha presentado reuniones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

594. Por lo que con la finalidad de que el total de las víctimas directas e indirectas sean inscritas en el Registro Nacional de Víctimas, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

595. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones”*, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

596. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“[...] las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las*

*violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.*³⁵

597. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “*(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.³⁶

598. No pasa desapercibido que el Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS determinó que en los expedientes de queja institucional promovidos por V6, V13, V19, V20, V22, V23, V14, V27, V28, V34, V35, V59, V60 y V62, no era procedente el pago de la indemnización solicitada bajo el argumento de que no hubo negativa del servicio, deficiente atención médica por falta de insumos, falta de equipo terapéutico, negligencia, impericia o imprudencia, aunado a que no se contó con evidencia documental para establecer que en el presente caso haya existido un brote de “*klebsiella*” que ameritara la implementación de medidas

³⁵ CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³⁶ CrIDH. “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

extraordinarias de control epidemiológico en el Hospital Regional 1, por lo que solamente se efectuaron acciones de carácter preventivo desplegadas por la CODECIN y la COFEPRIS, por lo que se ordenó el “*acuerdo de archivo por falta de elementos*” de 22 de diciembre de 2017.

599. Contrario a dicha afirmación, el 24 de agosto de 2016, AR1 informó a este Organismo Nacional, que en el caso particular, hubo un “*brote de infección nosocomial*” caracterizado como bacteriemia “*sepsis*” relacionada con “*klebsiella pneumoniae*”, específicamente en el área del cunero patológico del Hospital Regional 1 en el período del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015.

600. Por lo que al haberse acreditado dicha circunstancia y que el hospital de mérito carecía de las condiciones de higiene e infraestructura mínimas indispensables para asegurarles a las personas recién nacidas atendidas en el “*cunero patológico*” su bienestar físico, se generó una causa de comorbilidad que se sumó a sus respectivas patologías y en lugar de verse beneficiados con un servicio óptimo al cual tenían derecho, se les expuso a un riesgo nosocomial que incidió en el menoscabo a su salud y en la consecuente pérdida de la vida, como se acreditó.

601. Las condiciones de infraestructura del Hospital Regional 1 igualmente afectaron el derecho a obtener una atención médica de calidad de aquellas personas recién nacidas extemporáneas al período del “*brote de infección nosocomial*” reportado por el IMSS, por tanto, se considera procedente la reparación de los daños a las víctimas indirectas relacionadas con el caso concreto en los siguientes términos.

i. Rehabilitación

602. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V6, V7, V9, V10, V13, V14, V16, V17, V19, V20, V22, V23, V27, V28, V45, V46, V50, V51, V62, V63; así como a V31, V32, V34, V35, V37, V39, V40, V42, V43, V48, V53, V54, V56, V57, V59 y V60, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional por la desafortunada pérdida de la vida de sus descendientes.

603. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, 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.

604. Cabe mencionar que a pesar de que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas informó que las víctimas indirectas V6, V9, V45, V53, V56 y V57 fueron canalizadas al DIF para la atención psicológica correspondiente, no obstante, deberá hacérseles de su conocimiento el derecho que tienen a recibir atención tanatológica en igualdad que las víctimas que así lo requieran.

605. Lo anterior a pesar de que, en la reunión del 31 de marzo de 2017, personal de este Organismo Nacional, hizo el ofrecimiento a algunas de las víctimas indirectas de proporcionarles atención psicológica por personal especializado, sin

que aceptaran dicha atención bajo el argumento que *“por el momento no era su interés”*.

ii. Satisfacción

606. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades del IMSS colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente en contra de las personas servidoras públicas referidos en el apartado de responsabilidad correspondiente, así como para que se dé cabal cumplimiento a lo ordenado.

iii. Garantías de no repetición

607. 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 ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

608. En el caso particular, el IMSS remitió diversas constancias relativas a los cursos relacionado con el lavado de manos, entre los que se destacan: el *“reto IMSS sobre higiene de manos”*, celebrado el 28 de julio de 2014, impartido a diversas personas servidoras pública de las áreas que conforman dicho nosocomio; metas internacionales (lavado de manos) celebrado en enero, febrero, marzo, abril de 2015; así como lavado de manos impartido al personal de anestesiología durante mayo y junio; así como diversas listas de asistencia del personal de educación continua impartidas a los pasantes de servicio social

durante los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto de 2015; algunos registros de asistencia a sesiones y/o talleres prácticos del programa de higiene de manos celebrado en octubre de ese mismo año.

609. No obstante, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de tres meses al personal de las áreas de pediatría del Hospital Regional 1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, en concreto prevención y manejo de infecciones nosocomiales, responsabilidad profesional, trato digno a las y los pacientes, atención de la persona recién nacida prematura, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, NOM-045-SSA2-2005, *“Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”* y la NOM-017-SSA2-2012, *“Para la vigilancia epidemiológica”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

610. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

611. Se deberá emitir en el término de un mes, una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del Hospital Regional 1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en las normas oficiales mexicanas correspondientes; una diversa

para que registren aquellos casos en que haya sospecha de probable infección nosocomial.

612. Deberán emitir en el término de un mes, diversa circular en la que se exhorte al personal de las áreas pediátricas del Hospital General 1, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con la debida diligencia, de conformidad al Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley³⁷, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

613. Deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital Regional 1, concretamente en el área de “*cunero patológico*”, a fin de verificar si a la fecha ya cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico especializado y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

³⁷

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

iv. Compensación

614. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación justa a V2 y V3, padres de VRN1; V6 y V7, padres de VRN4 y VRN5; V9 y V10, padres de VRN8; V13 y V14, padres de VRN11; V16 y V17, padres de VRN15; V19 y V20, padres de VRN18; V22 y V23, padres de VRN21; V27 y V28, padres de VRN24 y VRN25; V45 y V46, padres de VRN44; V50 y V51, padres de VRN49; V62 y V63, padres de VRN61; así como respecto de V31 y V32, padres de VRN29 y VRN30; V34 y V35, padres de VRN33; V37, madre de VRN36; V39 y V40, padres de VRN38; V42 y V43, padres de VRN41; V48, madre de VRN47; V53 y V54 padres de VRN52; V56 y V57, padres de VRN55; V59 y V60, padres de VRN58, derivado de la afectación a su respectivo derecho humano a la protección de la salud y el fallecimiento de sus respectivos hijos.

615. En el caso de V13, V27 y V31, deberá de considerarse que sus embarazos fueron mediante inseminación in vitro.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Reparar de manera integral los daños ocasionados a V2, V3, V6, V7, V9, V10, V13, V14, V16, V17, V19, V20, V22, V23, V27, V28, V45, V46, V50, V51,

V62, V63; así como respecto de V31, V32, V34, V35, V37, V39, V40, V42, V43, V48, V53, V54, V56, V57, V59 y V60 conforme a la Ley General de Víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital Regional 1, los integrantes del CODECIN y la UVEH, así como la falta de medidas sanitarias en el nosocomio, en la que se incluya una compensación justa y suficiente, atención psicológica y tanatológica que requieran, con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a las referidas víctimas indirectas con sus respectivos hijos en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral de capacitación al personal de las áreas de pediatría sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, en concreto prevención y manejo de infecciones nosocomiales, responsabilidad profesional, trato digno a las y los pacientes, atención de la persona recién nacida prematura, así como la debida observancia y contenido de las normas oficiales mexicanas referidas. Los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el término de seis meses se adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen

con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se emita una circular para que sean registrados aquellos casos en que haya sospecha de probable infección nosocomial, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del Hospital General 1, en la que se exhorte al personal de pediatría a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital Regional 1, concretamente en el área de “*cunero patológico*”, a fin de verificar si a la fecha ya cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico especializado y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

SÉPTIMA. Se colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17,

AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36, AR37 así como del personal de la UVEH que resulte responsable y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

OCTAVA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

616. 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 las conductas irregulares cometidas por las 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

617. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a ustedes que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

618. Con el mismo fundamento jurídico, les solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

619. 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 de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ