



# Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

## SÍNTESIS:

1. El 23 de noviembre de 2011, V1, mujer de 33 años de edad, que se encontraba cursando con 38 semanas de gestación, se percató que se le había “roto la fuente”, por lo que, el día 24 del mes y año citados, en compañía de Q1, su esposo, acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, donde, después de ser valorada en diversas ocasiones por varios médicos del citado nosocomio, le indicaron que tendría un parto natural pero que deberían esperar a que tuviera la dilatación suficiente.
2. Alrededor de las 07:00 horas del 24 de noviembre, personal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE le suministró a V1 oxitocina a fin de inducirle el parto; posteriormente, a las 16:00 horas, V2 fue trasladada al Área de Terapia Intermedia, lugar en el que Q1 la visitó y fue informado que su estado de salud era bueno, pero que se le realizarían unos estudios con la finalidad de descartar alguna infección debido a que habían transcurrido más de seis horas entre el rompimiento de las membranas y el parto; asimismo, Q1 señaló que el 25 y 26 de noviembre de 2011, al visitar a V2, observó que presentaba un color amarillo en la piel, por lo que preguntó al personal médico a qué se debía, respondiéndole que la menor se encontraba bien y que los estudios que le habían practicado no reportaban algo irregular.
3. El día 27 del mes y año citados, Q1 visitó a V2, retirándose a las 19:40 horas, pero al poco tiempo de llegar a su domicilio recibió una llamada telefónica en la que personal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE le solicitó que acudiera inmediatamente porque había ocurrido una emergencia, sitio al que se trasladó y a las 21:00 horas un médico le informó que V2 había fallecido a causa de un choque séptico e insuficiencia respiratoria.

## Observaciones

4. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/ 2012/908/Q, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, atribuibles a servidores públicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en atención a lo siguiente:
5. A las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por un médico adscrito del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, quien señaló que la víctima no tenía patología alguna; asimismo, indicó que el cuadro clínico que presentaba había iniciado desde las 22:30 horas del

día inmediato anterior, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas, acompañadas de sangre y orina, indicando como plan de manejo la toma de laboratorios e interconsulta al Servicio de Perinatología; posteriormente, a las 01:35 y 06:57 horas, V1 fue valorada por AR1, quien registró como antecedentes ginecoobstétricos embarazo de 38 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución.

6. Así las cosas, AR1 diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, inicio de trabajo de parto y embarazo de 38 semanas de gestación, indicando como plan de manejo su ingreso para monitorización, en espera de eutocia y suministro de ceftriaxona; al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1 omitió diagnosticar a V1 con un embarazo de alto riesgo, a pesar de que tenía criterios para ello, tales como la ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, y una infección de vías urinarias.
7. A las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, AR2, al valorar a V1, advirtió que durante el embarazo presentó una hemorragia de tubo digestivo, así como una amenaza de parto pretérmino; además, se observó que le practicó a V1 un tacto vaginal; en ese sentido, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR2 omitió integrar como diagnóstico de V1 un embarazo de alto riesgo, lo que tuvo como consecuencia que no se considerara la extracción oportuna de V2 vía quirúrgica abdominal, dejando de observar con ello el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, emitido por la Secretaría de Salud, en el cual se indica que no se debe esperar más de cuatro horas para la extracción de un producto después de que la madre ha sido diagnosticada con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas y con infección genitourinaria.
8. Asimismo, el 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5 indicaron que a V1 se le suministró oxitocina y que el líquido amniótico se encontraba claro, no fétido y con cavidad eutérmica; además, a las 10:00, 11:00 y 12:00 horas registraron un intraparto normal; posteriormente, a las 14:00 horas le aplicaron analgesia obstétrica y a las 15:30 horas ingresaron a la víctima a sala de expulsión; se advirtió que AR3 y AR4 omitieron integrar como diagnóstico de V1 embarazo de alto riesgo y solicitar su valoración por el Servicio de Perinatología; asimismo, se observó que entre las 09:00 y las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5 le practicaron ocho tactos vaginales, maniobra contraindicada en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal, para casos como los de V1, debido a que presentaba ruptura prematura de membranas y un proceso infeccioso de vías urinarias previamente documentados, los cuales incrementaban el riesgo ascendente del proceso infeccioso.
9. A las 15:45 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue ingresada a la sala de expulsión, obteniéndose a las 15:55 horas a V2, producto femenino, con un peso de 3.35 kilogramos, 51 cm de talla, apgar 8-9, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 34 cm y abdominal de 32 cm; reportándose el

procedimiento sin incidentes o accidentes; de acuerdo con la nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, elaborada por AR6, V2 ingresó con un diagnóstico de recién nacida femenina de término de 40 semanas de gestación, peso y control prenatal adecuados; precisando que V1 presentó en las semanas 4 y 28, infecciones vaginales, amenaza de parto pretérmino con adecuada evolución, con ruptura prematura de membranas de las 22:00 horas del 23 de noviembre de 2011 y presencia de infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona.

10. Asimismo, AR6 indicó que V2 respiró pero no lloró, por lo que se le brindaron maniobras básicas de reanimación neonatal y se le suministró oxígeno, obteniendo un apgar de 8-9 y silverman andersen 1/0 a expensas de aleteo nasal, y que por ello la víctima fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales con índice de morbilidad de 5.4 y mortalidad de 0.7, recibándose a su ingreso con frecuencia cardiaca de 146 por minuto, respiratoria de 63 por minuto y TA media de 52 mmHg y glicemia capilar de 86 mg/dl; además, refirió que V2 presentaba factores de riesgo de infección, debido a la ruptura prematura de membranas de 18 horas de evolución, indicando como plan de manejo cobertura profiláctica con ceftriaxona y amikacina, vigilancia estrecha y realizar reactantes en fase aguda al día siguiente.
11. El perito médico-forense de esta Comisión Nacional señaló que AR6 omitió solicitar de inmediato que se practicara a V2 una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio, a pesar de que había sido producto de un embarazo de alto riesgo, es decir, que el hecho de que AR6 no indicara un adecuado plan de manejo a V2 implicó que no se detectara el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual estaba cursando.
12. Además, no pasó inadvertido que los exámenes de laboratorio practicados a las 21:54 horas del 24 de noviembre de 2011 a V2 reportaron signos sugestivos de que estaba cursando con un proceso infeccioso activo, así como un proceso inflamatorio agudo y/o metabolopatía, omitiendo AR6 solicitar su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, así como ordenar que se le practicaran una radiografía de tórax y tamiz neonatal, por lo que dejó de observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 Sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, y NOM-034-SSA2-2002 Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como de la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.
13. El 25 de noviembre de 2011, V2 fue valorada a las 15:54 horas, esto es, 17 horas después del reporte de los exámenes de laboratorio por AR7 y AR8, quienes establecieron que cursaba con riesgo bajo de infección e indicaron como plan de manejo cambio de esquema antimicrobiano, debido a que no tenía datos clínicos ni de laboratorio de una infección; de igual manera,

ordenaron que se le practicaran a la víctima controles posteriores de índices de inflamación, así como revalorar el esquema de antibiótico en 72 horas; al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR7 y AR8 inadecuadamente desestimaron los criterios de riesgo infeccioso de V2, los cuales, además, ya se encontraban confirmados por los resultados de laboratorio, situación que tuvo como consecuencia que no se estableciera un diagnóstico certero y se le brindara un tratamiento oportuno a la víctima.

14. A las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011, AR9 y AR10 valoraron a V2, reportándola estable y delicada, indicando que tenía un pronóstico de supervivencia y funcional bueno, sin embargo, omitieron realizar una exploración intencionada y dirigida, a fin de determinar el origen y/o la causa de las variaciones en la frecuencia respiratoria de la víctima, así como solicitar que se le practicara una radiografía de tórax, situación que les hubiera permitido advertir oportunamente el cuadro clínico de bronconeumonía de focos múltiples que presentaba.
15. Igualmente, AR9 y AR10 omitieron solicitar que se le practicara a V2 el tamiz neonatal, estableciendo inadecuadamente que los reactantes de fase aguda eran negativos; posteriormente, a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, AR10 y AR11 reportaron que V2 presentó un Kramer III, lo cual confirmó la inadecuada valoración y vigilancia estrecha de la recién nacida por el personal médico que la atendió anteriormente, toda vez que la ictericia no es de origen súbito o de instalación en minutos, si no que es un proceso paulatino y progresivo.
16. Por lo que hizo a la atención médica de AR10 y AR11, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional observó que los mismos establecieron inadecuadamente que V2 se encontraba sin datos de respuesta inflamatoria sistémicos y sin datos clínicos de infección, es decir, que desestimaron los criterios de riesgo ya señalados y documentados por laboratorio, e inadecuadamente le retiraron el esquema antibiótico después de las 72 horas de vida.
17. Alrededor de las 19:30 horas del 27 de noviembre de 2011, una enfermera observó que la menor de edad presentó cambios de coloración vasomotores, palidez y cianosis generalizadas, bradicardia de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto y desaturación de oxígeno de 64 %; por ello, una residente del cuarto año procedió a realizar maniobras con presión positiva y con ambú, aspirando consecutivamente secreciones con leche digerida por la boca e intubando a la paciente para brindarle las maniobras de reanimación avanzada, además de que administró directamente en la cánula endotraqueal broncodilatadores y canalizó otra vía periférica, ya que la existente se encontraba disfuncional.

18. Asimismo, se indicó que V2 persistió con bradicardia menor a 80 latidos por minuto mostrada en el monitor, y con periodos de apnea, a pesar de que se le brindaron compresiones torácicas, medicamentos de reanimación cardiorrespiratoria como adrenalina en cinco dosis, a dosis ponderal en 15 minutos y una dosis de dexametasona a dosis ponderal en 15 minutos, sin que se lograra recuperar sus signos vitales ni la respuesta cardioventilatoria, por lo que, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, se declaró su fallecimiento, teniendo como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda (10 minutos), apnea (15 minutos) y sepsis neonatal temprana (tres días).
19. En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, no permitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el cual V1 cursó, y con ello tomar la determinación de extraer a V2 mediante cesárea, disminuyendo así el riesgo de la aspiración de líquido amniótico, situación que se vio agravada con los ocho tactos vaginales practicados a V1, además de que tampoco le brindaron el tratamiento médico oportuno a la recién nacida, negándosele la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y su fallecimiento, y como consecuencia la responsabilidad institucional que en Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE, vulnerándose en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida.

## **Recomendaciones**

**PRIMERA.** Se reparen los daños ocasionados a Q1 y V1, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requieran, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y V2 y de la pérdida de la vida de esta última.

**SEGUNDA.** Se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, especialmente respecto de los cuidados materno e infantil, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

**TERCERA.** Se emita una circular al personal médico del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

**CUARTA.** Se giren instrucciones para que los servidores públicos del ISSSTE adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas.

**QUINTA.** Se giren instrucciones para que el personal médico adscrito al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

**SEXTA.** Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

**SÉPTIMA.** Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

## **RECOMENDACIÓN No. 23/2012**

### **SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL ISSSTE, EN AGRAVIO DE V1 y V2 y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2, MENOR DE EDAD.**

México, D.F., a 30 de mayo 2012.

**LIC. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2012/908/Q, relacionados con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

#### **I. HECHOS**

3. El 23 de noviembre de 2011, V1, mujer de 33 años de edad, que se encontraba cursando con 38 semanas de gestación, se percató que se le había “roto la fuente”, por lo que, unas horas después, siendo ya el 24 de ese mes y año, en compañía de Q1, su esposo, acudieron al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado (ISSSTE), en la ciudad de México, Distrito Federal, donde el personal médico que la atendió determinó su internamiento, siendo valorada en diversas ocasiones por varios médicos del citado nosocomio, quienes le indicaron que tendría un parto natural pero que deberían esperar a que tuviera la dilatación suficiente.

4. De acuerdo con el dicho de Q1, alrededor de las 07:00 horas del 24 de noviembre, V1 continuaba con poca dilatación, por lo que el personal médico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, le suministró oxitocina a fin de inducirle el parto; posteriormente, a las 16:00 horas V2, recién nacida, fue trasladada en incubadora al área de Terapia Intermedia, lugar en el que Q1 la visitó y fue informado por parte del personal que la niña había pesado 3.35 kilogramos y había medido 51 centímetros; que su estado de salud era bueno y que había tenido un apgar de 8/9, pero que se le realizarían unos estudios con la finalidad de descartar alguna infección debido a que habían transcurrido más de seis horas entre el rompimiento de las membranas y el parto.

5. Asimismo, Q1 señaló que el 25 y 26 de noviembre de 2011, al visitar a V2 en el área de Terapia Intermedia Neonatal del referido nosocomio, observó que presentaba un color amarillo en la piel, por lo que preguntó al personal médico a qué se debía esa circunstancia, respondiéndole que la menor se encontraba bien de salud y que los estudios que le habían practicado no reportaban algo irregular.

6. Así las cosas, el 27 de ese mes y año, Q1 visitó a su esposa, quien después del parto y hasta esa fecha había presentado dolor de cabeza; posteriormente, acudió con V2, encontrándola despierta, aceptando alimento y sin reporte de alarma, retirándose aproximadamente a las 19:40 horas, pero al poco tiempo de llegar a su domicilio, recibió una llamada telefónica en la que personal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, le solicitó que acudiera inmediatamente al área de Terapia Intermedia porque había ocurrido una emergencia, sitio al que se trasladó y a las 21:00 horas un médico del servicio de Pediatría de Terapia Intensiva le informó que V2 había fallecido a causa de un choque séptico e insuficiencia respiratoria.

7. Por lo anterior, el 23 de enero de 2012, Q1 y V1 presentaron escrito de queja en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2012/908/Q, solicitándose los informes de mérito a la Dirección General del ISSSTE, así como copia del expediente clínico de V1 y V2.

## **II. EVIDENCIAS**

8. Queja presentada por Q1 y V1, el 23 de enero de 2012, ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

9. Copias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les brindó en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal, enviadas a este organismo nacional mediante el



oficio No. SG/SAD/JSCDQR/2042/12, de 28 de marzo de 2012, por el jefe de Servicios de la Subdirección de Atención al Derechohabiente de ese Instituto, de las que destacaron:

- a.** Nota de admisión continúa de V1, elaborada a las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011 por un médico adscrito al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal.
- b.** Nota de evolución de V1 de las 01:35 horas del 24 de noviembre de 2011, elaborada por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal.
- c.** Hoja de estudios de laboratorio practicados a V1 a las 02:15 horas del 24 de noviembre de 2011 en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.
- d.** Nota de evolución de V1, realizada a las 06:57 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR1, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.
- e.** Nota de evolución de trabajo de parto de V1, elaborada a las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR2, médico tratante al que no se pudo identificar debido a que no indicó sus datos.
- f.** Notas de evolución de trabajo de parto V1, realizadas entre las 09:00 a las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.
- g.** Nota de resultados quirúrgicos, datos transoperatorios, datos postoperatorios, analgesia obstétrica y atención del trabajo de parto de V1, sin fecha, en la que el médico tratante describió la operación de V1.
- h.** Carta de consentimiento bajo información para realizar procedimiento anestésico de V1, sin fecha y hora.
- i.** Carta de consentimiento bajo información para atención obstétrica de V1, realizada el 24 de noviembre de 2011.
- j.** Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales de V2, elaborada el 24 de noviembre de 2011, por AR6, médico adscrito al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal.
- k.** Hojas de enfermería de V2, de 24 de noviembre de 2011, de la especialidad en Neonatología.
- l.** Nota de evolución de V1 realizada a las 17:44 horas del 25 de noviembre de 2011, por AR5, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.

- m.** Nota de evolución de V2, elaborada a las 15:54 del 25 de noviembre de 2011, por AR7 y AR8, médicos adscritos al servicio médico de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal.
- n.** Resultados de laboratorio de V2 solicitados el 25 de noviembre de 2011, y realizados en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, el 28 del mismo mes y año.
- ñ.** Nota de evolución de V2 elaborada a las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011 por AR9 y AR10, médicos adscritos al servicio de Neonatología.
- o.** Nota de evolución de V1 elaborada a las 07:08 horas del 26 de noviembre de 2011, por un médico anesthesiólogo adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal.
- p.** Nota de evolución de V1, realizada a las 07:00 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR4, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.
- q.** Nota de evolución de V2 realizada a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR10 y AR11, médicos adscritos al servicio de Neonatología.
- r.** Notas de enfermería de la especialidad Neonatología Terapia Intermedia, respecto de V2 elaboradas el 27 de noviembre de 2011 en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.
- s.** Notas de evolución de V2 del servicio de Neonatología elaboradas a las 23:04 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR11.
- t.** Informe de autopsia No. E-12-2011 de V2, sin fecha.
- u.** Certificado de defunción de V2, en el que se precisaron como hora y fecha de fallecimiento las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011 y se indicaron como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda, apnea y sepsis neonatal temprana.
- v.** Hoja de egreso hospitalario de V1, elaborada el 28 de noviembre de 2011, por el servicio de Gineco-obstetricia.
- 10.** Opinión médica emitida el 16 de mayo de 2012 por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en el Distrito Federal.
- 11.** Comunicación telefónica sostenida el 24 de mayo de 2012, entre personal de este organismo nacional con Q1, en la que señaló que no hay averiguación previa

o procedimiento administrativo iniciado con motivo de los hechos; asimismo, envió vía fax, copia del oficio No. 96.201.1.2/134/2012 de 7 febrero, del presente año, suscrito por el subdirector médico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, a través del cual, les fue comunicado a él y a V1, que de la revisión efectuada por el Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal de ese Instituto, se concluyó que la causa del fallecimiento de V1 fue debido a muerte súbita (muerte sin causa alguna), no previsible ni evitable.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

**12.** El 24 de noviembre de 2011, V1 acudió al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal con la finalidad de que se le proporcionara atención médica, toda vez que cursaba con un embarazo de 38 semanas de gestación y presentó ruptura de membranas; lugar en el que fue internada, siendo valorada ese día y al siguiente por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al servicio de Medicina Materno-Fetal, quienes omitieron diagnosticar el cuadro clínico de embarazo de alto riesgo, debido a la ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias que presentó y le realizaron ocho tactos vaginales.

**13.** Así las cosas, a las 15:55 horas del 24 de noviembre de 2011, se registró el nacimiento de V2, quien fue valorada desde esa fecha, hasta el 27 del mismo mes y año, por AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, personal médico que omitió diagnosticarle el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual cursó.

**14.** Finalmente, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, V2 falleció, señalándose como causas de muerte en el certificado de defunción: insuficiencia respiratoria aguda, apnea y sepsis neonatal temprana; situación que se corroboró con la autopsia realizada por el servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la que se indicó que las causas de muerte de la víctima obedecieron a la aspiración de líquido amniótico; al respecto es importante precisar que no se tiene conocimiento de que se haya iniciado averiguación previa o procedimiento administrativo alguno.

### **IV. OBSERVACIONES**

**15.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/908/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles a servidores públicos adscritos al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en la ciudad de México, Distrito Federal, en atención a lo siguiente:

**16.** A las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por un médico adscrito al servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional “20

de Noviembre” del ISSSTE, quien en la nota de ingreso señaló que la víctima no tenía patología alguna y que el 8 de diciembre de ese año sería su probable fecha de parto; asimismo, indicó que el cuadro clínico que presentaba había iniciado desde las 22:30 horas del día inmediato anterior, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas de duración de 3 minutos, acompañadas de sangre y orina sin referir otros datos; a la exploración física la encontró tranquila, sin facies de dolor, cardio-pulmonar sin datos patológicos, abdomen con útero gestante, extremidades inferiores con edema bimalleolar, indicando como plan de manejo la toma de laboratorios e interconsulta al servicio de Perinatología.

**17.** Posteriormente, a las 01:35 y 06:57 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal, quien registró como antecedentes gineco-obstétricos, embarazo de 38 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, en trabajo de parto en fase latente, precisando que a la exploración física la encontró con: actividad uterina cada 10 minutos; dolor tipo cólico; movimientos fetales; sin datos de vasoespasmo; TA 110/60 mmHg; afebril, frecuencia cardíaca 79 latidos por minuto; frecuencia respiratoria 22 por minuto; consciente; orientada; ligera palidez de tegumentos; bien hidratada; sin compromiso cardio-ventilatorio y abdomen sin datos de irritación peritoneal.

**18.** Asimismo reportó que V1 tenía un fondo uterino de 29 cm, con producto único vivo en posición longitudinal y cefálico, con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto; precisando el citado servidor público que al tacto vaginal encontró el cérvix posterior con 1 y 3 cm de dilatación respectivamente, 70% de borramiento, amnios rotos, con líquido claro y salida franca de líquido amniótico (maniobra de Valsalva y Tarnier positivo); además, indicó que los exámenes de laboratorio arrojaron que V1 tenía discreta anemia, leucocitos, plaquetas, ácido úrico y deshidrogenasa láctica dentro de los parámetros aceptables.

**19.** Así las cosas AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas de diez horas de evolución, inicio de trabajo de parto y embarazo de 38 semanas de gestación; indicando como plan de manejo, su ingreso para monitorización en espera de eutocia, suministro de ceftriaxona cada doce horas por diez días, protectores de la mucosa gástrica y antieméticos, así como cruzar dos concentrados eritrocitarios.

**20.** Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, omitió diagnosticar a V1 con un embarazo de alto riesgo, a pesar de que tenía criterios para ello, tales como la ruptura prematura de membranas de diez horas de evolución, y una infección de vías urinarias que había sido documentada en el examen general de orina practicado a las 02:15 horas del 24 de noviembre de 2011.

**21.** A las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, AR2, médico tratante el cual no se identificó, debido a que no precisó sus datos en la nota médica respectiva, al valorar a V1 advirtió que durante el embarazo presentó una hemorragia de tubo digestivo, así como una amenaza de parto pretérmino; encontrándola a la exploración física con dos contracciones uterinas en diez minutos con duración de 40 segundos, de intensidad ++, con presencia de líquido amniótico, temperatura de 36° C, pulso de 70 por minuto, TA 100/60 y 20 respiraciones por minuto; asimismo, precisó que V2 se encontraba en presentación cefálica, encajado y con una frecuencia cardíaca de 140 por minuto.

**22.** Además, de la nota médica emitida por AR2, médico adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, se observó que éste le practicó a V1 un tacto vaginal, encontrando una dilatación de 2 cm, 70% de borramiento y que la pelvis era útil para trabajo de parto y que la víctima se encontraba en espera de eutocia (parto normal).

**23.** En ese sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional, advirtió que AR2, omitió integrar como diagnóstico de V1, un embarazo de alto riesgo, desestimando los criterios de riesgo que la víctima presentó. Al respecto, la literatura médica señala que es posible establecer que un embarazo es de alto riesgo cuando existen factores que incrementen la morbimortalidad del binomio materno-fetal, como en el presente caso, el sangrado de tubo digestivo, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas de más de diez horas de evolución e infección de vías urinarias confirmada por exámenes de laboratorio.

**24.** Es decir, que el hecho de que AR2 integrara un inadecuado diagnóstico de V1, tuvo como consecuencia que no se considerara la extracción oportuna de V2 vía quirúrgica abdominal, a pesar de que se trataba de un embarazo de alto riesgo, dejando de observar con ello el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, emitido por la Secretaría de Salud, en el cual se indica que no se debe esperar más de cuatro horas para la extracción de un producto después de que la madre ha sido diagnosticada con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas y con infección genitourinaria, como lo era el caso de V1.

**25.** Asimismo, en la nota de evolución de trabajo de parto de 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, indicaron que a V1 se le suministró oxitocina a 2 MUS por minuto (sic), y señalaron que el líquido amniótico se encontraba claro, no fétido y con cavidad eutérmica; además, a las 10:00, 11:00 y 12:00 horas registraron un intra-parto normal (sic); posteriormente, a las 14:00 horas le aplicaron analgesia obstétrica y a las 15:30 horas, ingresaron a la víctima a sala de expulsión.

**26.** Al respecto, el perito médico forense de este organismo nacional, advirtió que AR3 y AR4, omitieron integrar como diagnóstico de V1, embarazo de alto riesgo y solicitar su valoración por el servicio de Perinatología, situación a la cual se

encontraban obligados, debido a los factores de riesgo de la víctima; asimismo, se observó que entre las 09:00 a las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, los médicos que valoraron a V1, es decir, AR3, AR4 y AR5, le practicaron ocho tactos vaginales, maniobra contraindicada en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal, para casos como los de V1, debido a que presentaba ruptura prematura de membranas y un proceso infeccioso de vías urinarias previamente documentados, los cuales incrementaban el riesgo ascendente del proceso infeccioso.

**27.** Así las cosas, a las 15:45 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue ingresada a la sala de expulsión, obteniéndose a las 15:55 horas a V2, producto femenino, con un peso de 3.35 kilogramos, 51 cm de talla, apgar 8-9, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 34 cm y abdominal de 32 cm; reportándose el procedimiento sin incidentes o accidentes.

**28.** Ahora bien, de acuerdo con la nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, elaborada por AR6 el 24 de noviembre de 2011, V2 ingresó con un diagnóstico de recién nacida femenina de término de 40 semanas de gestación, peso y control prenatal adecuados; precisando que V1 presentó en las semanas 4 y 28, infecciones vaginales, amenaza de parto pretérmino con adecuada evolución, con ruptura prematura de membranas de las 22:00 horas del 23 de noviembre de 2011 y presencia de infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona.

**29.** Asimismo, AR6 indicó que V2 nació a las 15:55 horas del 24 de noviembre de 2011, por vía vaginal, parto eutócico y que se registró mínima salida de líquido amniótico; además que, V2 respiró pero no lloró, por lo que se le brindaron maniobras básicas de reanimación neonatal y se le suministró oxígeno a flujo libre, obteniendo un apgar de 8-9 y silverman andersen 1/0 a expensas de aleteo nasal; y que por ello, la víctima fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales con índice de morbilidad de 5.4 y mortalidad de 0.7, recibiendo a su ingreso con frecuencia cardiaca de 146 por minuto, respiratoria de 63 por minuto y TA media de 52 mmHg y glicemia capilar de 86 mg/dl.

**30.** En la misma nota médica, AR6 refirió que V2, presentaba factores de riesgo de infección, debido a la ruptura prematura de membranas de dieciocho horas de evolución, indicando como plan de manejo cobertura profiláctica con ceftriaxona y amikacina, vigilancia estrecha y realizar reactantes en fase aguda al día siguiente, fórmula maternizada al 13%, 30-34 ml cada 3 horas por succión, catéter heparinizado, profilaxis anti hemorrágica y contra la oftalmia purulenta (dosis única de vitamina K IM, gotas oftálmicas de Cloranfenicol en cada ojo) e indicó a los familiares un pronóstico reservado a evolución.

**31.** En este contexto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional señaló que AR6 omitió solicitar de inmediato que se practicara a V2 una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio, a pesar de que había sido producto de un embarazo de alto riesgo, el cual que no fue diagnosticado oportunamente desde el

ingreso de V1 al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”; además, de que el producto requirió maniobras básicas de reanimación neonatal y oxígeno a flujo libre al nacimiento; es decir, que el hecho de que AR6 no indicara un adecuado plan de manejo a V2, implicó que no se detectara el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual estaba cursando.

**32.** Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional, que los exámenes de laboratorio practicados a las 21:54 horas del 24 de noviembre de 2011 a V2, mostraron una leucocitosis de 17,940 (lo normal es hasta 12,400), glicemia de 41 mg/dl (cuando lo usual es de 74 a 106 mg/dl), bilirrubina total 2.97 mg/dl (lo normal es 0.30-1.20mg/dl), bilirrubina directa de 0.25 (lo usual es hasta 0.20mg/dl), grupo sanguíneo O+ y los marcadores de respuesta inflamatoria elevados como AST 46 (normal 0-34 U/lt) CK NAC 516 (normal 32-294 U/LT), CK MB de 58 (normal hasta 24 U/LT).

**33.** No obstante los datos anteriores, los cuales eran altamente sugestivos de que V2 estaba cursando con un proceso infeccioso activo, así como un proceso inflamatorio agudo y/o metabolopatía, AR6, omitió solicitar su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, así como ordenar que se le practicaran una radiografía de tórax y tamiz neonatal, por lo que dejó de observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, y NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como de la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal.

**34.** Ahora bien, el 25 de noviembre de 2011, V2 fue valorada a las 15:54 horas, esto es 17 horas después del reporte de los exámenes de laboratorio por AR7 y AR8, médicos adscritos al servicio de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, quienes establecieron que cursaba con riesgo bajo de infección, encontrándola a la exploración física con: frecuencia cardíaca de 133-160 latidos por minuto, cuando lo normal es de 120-160 por minuto; frecuencia respiratoria de 44-68 por minuto, cuando lo usual es 40-60 por minuto; temperatura de 37-37.5°C; saturación de oxígeno de 90-95%; TA media de 41-52 mmHg; sin datos de dificultad respiratoria y neurológico sin datos anormales.

**35.** Asimismo, AR7 y AR8, precisaron que V2 presentó: ventilatorio sin aporte de oxígeno; hemodinámico con líquidos a requerimiento por vía oral; hemato-infeccioso sin datos de respuesta inflamatoria sistémica; que se encontraba cubierta con ceftriaxona y amikacina, debido a que V1 cursó con aparente infección de vías urinarias; adecuado estado general, metabólico y renal sin alteraciones; por lo que indicaron como plan de manejo cambio de esquema antimicrobiano Amikacina/Ampicilina, debido a que no tenía datos clínicos ni de laboratorio de una infección; de igual manera, las citadas servidoras públicas, ordenaron que se le practicaran a la víctima controles posteriores de índices de inflamación, así como revalorar el esquema de antibiótico en 72 horas.

**36.** En esa tesitura, el perito médico forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR7 y AR8, inadecuadamente desestimaron los criterios de riesgo infeccioso de V2, los cuales además, ya se encontraban confirmados por los resultados de laboratorio, situación que tuvo como consecuencia que no se estableciera un diagnóstico certero y se le brindara un tratamiento oportuno a la víctima.

**37.** Además, se observó que desde la valoración de V2 por AR6, médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y hasta las 15:54 horas que fue valorada por AR7 y AR8, la menor de edad quedó únicamente a cargo del personal de Enfermería, por lo que los médicos tratantes omitieron realizar una vigilancia y seguimiento estrecho de la recién nacida, situación a la que encontraban obligados y que adquiriría mayor relevancia debido a los factores de riesgo citados.

**38.** Posteriormente, a las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011, AR9 y AR10, médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, valoraron a V2, reportándola estable y delicada, indicando que tenía un pronóstico de supervivencia y funcional bueno; sin embargo, de acuerdo con el perito médico forense de esta Comisión Nacional los citados servidores públicos omitieron realizar una exploración intencionada y dirigida, a fin de determinar el origen y/o la causa de las variaciones en la frecuencia respiratoria de la víctima, así como solicitar que se le practicara una radiografía de tórax, situación que les hubiera permitido advertir oportunamente, el cuadro clínico de bronconeumonía de focos múltiples que presentaba.

**39.** Igualmente, AR9 y AR10 omitieron solicitar que se le practicara a V2 el tamiz neonatal, estableciendo inadecuadamente que los reactantes de fase aguda eran negativos toda vez que estos se reportaron hasta el 28 de noviembre de 2011; con lo cual los mencionados servidores públicos, incumplieron con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y NOM-034-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.

**40.** Posteriormente, a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, AR10 y AR11, médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, reportaron que V2 presentó un Kramer III (tinte icterico en  $\frac{3}{4}$  partes del cuerpo, debido al incremento importante de las bilirrubinas 6.0-11.5mg/dl, siendo lo normal hasta 1.2), lo cual confirmó la inadecuada valoración y vigilancia estrecha de la recién nacida por el personal médico que la atendió anteriormente, toda vez que la ictericia no es de origen súbito o de instalación en minutos, si no que es un proceso paulatino y progresivo, el cual había sido detectado desde el 24 de noviembre de 2011 en los resultados de laboratorio.



**41.** Ahora bien, por lo que hizo a la atención médica de AR10 y AR11, el perito médico forense de esta Comisión Nacional observó que los mismos establecieron inadecuadamente que V2 se encontraba sin datos de respuesta inflamatoria sistémicos y sin datos clínicos de infección, es decir que desestimaron nuevamente los criterios de riesgo ya señalados y documentados por laboratorio, e inadecuadamente le retiraron el esquema antibiótico después de las 72 horas de vida, previa toma de biometría hemática y reactantes de fase aguda, informando a los familiares de la condición clínica de la víctima y que existía un pronóstico reservado para la supervivencia y la función.

**42.** Sin embargo, AR10 y AR11 médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, omitieron solicitar el tamiz neonatal, dejando de observar con ello las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y NOM-034-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.

**43.** En este sentido, se observó que el estado de salud de V2 evolucionó hacia al deterioro, aunado a que nuevamente continuó su vigilancia únicamente por parte del personal adscrito al servicio de Enfermería; así las cosas, alrededor de las 19:30 horas del 27 de noviembre de 2011, al terminar de suministrarle el antibiótico prescrito por el personal médico, una enfermera del turno vespertino observó que la menor de edad, presentó cambios de coloración vasomotores, palidez y cianosis generalizadas, bradicardia de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, desaturación de oxígeno de 64% (siendo lo normal 81-100%).

**44.** Por lo anterior, la citada enfermera le administró inmediatamente a V2, oxígeno al 35% a 4 litros por minuto con nebulizador y campana cefálica, e informó a una residente del cuarto año tal situación, quien procedió a realizar maniobras con presión positiva y con ambú, aspirando consecutivamente secreciones con leche digerida por la boca e intubando a la paciente para brindarle las maniobras de reanimación avanzada, además de que administró directamente en la cánula endotraqueal broncodilatadores y canalizó otra vía periférica ya que la existente se encontraba disfuncional.

**45.** Asimismo, se indicó que V2 persistió con bradicardia menor a 80 latidos por minuto mostrada en el monitor, y con periodos de apnea, a pesar de que se le brindaron compresiones torácicas, medicamentos de reanimación cardiorrespiratoria como adrenalina en 5 dosis, a dosis ponderal en 15 minutos y una dosis de dexametasona a dosis ponderal en 15 minutos, sin que se lograra recuperar sus signos vitales ni la respuesta cardioventilatoria; por lo que, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, se declaró su fallecimiento, teniendo como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda (10 minutos), apnea (15 minutos) y sepsis Neonatal temprana (3 días).

**46.** En este sentido, llamó la atención de este organismo nacional, el hecho de que a pesar de que V2 cursó con bradicardia, cianosis generalizada y apnea, cuadro clínico grave de elevada mortalidad, únicamente recibió atención médica por personal adscrito al servicio de Enfermería y por residentes del cuarto y quinto año de Neonatología, situación que adquirió relevancia debido a que como ya se señaló en diversas ocasiones la paciente fue abandonada por parte los médicos tratantes de base o adscritos, que delegaron sus funciones precisamente al personal de Enfermería citado e incluso a médicos residentes que no contaban con la experiencia necesaria para identificar el cuadro clínico de V2, y con ello brindarle un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

**47.** Al respecto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en las recomendaciones 47/2011 y 15/2012, emitidas el 24 de agosto de 2011 y 26 de abril del presente año, ha señalado el hecho de que la falta de supervisión a los médicos residentes implica un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, que en términos generales establece que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico los médicos residentes deben participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes, toda vez que se encuentran en adiestramiento.

**48.** Igualmente, en la recomendación 53/2011, emitida el 30 de septiembre de 2011, este organismo nacional destacó la importancia del contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, en la que se establece que en la enseñanza tutorial proporcionada a los alumnos (internos) no se les debe exponer a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.

**49.** Además, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, emitida el 23 de abril de 2009, manifestó su preocupación en el sentido de que en muchos casos el personal médico titular delega su responsabilidad en médicos residentes para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias.

**50.** A mayor abundamiento, es importante mencionar que en las recomendaciones 05/2011 y 37/2011, emitidas el 3 de febrero y 24 de junio de 2011, así como en la 06/2012 de 16 de marzo de 2012, respectivamente, esta Comisión Nacional hizo hincapié en la importancia que tiene precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto; circunstancia que en el presente caso no ocurrió, y que si evidenció el incumplimiento a las disposiciones de 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.

**51.** La citada NOM-007-SSA2-1993, establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

**52.** Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida; y, adicionalmente a brindar una atención con mayor calidez.

**53.** Finalmente, según se desprende del informe de autopsia de V2 elaborado en el servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, se tuvieron como hallazgos macroscópicos de importancia: ambos pulmones congestivos de color café rojo y microscópicamente diagnosticándose por laminillas neumonía por aspiración y cambios hipóxico isquémicos cerebrales, concluyendo los médicos encargados que V2 broncoaspiró líquido amniótico lo que también le provocó una bronconeumonía de focos múltiples.

**54.** En tal sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, señaló que la bronconeumonía de focos múltiples causante de la insuficiencia respiratoria, apnea y sepsis neonatal temprana que causaron directamente la muerte de la recién nacida, en este caso en particular fue derivada de la aspiración de líquido amniótico, complicación grave que no fue advertida ni manejada adecuada y oportunamente por los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la víctima.

**55.** En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, no permitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el cual V1 cursó, y con ello tomar la determinación de extraer a V2 mediante cesárea, disminuyendo así el riesgo de la aspiración de líquido amniótico, situación que se vio agravada con los ocho tactos vaginales practicados a V1, además de que tampoco le brindaron el tratamiento médico oportuno a la recién nacida, negándosele la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y su fallecimiento; y como consecuencia, la responsabilidad institucional que en derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE.

**56.** No es obstáculo para llegar a la anterior conclusión el hecho de que a través del oficio No. 96.201.1.2/134/2012 de 7 febrero del 2012, suscrito por el subdirector médico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, informara a Q1 y V1, que de la revisión efectuada por el Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal de ese Instituto, se concluyó que la causa del fallecimiento de V2 fue debido a muerte súbita (muerte sin causa alguna), no previsible ni evitable, situación que quedó desvirtuada de hecho por la propia autopsia realizada por el personal del citado Instituto y por personal de este organismo nacional.

**57.** Asimismo, llamó la atención de esta Comisión Nacional el hecho de que las notas médicas del expediente clínico generado en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, con motivo de la atención médica proporcionada a V1 y V2, presentaran irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación.

**58.** Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

**59.** Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012 y 20/2012, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio y 9 de diciembre de 2011 y el 17 de mayo, 23 y 26 de abril del presente año, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurren el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

**60.** La sentencia del caso “*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además, resulta obligatorio para el Estado mexicano de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

**61.** Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, 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 analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

**62.** Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos adscritos al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en la ciudad de México, Distrito Federal, vulneraron en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida, respectivamente, contenido en los artículos 4, párrafos cuarto y octavo; 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II y 63, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, 9, y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1, 20, 24, 44, 45 y 75, del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas 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, NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

**63.** Igualmente, el citado personal médico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE con su conducta omitió observar las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo, la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**64.** En este sentido, los numerales 6.1 y 24.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 y 19, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I y VII, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, inciso a) y 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y de adoptar para ello, las medidas necesarias para su plena efectividad.

**65.** Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en su jurisprudencia constantemente que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 4 de la Convención Americana, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

**66.** Lo anterior, en términos de lo señalado por la Corte Europea de Derechos Humanos, implica que el deber de protección se extiende al ámbito de la salud pública y en el caso de hospitales públicos, los actos y omisiones de su personal pueden generar la responsabilidad del Estado.

**67.** Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

**68.** En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirmó que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

**69.** Es importante mencionar, que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, debió considerar el interés superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle a V1 y V2, la atención médica que requerían, con la calidad que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

**70.** De la misma manera, el personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, incurrió en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, y XXIV, de la Ley Federal de

Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos 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.

**71.** Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, 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 deberá 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 deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

**72.** Al respecto, el artículo 20 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indica que el ISSSTE será corresponsable, objetivamente con el personal médico de ese Instituto en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes, así como respecto del servicio que se les proporcione.

**73.** De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la ciudad de México, Distrito Federal.

**74.** En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a Q1 y V1, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requieran, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, involucrados en los hechos, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y V2 y de la pérdida de la vida de ésta última, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, especialmente respecto de los cuidados Materno-Infantil, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico y administrativo del hospital Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expediente clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento, proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.



**SEXTA.** Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, contra el personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SÉPTIMA.** Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

**75.** 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 tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**76.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

**78.** La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

**EL PRESIDENTE**  
**DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA**