



"2021, la CODHECAM y el INEDH,
unidos por la defensa y protección de los derechos humanos"



Oficio: PVG/483/2021

Asunto: Se notifica Recomendación.
San Francisco de Campeche, Camp., a 16 de julio de 2021.

Dr. José Luis González Pinzón,
Secretario de Salud del Estado.
Correo electrónico: djuridicosalud@hotmail.com

Por este medio y de la manera más atenta, me permito hacer de su conocimiento que con fecha 16 de julio de 2021, esta Comisión de Derechos Humanos dictó un acuerdo mediante el cual emitió Recomendación a la Secretaría de Salud del Estado de Campeche, en el expediente de queja **1455/Q-291/2017**, cuyo texto íntegro se transcribe a continuación:

**"COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE CAMPECHE,
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE, A LOS DIECISEIS DÍAS
DEL MES DE JULIO DE DOS MIL VEINTIUNO.**

*Del análisis de las constancias que obran en el expediente **1455/Q-291/2017**, relativo al escrito de queja presentado por la **C. Karina Banesa Acosta Rivera**¹, en agravio propio, en contra de la **Secretaría de Salud del Estado**, específicamente de los **Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala**, del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio" y/o de quién o quiénes resulten, cuya responsabilidad se desprenda de la presente investigación, con fundamento en los artículos 1o, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX de la Constitución Política del Estado de Campeche; 1, 2, 3, 6, fracción III, 14, fracción VII, 40, 41, 43, 45, 45 Bis, 48 y 49 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; así como 97, 98, 99 y 100 de su Reglamento Interno, no habiendo diligencias pendientes que realizar, con base en los hechos, evidencias, situación jurídica, observaciones y conclusiones, se considera que existen elementos de convicción suficientes que acreditan haberse **cometido violaciones a derechos humanos**, siendo procedente emitir **Recomendación**, con base en los rubros siguientes:*

1. RELATO DE LOS HECHOS CONSIDERADOS VICTIMIZANTES:

1.1. En principio, se transcribe la parte conducente de lo expuesto por la quejosa en su escrito, de fecha 5 de diciembre de 2017, que a la letra dice:

¹ El 5 de diciembre del 2017, la persona quejosa suscribió, de manera libre e informada, una Constancia de Información, a través de la cual, manifestó su consentimiento para la Obtención, Tratamiento y Publicación de Datos Personales.

“...1.- Que el día 4 de noviembre del 2017, alrededor de las 11:05 horas, acudí en compañía de mi esposo el C. José Ricardo Te Aguilar, al área de urgencias médicas del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio" de esta ciudad, ya que momentos antes se me había roto la fuente, por contar con 40 semanas de embarazo; es entonces que me indicaron tenía que pasar con un médico, quien me tomó presión arterial, peso y estatura, refiriéndome que tendrían que revisar si mi parto podría ser natural o por cesaría (Sic), ya que mi hijo pesaba más de tres kilos y medio, pero que era de urgencia porque venía (Sic) con ruptura de membrana; seguidamente me suben a una camilla y trasladaron al área de hospitalización del área de ginecología, mientras me encontraba en labor de parto, inyectándome oxitocina, siendo visitada cada hora por la doctora Karen, quien me revisaba como estaba mi condición de dilatación, diciéndome que era de 8, que tenía que pasar más tiempo para esperar a que pueda realizar el parto natural, razón por la cual le pregunte cuanto tiempo era lo estimado, respondiéndome "vas bien hija, vas bien"; 2.- Es así, que alrededor de las 18:00 horas, se apersonó hacía a mí una pasante de medicina, la cual identifiqué porque portaba una bata de la Universidad Autónoma de Campeche, a quien le manifesté que sentía que mi hijo no se movía como antes, que algo estaba ocurriendo, no contestándome, únicamente me revisó mi área genital para revisar el grado de dilatación, para posteriormente retirarse; 3.- Siendo las 20:00 horas, la doctora Karen, se dirige a la cama en la (Sic) encontraba, a quien nuevamente le referí que sentía que mis condiciones no se encontraban bien, diciéndome que iría por una máquina para saber los latidos de mi hijo, es el caso que al volver, me paso la maquina en el estómago, registrándose 74 latidos por minuto, es por ello, que le mencioné que de acuerdo a lo que me había dicho un médico de la ciudad de Mérida, Yucatán, mi hijo no se encontraba bien, diciéndome "no te preocupes, todo está bien, es algo normal, esto se debe por las contracciones"; 4.- no fue sino hasta las 23:00 horas, la citada doctora encontrándose cerca de mí me dijo "te vamos a preparar, porque vas a pasar a quirófano porque tu bebe no sale", a lo que le respondí que me encontraba muy cansada y que tenía mucho dolor, señalándome que me pondrían una inyección en mi espalda y que no me moviera, esto mientras me colocaban la raquea, que estando en el área de quirófano me pondrían anestesia; 5.- alrededor de las 00:30 horas, del día 05 de ese mismo mes y año, me ingresaron al área de quirófano, encontrándose médicos practicantes, personal de hospitalización y la doctora Karen, quien era la que me iba a colocar la sonda, escuchando como le daba indicaciones a los practicantes de como colocar la sonda, asimismo, oí que la doctora dio instrucciones para que le dijeran a mi esposo que consiguiera una máquina de rasurar la cual no utilizaron en mi persona; 6.- siendo aproximadamente las 00:50 horas de ese día, se me realizó la intervención quirúrgica, dando a luz a mi hijo, sin mencionarme las condiciones en las que se encontraba, por lo que al terminar de suturarme la herida, me trasladaron al área de recuperación, hasta que alrededor de las 03:00 horas, ingresó el médico encargado de turno, quien me refirió "lo siento mucho, Dios sabe porque pasan las cosas, aún esta joven y puedes volver a intentarlo", sin decirme que mi hijo nació sin vida, no obstante le manifesté que había pasado mucho tiempo para que un tratamiento funcionara y pudiera quedar embarazada, después de esto se retiró del lugar; 7.- es así, que siendo las 05:00 horas, solicite a personal del citado nosocomio se permitiera que ingresara mi esposo, porque quería verlo, otorgándose la autorización; 8.- seguidamente mi esposo el C. José Ricardo, al encontrarse enterado de que me bañaron con agua fría, solicitó me trasladaran al área de hospitalización denominado "pensiones", estando en ese lugar hasta el día 07 de noviembre del año en curso, fecha en la que se me determinó el alta médica, cubriendo el pago por la cantidad de \$ 2,278.00 (SON DOS MIL DOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M.N. 00/100)...” (Sic).

1.2. La C. Karina Banesa Acosta Góngora, al interponer la queja, adjuntó las siguientes documentales:

1.2.1. Copia fotostática del recibo con número de folio 2167646, de fecha 7 de noviembre de 2017, expedido por la Dirección de Recaudación, del Servicio de Administración Fiscal del Estado de Campeche, por concepto de SERV.PREST. POR LAS AUTORID. DE LAS SRIAS. DE LA ADMON. PUBLICA. ESTATAL Y SUS ORG. ADMVOS. DESCONT. (SERVICIOS DEL SECTOR SALUD), por la cantidad de \$2,278.00 (SON: DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.).

1.2.2. Nota de alta de ginecología, Cesárea del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", expedido por el Dr. Cohuo, 32779662 (Sic), a nombre de Acosta Góngora Karina.

1.2.3. Copia fotostática de Certificado de muerte fetal, expedido por la Secretaría de Salud del Estado, con número de folio 171005215, de fecha 5 de diciembre de 2017.

1.2.4. Resultado de ultrasonido obstétrico, de fecha 1 de agosto de 2017, a nombre de Karina Acosta Aguilar, expedido por el Dr. Ramón Arredondo Cervera, Médico Radiólogo, Ced. Prof. 4900930, del Departamento de Radiología e Imagen, de la Clínica Campeche.

1.2.5. Resultado de estudio de impresión diagnóstica, de fecha 19 de octubre de 2017, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, expedida por el Dr. Max Alejandro Osorio Collí, Médico Especialista en Radiología e Imagen, Ced. Esp. 09146243, del Centro de Diagnóstico Médico por Imagen.

2. COMPETENCIA:

2.1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, en términos de los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX de la Constitución Política del Estado de Campeche; 1°, fracción II, 3° y 25 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado y 13 de su Reglamento Interno, es un Organismo Autónomo Constitucional que tiene por objeto, entre otros, la protección de los derechos humanos, facultada para conocer de quejas, en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, proveniente de cualquier autoridad o servidor público, estatal o municipal.

2.2. En consecuencia, esta Comisión Estatal es competente para conocer y resolver el presente expediente de queja **1455/Q-291/2017**, a través del procedimiento de investigación correspondiente, a fin de establecer, si existen o no actos de violación a los derechos humanos, respecto a los hechos denunciados, **en razón de la materia**, por tratarse de presuntas violaciones a derechos humanos, atribuidas a **servidores públicos del ámbito estatal**; **en razón de lugar**, porque los hechos ocurrieron en el municipio de Campeche, Campeche; **en razón de tiempo**, en virtud de que los hechos denunciados se cometieron los días **4 y 5 de noviembre de 2017**, y este Organismo local tuvo conocimiento de los mismos, por medio de la **quejosa**, el **5 de diciembre de 2017**, es decir, dentro del plazo de un año, a partir de que se ejecutaron los hechos que se estiman violatorios a derechos humanos, de conformidad con

el artículo 25 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche².

2.3. Corresponde ahora, en términos de lo que disponen los artículos 6°, fracción III, 14, fracción VII, 40 y 43 de la Ley que rige a este Organismo protector de derechos humanos, así como 99 y 100 de su Reglamento Interno, analizar los hechos, los argumentos y las pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas; en ese sentido, las evidencias recabadas durante la investigación serán valoradas en su conjunto, de acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, para que una vez realizado ello, se deduzca si pueden producir convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

2.4. De conformidad con los artículos 38 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, y 66 y 79 de su Reglamento Interno, con el objeto de documentar las violaciones a derechos humanos, en agravio de la **C. Karina Banesa Acosta Góngora**, se solicitó a la autoridad señalada como responsable, la emisión de un informe, integrándose al conjunto de constancias que obran en el expediente de Queja, las cuales constituyen las siguientes:

3. EVIDENCIAS:

3.1. Acta Circunstanciada, de fecha 05 de diciembre de 2017, en la que se hizo constar, por un Visitador Adjunto que, la C. Karina Banesa Acosta Góngora, narró los hechos presuntamente violatorios de derechos humanos.

3.2. Acta Circunstanciada de Entrevista, de fecha 11 de diciembre de 2017, efectuada por un Visitador Adjunto, de la Comisión Estatal, al C. José Ricardo Te Aguilar, esposo de Karina Banesa Acosta Góngora, víctima indirecta de los hechos violatorios a derechos humanos.

3.3. Acta Circunstanciada, de fecha 20 de diciembre de 2017, suscrita por un Visitador Adjunto, en la que se documentó la comparecencia de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, ante esta Comisión Estatal, de quien se recibió la siguiente documentación:

3.3.1. Resumen médico, de fecha 06 de diciembre de 2017, a nombre de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, suscrito por el Dr. Jorge Alejandro Camacho Huerta, Ginecología y Obstetricia, Biología de la Reproducción Humana, Cédula Profesional 3809162, Cédula Especialidad 6820099.

3.3.2. Estado de Cuenta (Detalle de Movimientos), de fecha de 6 de diciembre de 2017, extendido por el Instituto de Ciencias en Reproducción Humana del Sureste, Instituto Vida, a nombre de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, por conceptos de histeroscopia qx, análisis clínicos, seminograma, histeroscopia diagnóstica o prev. con anestesia, patología; y servicios de quirófano, laboratorio, consultas y solución inyectable, de los días 2 de octubre, 9 y 19 de diciembre de 2015, 29 de enero, 2 de febrero, 7 de marzo, 4 y 6 de abril, 2 de junio, 6 de junio de 2016, 16 de marzo, 06 de abril, 27 de abril, 29 de mayo, 3 de julio, 07 de agosto, 13 de septiembre y 1 de diciembre de 2017.

3.4. Oficio 936/2017/JUR-INDESALUD, de fecha 20 de diciembre de 2017, suscrito por el Subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto de Servicios

² **ARTÍCULO 25.** La queja sólo podrá presentarse dentro del plazo de un año, a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos que se estimen violatorios, o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos. En casos excepcionales, y tratándose de infracciones graves a los derechos humanos la Comisión podrá ampliar dicho plazo mediante una resolución razonada. No contará plazo alguno cuando se trate de hechos que por su gravedad puedan ser considerados violaciones de lesa humanidad.

Descentralizados de Salud Pública (INDESALUD), dirigido al Director de Atención Médica, por el que requirió dar cumplimiento a la solicitud efectuada **al Secretario de Salud del Estado** por la Comisión de Derechos Humanos del Estado, por oficio PVG/1148/2017/1455/Q-291/2017, de 14 de diciembre de 2017.

3.5. Oficio 156, de fecha 9 de enero de 2018, suscrito por el Director de Atención Médica, dirigido al Director del Hospital General de Especialidades “Dr. Javier Buenfil Osorio”, por el que solicita rinda informe y envíe expediente clínico, en relación a la queja presentada por Karina Banesa Acosta Góngora.

3.6. Acta Circunstanciada, de fecha 22 de enero de 2018, efectuada por un Visitador Adjunto, de esta Comisión Estatal, con motivo de la comparecencia de la C. Karina Banesa Acosta Góngora.

3.7. Oficio número DG/DAT/00000211/2018, de fecha 22 de enero de 2018, suscrito por el Director del Hospital General de Especialidades Médicas, dirigido a este Organismo Constitucional Autónomo, mediante el cual adjuntó las constancias de relevancia siguientes:

3.7.1. Oficio número GYO/022/2018, de fecha 22 de enero de 2018, suscrito por la Dra. Patricia del Carmen Cu Quijano, Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de Especialidades “Dr. Javier Buenfil Osorio” a través del cual proporciona información relacionada con el procedimiento de investigación.

3.7.2. Informe, de fecha 20 de enero de 2018, suscrito por el Dr. José Fernando Marín Gómez, médico especialista en ginecología y obstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas.

3.7.3. Informe, de fecha 20 de enero de 2018, suscrito por el Dr. José Alejandro Javier Martínez Zavala, médico especialista en ginecología y obstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas.

3.7.4. Informe, de fecha 22 de enero de 2018, suscrito por la Dra. Karen Eunice Carballo Magaña, médica residente de primer año de la especialidad de ginecología y obstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas.

3.7.5. Copia certificada, del expediente clínico No. 17-10843, que consta de 55 fojas útiles, a nombre de la paciente Karina Banesa Acosta Góngora.

3.8. Oficio número DG/DAT/00000302/2018, de fecha 07 de febrero de 2018, suscrito por el Director del Hospital General de Especialidades Médicas, dirigido a este Organismo Constitucional Autónomo, mediante el cual adjuntó el documento siguiente:

3.8.1. Informe, de fecha 05 de febrero de 2018, suscrito por el Dr. Rigoberto Hernández Kantún, médico especialista en ginecología y obstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas.

3.9. Acta Circunstanciada, de fecha 19 de febrero de 2018, suscrita por un Visitador Adjunto, en la que se hizo constar la comparecencia de la queosa, ante esta Comisión Estatal, diligencia en la que se le dio vista del estado que guarda la investigación, realizando diversas aclaraciones, respecto de los informes rendidos por los servidores públicos imputados.

3.10. Oficio número DOQ/077/2018, de fecha 19 de febrero de 2018, suscrito por el Director de Orientación y Quejas de este Organismo Estatal, en el que se remite a la C. Karina Banesa Acosta Góngora a la Vice Fiscalía General de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado de Campeche, para que presente formal denuncia, por un hecho que la ley señala como delito.

3.11. Oficio número FGE/VGDH/DHyCI/22.1/61/2019, de fecha 13 de mayo de 2019, suscrito por la Mtra. Nallely Echeverría Caballero, Vice Fiscal General de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado de Campeche, al que adjuntó, lo siguiente:

3.11.1. Oficio número 415/FIC/2019, de fecha 13 de mayo de 2019, suscrito por el Agente del Ministerio Público, Lic. Karla María Chan Blanco, Titular de la Fiscalía de Investigación Concentradora, a través del cual adjuntó copia certificada del Acta Circunstanciada A.C.-2-2019-2887, por hechos que la ley señala como delito de Abandono, Negación y Práctica Indebida del Servicio Médico, denunciado por la C. Karina Banesa Acosta Góngora.

3.12. Acta Circunstanciada, de fecha 19 de febrero de 2019, en la que un Visitador Adjunto, hizo constar la comparecencia de la quejosa, ante esta Comisión Estatal.

3.13. Acta Circunstanciada, de fecha 13 de junio de 2019, en la que un Visitador Adjunto, hizo constar la llamada telefónica recibida del C. Ricardo Te Aguilar.

3.14. Oficio número FGE/VGDH/DH/22.1/297/2019, de fecha 30 de agosto de 2019, suscrito por la Mtra. Nallely Echeverría Caballero, Vice Fiscal General de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado de Campeche, mediante el cual, remitió lo siguiente:

3.14.1. Oficio número 862/FIC/2019, de fecha 06 de mayo de 2019, suscrito por el Agente del Ministerio Público, Lic. Karla María Chan Blanco, Titular de la Fiscalía de Investigación Concentradora, a través del cual adjuntó copia certificada de las diligencias desahogadas en el Acta Circunstanciada A.C.-2-2019-2887, a partir del 13 de mayo de 2019, relativa a la investigación penal por el delito de Abandono, Negación y Práctica Indebida del Servicio Médico, denunciado por la C. Karina Banesa Acosta Góngora.

3.15. Oficio número FGE/VGDH/DH/22.1/395/2019, de fecha 18 de octubre de 2019, suscrito por la Mtra. Nallely Echeverría Caballero, Vice Fiscal General de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado de Campeche, con el que remitió lo siguiente:

3.15.1. Oficio 1049/FIC/2019, de fecha 16 de octubre de 2019, suscrito por la Licenciada Karla María Chan Blanco, titular de la Fiscalía de Investigación Concentradora, a través del cual rindió informe en relación a la integración del Acta Circunstanciada A.C.2-2018-2887, iniciada con la denuncia de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, por los delitos de Abandono, Negación y Práctica Indebida del Servicio Médico.

3.16. Oficio número CVG/246/2021, de fecha 19 de mayo de 2021, firmado por la Directora General de la Cuarta Visitaduría General, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con el que remitió lo siguiente:

3.16.1. Opinión Médica, de fecha 14 de mayo de 2021, suscrita por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta, Médica Forense, adscrita a la Cuarta Visitaduría General, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a efecto de determinar si existió alguna violación al derecho a la protección de la salud, que pudiera derivar en negligencia o impericia médica en agravio de la señora Karina Banesa Acosta Góngora.

3.17. Acta Circunstanciada, de fecha 2 de junio de 2021, en la que un Visitador Adjunto, de la Comisión Estatal, hizo constar la comparecencia de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, para informarle que se ha agotado el procedimiento de investigación correspondiente al expediente de queja No. 1455/Q-291/2017.

4. SITUACIÓN JURÍDICA:

4.1. *Karina Banesa Acosta Góngora, es una mujer casada, al momento de los hechos con 34 años de edad, con antecedente de infertilidad primaria y tumor intrauterino, diagnosticados en el Instituto Vida, Instituto de Ciencias en Reproducción Humana, donde acudió a un total siete consultas, y se sometió a tratamiento de estimulación ovárica por personal especializado, resultando exitoso el procedimiento en el mes marzo de 2017, con el que logró quedar embarazada por primera vez, embarazo que se relacionaba con un “producto fetal valioso”.*

4.2. *A las 11:10 horas del día 4 de noviembre de 2017, Karina Banesa Acosta Góngora, acudió al servicio de valoraciones ginecológicas, del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, de esta ciudad, por cursar con embarazo de 40 semanas y salida de líquido transvaginal, desde las 7:00 de la mañana, donde fue atendida por el Dr. José Fernando Marín Gómez, Médico Especialista en Ginec Obstetricia.*

4.3. *Posterior a la exploración vaginal, el galeno diagnosticó trabajo de parto en fase latente, y ruptura de membranas de 3 horas de evolución, indicando el ingreso de la paciente Karina Banesa Acosta Góngora a Tococirugia, para valorar prueba de trabajo de parto y mejor vía de nacimiento, previa prueba de bienestar fetal.*

4.4. *A las 11:30 horas, de esa misma data, el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, Médico de Ginecología y Obstetricia, suscribió la nota de ingreso de la paciente a Tococirugia, determinando iniciar la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, RCTG (Registro Tococardiográfico), y dinámica uterina, para valorar la necesidad de iniciar inducción del trabajo de parto, dejando a libre evolución la progresión del mismo, con vigilancia estrecha.*

4.5. *A las 12:50 horas, de esa misma data, se estableció por parte del Doctor Rigoberto Hernández Kantún, ruptura de membranas de 6 horas de evolución y trabajo de parto en fase latente, decidiendo mantener el trabajo de parto de la paciente a libre evolución, con vigilancia de las modificaciones cervicales y de los criterios de Gibbs.*

4.6. *A las 15:40 horas, de esa misma data, el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, documentó mantener vigilancia estrecha de la progresión del trabajo de parto (7 horas), incluyendo frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina y modificaciones cervicales, e inició conducción del trabajo de parto con oxitocina.*

4.7. *A las 21:00 horas, de esa misma data, el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, emitió el diagnóstico de trabajo de parto en fase activa y ruptura de membranas de 14 horas de evolución; estableciendo que la paciente permanecía en fase activa del trabajo de parto, eligiendo continuar la vigilancia y la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.*

4.8. *A las 23:40 horas, de la misma data, el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, en la nota de evolución tococirugia y prequirúrgica, describió que la paciente cursaba con 9 cm de dilatación desde las 22:30 horas y repite a las 23:30 horas, decidiendo interrumpir el embarazo por vía abdominal, por falta de progresión de trabajo de parto, especificando que se informó al familiar sobre los riesgos y las complicaciones de la intervención quirúrgica, y se avisó al servicio de anestesia y pediatría.*

4.9. A las 00:40 horas, del día 5 de noviembre de 2017, en la nota de revaloración, el galeno reportó que bajo efectos de bloqueo peridural, realizó tacto vaginal, obteniendo la presencia de líquido meconio, iniciándose la cesárea de la paciente, a las 00:45 horas.

4.10. A las 00:50 horas, de la misma data, se registró la extracción de un masculino con peso de 3,780 gramos, talla 52 centímetros, y Apgar de 0-0; y se pasa producto hipotónico a médico interno de Pediatría, quien inicia medidas de reanimación neonatal, sin respuesta, se da aviso a residente y adscrito de Pediatría, quienes inician reanimación neonatal avanzada, sin respuesta del producto, a los 30 minutos, posterior a varios ciclos de reanimación, se dictamina el fallecimiento (+) por asfixia del nacimiento severa y meconio en líquido amniótico.

4.11. El día 7 de noviembre de 2017, la C. Karina Banesa Acosta Góngora, fue dada de alta médica con cita abierta a urgencias y para retiro de puntos.

5. OBSERVACIONES:

5.1. En virtud de lo anterior, y derivado de las evidencias que obran en el expediente de mérito, se efectúan los siguientes enlaces lógico-jurídicos:

Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud:

5.2. Al analizar la queja planteada por la **C. Karina Banesa Acosta Góngora**, en agravio propio, ante esta Comisión Estatal se advierte que los eventos denunciados se concretan a: **A).** Que, aproximadamente a las 11:05 horas del día 4 de noviembre de 2017, en compañía de su esposo el C. José Ricardo Te Aguilar, acudió al área de urgencias médicas, del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", de esta ciudad de Campeche, para que recibiera atención médica, debido a que se le había roto la fuente por contar con 40 semanas de embarazo; **B).** Que, fue atendida por un médico, quien le tomó la presión arterial, peso y estatura, y le dijo que tendrían que revisar si el parto podría ser natural o por cesárea, ya que el producto pesaba más de tres kilos y medio; **C).** Que, fue llevada en una camilla al área de hospitalización de ginecología, por encontrarse en labor de parto, y le fue aplicada oxitocina, siendo visitada cada hora, por la doctora Karen, quien revisaba la dilatación, diciéndole que era de 8 centímetros, y que tenía que pasar mayor tiempo para que el parto sea natural; **D).** Que, alrededor de las 18:00 horas, se acercó una pasante de medicina, a quien manifestó que sentía que su hijo no se movía como antes, sin contestarle y únicamente le revisó la dilatación; **E).** Que, siendo las 20:00 horas, Karina Banesa Acosta Góngora, le expresó a la doctora Karen que, no se sentía bien, respondiéndole la médico que iría por una máquina para contabilizar los latidos de su hijo, la cual registró 74 latidos por minuto, reiterándole a la doctora que su hijo no se encontraba bien, pero le contestó que, no se preocupara que esto se debía a las contracciones; **F).** Que, la misma doctora Karen, a las 23:00 horas, le dijo que la prepararían para pasar a quirófano, le aplicarían una inyección en la espalda y en el quirófano anestesia, externándole que se sentía muy cansada y tenía mucho dolor; **G).** Que, alrededor de las 00:30 horas, del día 5 de noviembre de 2017, la ingresaron a quirófano donde habían médicos practicantes, personal del hospital y la doctora Karen, a quien escuché decir a los practicantes como colocar la sonda, y que le dijeran a mi esposo consiguiera una navaja de rasurar, la cual no fue utilizada; **H).** Que, siendo aproximadamente las 00:50 horas, le fue realizada la intervención quirúrgica,

dando a luz a mi hijo, sin decirme los médicos las condiciones en las que se encontraba; y después de suturar la herida, la trasladaron al área de recuperación; **I)**. Que, alrededor de las 03:00 horas, ingresó el médico en turno, quien le refirió lo siento mucho, Dios sabe porque pasan las cosas, aún estás joven y puedes volver a intentarlo, sin decir que mi hijo nació sin vida; externándole al doctor que, había pasado mucho tiempo para que por tratamiento pudiera quedar embarazada; **J)**. Que, siendo las 05:00 horas, solicitó al personal del nosocomio que permitiera el ingreso de su esposo; **K)**. Que, mi esposo José Ricardo Te Aguilar, al enterarse que fui bañada con agua fría, solicitó mi traslado al área de hospitalización “pensiones”, siendo dada de alta el día 7 de noviembre de 2017, cubriendo el pago por la cantidad de \$2,278.00 (SON DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N). Dichos señalamientos encuadran en la presunta Violación a los Derechos Humanos Sociales, de Ejercicio Individual, en la modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cuya denotación jurídica tiene los elementos siguientes: **1)**. Cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, **2)**. Por parte del personal encargado de brindarlo, **3)**. Que afecte los derechos de cualquier persona.

5.3. El día 18 de diciembre de 2017, se envió al titular de la **Secretaría de Salud del Estado de Campeche**, el oficio No. PVG/1148/2017/1455/Q-291/2017, datado el 14 del mes y año en cita, por el que esta Comisión Estatal, solicitó la rendición de un informe, de las presuntas violaciones a derechos humanos denunciadas.

5.4. En respuesta a la solicitud enviada al **Secretario de Salud**, el Subdirector de Asuntos Jurídicos, del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública, requirió dar cumplimiento a la petición de este Organismo Autónomo Constitucional³, recibiendo el oficio número DG/DAT/00000211, fechado el 22 de enero de 2018, signado por el Director del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, por el cual adjunta el oficio No. GYO/022/2018, signado por la Doctora Patricia del Carmen Cu Quijano, en el que se aprecia lo siguiente:

“...solicitando informe sobre la queja presentada por la **C. Karina Banesa Acosta Góngora** hacia el personal de salud que intervino en su atención, se envía respuesta a su solicitud, anexando original de la redacción realizada por cada uno de los médicos que intervino en la atención de la paciente, excepto la redacción del Dr. Rigoberto Hernández Kantún, quien nos informará entregará directamente el resumen a su departamento, ...1.- **El médico de guardia que valoró a la paciente fue el Dr. José Fernando Marín Gómez. 2.- Los médicos que estuvieron a cargo de la paciente los días 4 y 5 fueron el Dr. Rigoberto Hernández Kantún, Dr. Alejandro Martínez Zavala y Dr. Karen Eunice Carballo Magaña...**” (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.4.1. El doctor José Fernando Marín Gómez, Especialista en Ginecoobstetricia, señaló en su informe de fecha 20 de enero de 2018, lo siguiente:



³ Oficio 936/2017/JUR-INDESALUD, de 20 de diciembre de 2017, suscrito por el Subdirector de Asuntos Jurídicos del INDESALUD, dirigido al Director de Atención Médica.
Oficio 156, de fecha 9 de enero de 2018, suscrito por el Director de Atención Médica, dirigido al Director del H.G.E. “Dr. Javier Buenfil Osorio”.

“...El día 4 de noviembre de 2017, a las 11:10 am, acude al servicio de Valoraciones (sic) ginecológicas la paciente Karina Banesa Acosta Góngora de 34 años por cursar con embarazo de 40 semanas y con salida franca de fluido transvaginal desde las 7 am del mismo día; a la revisión física presenta producto único vivo intrauterino con 155 latidos por minutos, con contracciones uterinas esporádicas de 1 en 10 min de 45 seg. A la exploración vaginal hay salida franca de líquido amniótico claro y escasamente, cérvix borrado 90% y dos cm de dilatación, así mismo luce la pelvis limitrofe para producto actual. **Plan: se ingresa tococirugía para valorar prueba de trabajo de parto y valorar mejor vía de nacimiento previa prueba de bienestar fetal.** Diagnóstico de ingreso a tococirugía: EMBARAZO DE 40 SEMANAS. TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE Y RUPTURA DE MEMBRANAS DE 3 HRS DE EVOLUCION...” (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.4.2. El doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, Especialista en Ginecoobstetricia, señaló en su informe de fecha 20 de enero de 2018, lo siguiente:

“... me permito informar sobre la atención médica proporcionada por el suscrito a la C. KARINA BANESA ACOSTA GONGORA como médico adscrito en el servicio de tococirugía de este hospital en la guardia nocturna en la fecha 4 de Noviembre del 2017. En dicha fecha recibí el servicio de tococirugía a las 10:15 hrs en donde se encontraba la C. KARINA BANESA ACOSTA GONGORA, con el diagnóstico: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/TRABAJO DE PARRO (sic) FASE ACTIVA/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 14 HORAS DE EVOLUCION, con el plan de: conducción del trabajo de parto con oxitocina, vigilancia de la fcf, actividad uterina y modificaciones cervicales. Al pase de visita la paciente a las 21:00 hrs se encuentra tranquila, cooperadora, con conducción con oxitócica (sic), sin datos de vasoespasmo, percibiendo movimientos fetales, con LCF: 148/min. Movimientos fetales presentes activos. Con 3 contracciones de 45 seg. en 10 min., con cambios cervicales de 8cm dilatación, 90% borramiento, central, blando,, (sic) amnios roto, con salida de líquido amniótico escaso claro con grumos, estación 0, por lo que se decide continuar con la conducción del trabajo de parto con oxitocina y monitorización de la frecuencia cardíaca fetal intermitente, ya que por el momento no presenta complicación para modificar el plan de conducción del trabajo de parto o indicación para manejo quirúrgico, realizando las anotaciones pertinentes en el partograma respectivo de acuerdo a la G.P.C.IMSS 052-08 (vigilancia y manejo de parto) numeral 4.3 y NOM 007 SSA2-2016 numeral 5.5. y se informa al familiar sobre las condiciones de la paciente y el feto, así como el plan de manejo establecido. La paciente continua con monitorización intermitente de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina y lo (sic) cambios cervicales; a las 22:30 hrs presenta una frecuencia cardíaca fetal de 148/min con actividad uterina regular y ya con cambios cervicales de 9 cm de dilatación 90% borramiento, medio, blando, estación 0, amnios roto con salida de líquido amniótico escaso claro, anotándose en el partograma, por lo que se decide continuar con el plan establecido. Sin embargo a las 23:30 presenta nuevamente 9cm de dilatación, y con los mismos cambios cervicales, con una frecuencia cardíaca fetal 140/min. Por lo que se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal de acuerdo a la G.P. C. 052-08 (vigilancia y manejo del parto) Algoritmo 2, por dilatación estacionaria y falta de progresión del trabajo de parto, se informa ampliamente a la paciente y familiar sobre la decisión, riesgos y resultado esperado, firmando libremente y sin presiones los consentimientos respectivos. Se avisa al servicio de anestesia y pediatría. Previo al traslado de la paciente al quirófano se ausculta la FCF a las 23:55”

la cual es de 150/min. **Cabe mencionar que ya había otra paciente programada para cesárea electiva sin urgencia por el momento, sin embargo, se le dio prioridad a la señora KARINA, por tratarse de una urgencia categoría 4 de acuerdo al lineamiento técnico de cesárea.** Ingresando la paciente a sala de quirófano a las 00:09, inicio de anestesia a las 00:30 hrs, se revalora a las 00:40 hrs los cambios cervicales, continua con la misma dilatación y borramiento, se logra rechazar presentación y se obtiene líquido meconial +++ escaso. **Se inicia cesárea a las 00:45 hrs,** obteniéndose un recién nacido del sexo masculino, flácido, con FCF a la palpación del cordón umbilical de 120/min, se aspira boca y nariz, pasando el recién nacido a médico interno de pregrado del servicio de pediatría (no había residente ni adscrito de ese servicio hasta después de 5 minutos), quien inicia maniobras básicas de reanimación neonatal. Continúo el procedimiento qco (sic). Terminando el mismo a las 01:33 hrs pasando la paciente al área de recuperación anestésica. Por parte del servicio de pediatría se brindaron maniobras de reanimación avanzada por 30 minutos sin buenos resultados, determinado (sic) el fallecimiento del recién nacido. Se informa al subdirector en turno, se realizan notas respectivas, con el **diagnóstico postoperatorio de PUERPERIO QCO INMEDIATO/PO CESAREA POR FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO/MORTINATO.** y por parte de nuestro servicio se informa sobre el fallecimiento del recién nacido, al familiar en este caso esposo C. JOSE RICARDO TE AGUILAR y a la paciente C. KARINA BANESA ACOSTA GONGORA, también se les permite abrazar el cuerpo del recién nacido, se les ofrece la realización de la autopsia para determinar la causa exacta del fallecimiento, sin embargo no aceptan el procedimiento. Se elabora el certificado de muerte fetal con los diagnósticos: ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA Y MECONIO EN LIQUIDO AMNIOTICO. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es trasladada (sic) a la sala de ginecología y más tarde al área de pensionados, donde el suscrito la revalora el día 06 nov 2017, encontrándose con buena evolución postoperatoria sin complicaciones. Fue dada de alta hospitalaria el día 07 Nov 2017, con cita con el suscrito para retiro de puntos de sutura y valoración del puerperio el día 14Nov2017. Presentándose la paciente y su esposo a la cita donde presenta puerperio mediato sin complicaciones, útero bien involucionado, escaso sangrado transvaginal, loquios no fétidos con herida quirúrgica bien afrontada sin complicaciones, se retiran puntos de sutura y se cita nuevamente para el día 05 dic 2017 para consulta de puerperio de acuerdo a la NOM 007 SSA2-2016 de acuerdo al numeral 5.6.2.1. Pero no asistió a esta consulta. **De acuerdo a la G.P.C. IMSS436-11 DETECCION Y TRATAMIENTO INICIAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS, la paciente KARINA BANESA ACOSTA GONGORA, NO (NEGATIVO) PRESENTO UNA URGENCIA O EMERGENCIA OBSTETRICA durante el trabajo de parto..." (Sic).**

[Énfasis añadido.]

5.4.3. La C. Karen Eunice Carballo Magaña, residente del 1er año de la especialidad de ginecología y obstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", señaló en su informe de fecha 22 de enero de 2018, lo siguiente:

"...El día 04 de noviembre del 2017, estando de guardia en el servicio de tococirugía, el médico adscrito Rigoberto Hernández Kantún y una servidora recibimos a la paciente **a las 11:30 horas, con el diagnóstico de EMBARAZO DE 40 SEMANAS DE GESTACION POR AMENORREA/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 4 HORAS DE EVOLUCION,** en donde se inicia monitorización cardíaca fetal continua y vigilancia de la progresión del trabajo de parto hasta ese momento a libre evolución ya que no presentaba datos de compromiso materno o fetal. Cursa sin eventualidades durante su estancia **y a las 15:40 horas** con condiciones cervicales favorables para parto vaginal (índice de Bishop de 8/10)

puntos), con ruptura de membranas de 7 horas y sin datos de corioamnioitis (criterios de Gibbs), **se decide iniciar la conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5 mU/minuto, previo informe a la paciente.** Durante el transcurso del día continuamos con vigilancia del trabajo de parto, registrándose de manera continua en el partograma. **Al término del turno a las 19:20 horas** se valora a la paciente, en donde se ausculta frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto mediante doppler y con dilatación cervical de 7 cm. **A las 21:00 horas entrego el turno al Dr. José Alejandro Martínez Zavala,** con la paciente en conducción del trabajo de parto con oxitocina, al pase de visita se encuentra a la paciente tranquila, cooperadora, refiriendo adecuados movimientos fetales, con FCF de 148 lpm, al tacto vaginal cérvix, blando, 90% de borramiento, 8 cm de dilatación, amnios roto con salida de escaso líquido claro con grumos no fétido, producto en estación 0, presentando 3 contracciones de 45 segundos en 10 minutos, sin datos de compromiso fetal, por lo que decidimos continuar con la conducción del trabajo de parto, bajo monitorización cardíaca fetal continua. **A las 22:30** presenta 148 latidos por minuto, al momento de realizar el tacto vaginal se encuentra con cérvix central, 90% de borramiento, 9 cm dilatación, misma que se registra debidamente en el partograma. Sin embargo **a las 23:30 horas** con 144 latidos por minuto, presenta nuevamente 9 cm de dilatación y con los mismos cambios cervicales, motivo por el cual **se decide programar para interrupción del embarazo por vía abdominal por falta de progresión del trabajo de parto,** se informa ampliamente a la paciente y al familiar sobre la conducta a seguir, se explica los riesgos y posibles complicaciones y se otorgan los consentimientos informados correspondientes, los cuales firman aceptando el procedimiento libremente. Previo traslado de la paciente a sala de quirófano a las 23:55 horas, se inicia reanimación hídrica con 800cc de cristaloides, se ausculta frecuencia cardíaca fetal en 150 latidos por minuto, sin desaceleraciones. La paciente ingresa a sala de quirófano a (Sic) el día 05/11/17 a las 00:09 horas con presión arterial de 150/90 mmHg, se inicia anestesia a las 00:30 horas. A las 00:40 horas, bajo efectos de bloqueo peridural, posterior a realizar la asepsia y antisepsia de la paciente, realizo tacto vaginal con la misma dilatación y borramiento, se logra rechazar la presentación y se obtiene líquido meconio ++++. **A las 00:45 horas se inicia cirugía y a las 00:50 horas se obtiene producto único masculino con peso de 3780 gramos, el cual se observa hipotónico, teñido de líquido amniótico meconio ++++,** con FCF a la palpación del cordón umbilical de acuerdo con el médico adscrito de ginecología de 120 latidos por minuto, se pasa al médico interno de pediatría quien inicia medidas básicas de reanimación neonatal sin respuesta, a los 5 minutos acude a sala de quirófano médico adscrito de pediatría quien inicia medidas de reanimación neonatal avanzadas sin respuesta del producto, a los 30 minutos, posterior a varios ciclos de reanimación, se dictamina la defunción del producto. A las 01:33 horas se da por finalizado el evento quirúrgico, pasa la paciente estable al área de recuperación. Se informa del caso al subdirector en turno, realizamos las notas correspondiente con **el diagnóstico posoperatorio de PUERPERIO QUIRURGICO INMEDIATO/ PO CESAREA POR FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO/ MOTINATO,** se da informes al familiar responsable acerca del fallecimiento del producto, se ofrece la realización de la autopsia para determinar la causa exacta de la muerte y si se hubiera podido asociar a alguna malformación congénita, sin embargo el familiar no acepta el procedimiento. Se realiza el certificado de muerte neonatal por médico adscrito de ginecología en turno y se entrega a trabajo social **con los diagnósticos de ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA Y MECONIO EN LÍQUIDO AMNIÓTICO.** La paciente permanece en vigilancia del puerperio quirúrgico en área de pensionados en ésta unidad y el día 07/11/17 es egresada a (Sic) aparentemente sin complicaciones, con manejo antimicrobiano, analgesia y se informan datos de alarma obstétrica. El día 14/11/17 acude a urgencias ginecoobstétricas, en donde se realiza el retiro de puntos de sutura sin eventualidades, se informan datos de alarma obstétrica..." (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5. Posteriormente, la **Secretaría de Salud del Estado**, por oficio DG/DAT/00000302/2018, de fecha 6 de febrero de 2018, suscrito por el Director del Hospital General de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, remitió el informe rendido por el **Doctor Rigoberto Hernández Kantún**, en el que se aprecia, lo siguiente:

“...I. Niego categóricamente que el suscrito sea responsable de haber violado el Derecho Humano a la Salud de la Paciente KARINA BANESA ACOSTA GONGORA, debido a que brindé los servicios de atención médica a la usuaria, un diagnóstico temprano y proporcione el tratamiento oportuno, en base a la sintomatología que presentaba, tal y como señala el artículo 33, fracción II, de la Ley General de Salud. Lo anterior, debido a que siempre tengo el deber ético y moral de cuidar la salud, integridad y vida del paciente, lo cual hice en el caso concreto que nos ocupa, pues mis servicios médicos siempre tienen el objetivo de proteger, recuperar, o en su caso, rehabilitar la salud del paciente, y con ello, dar cumplimiento al artículo 8, fracción II y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

II.- El suscrito tiene un horario laboral de las 08:00 horas hasta las 20:00 horas, de lunes a viernes. Mi puesto es médico especialista en ginecología y obstetricia.

III.- Ahora bien, a efecto de establecer un orden cronológico, es importante señalar que la atención médica fue brindada de la siguiente forma:

1.- El día cuatro de noviembre de 2017 (04/11/17), a las 11:30 horas, recibo a la paciente en el área de tococirugía con el diagnóstico de embarazo de 40 semanas, trabajo de parto en fase latente con ruptura de membranas de 4 horas de evolución, brindando la siguiente atención médica: hidratación realizar registro cardiotocográfico con libre evolución de trabajo de parto y valorar inducción con vigilancia de la progresión de trabajo de parto, todo esto anotado en notas de evolución, **además de iniciar el llenado del partograma con vigilancia cada hora de la frecuencia cardíaca fetal y la progresión del parto.**

2.- A las 12:50 horas del mismo día (04/11/17) se coloca nueva nota de revisión de caso clínico con los siguientes hallazgos: con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto con 1 cm de dilatación con 70% de borramiento, salida de líquido amniótico claro con grumos, a las 15:40 hrs se plasma nota donde se especifica una frecuencia cardíaca fetal de 160 latidos por minuto borramiento del 70% con 5 cm de dilatación con salida de líquido amniótico claro con grumos no fétido, **decidiendo iniciar conducción de trabajo de parto con solución glucosa más oxitocina a dosis respuesta, continuando con la vigilancia de la progresión del parto y el latido fetal cada hora en partograma.**

3.- A las 19:20 horas del mismo día (04/11/17), se coloca última nota de revisión en partograma donde se especifica 8 cm de dilatación, membranas rotas, frecuencia cardíaca fetal de 136 latidos por minuto, continuando con la vigilancia de trabajo de parto. Finalizando mi turno de salida a las 20:00hrs. Quedando a cargo de médico de turno nocturno.

IV. Como puede observarse, la atención médica prestada por el suscrito a la paciente cumple con las obligaciones de medios, ya que despliegue una actividad diligente dirigida a proteger y restaurar la salud de la paciente, aunado a esto, el suscrito cumplió con las obligaciones de medios debido a que proporcione atención médica adecuada, oportuna, temprana y de calidad, con medidas inmediatas, legales, institucionales, aplicando el tratamiento con los recursos e insumos del propio instituto, y sobre todo, en mi turno se mantuvo una vigilancia estrecha de la paciente, con el diagnóstico y tratamiento adecuado, en base a la sintomatología y mejoría que presentaba la paciente en ese momento. A tal grado que el mismo

médico del siguiente turno decidió continuar con el mismo tratamiento, para que dependiendo de la evolución clínica de la paciente decidiera continuar o cambiarlo.

Debemos puntualizar, que el suscrito si cumplió con las obligaciones de medios, ya que desplegué en pro de la paciente los conocimientos de la ciencia médica, y de mi pericia, y sobre todo, de los dictados de la prudencia, sin que pueda ser responsable del desenlace de la evolución clínica de la paciente. No olvidemos, que durante mi turno la paciente estuvo estable, con frecuencia cardíaca fetal normal, siempre estuvo en estrecha vigilancia, sin datos de alarma clínica que demostrarán la necesidad de iniciar con un tratamiento diferente.

V. Es menester señalar, que en el caso de la medicina, el elemento material es un organismo vivo que tiene su propia dinámica, de modo que el médico, aunque puede aproximarse mediante los exámenes que considere pertinentes en base al cuadro clínico con la cual se presenta la paciente, nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final, y tal como sucedió en el caso concreto, el suscrito cumplió con sus obligaciones de medios porque dio un diagnóstico y tratamiento temprano, mantuvo estrecha vigilancia de la paciente, se apoyó del servicio de enfermería para que me hieran (Sic) del conocimiento si la salud de la paciente se agravaba, o cambiaba un dato de alarma clínica. Dicho seguimiento de la evolución de la salud de la paciente duró en mi turno, en el cual la evolución natural del parto estuvo siempre bajo vigilancia.

En conclusión, es menester señalar que el suscrito respeto el Derecho Humano a la Salud de la paciente KARINA BANESA ACOSTO GONGORA, debido a que cumplí con mis obligaciones de medios y deberes de cuidado, mediante un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, y seguimiento estrecho en la evolución clínica de la paciente, tal y como señala el artículo 33, fracción II, de la Ley General de Salud..." (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1. Al informe de la autoridad señalada como responsable, se adjuntó copia certificada del expediente clínico número 17/10483, iniciado por personal del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", para documentar la atención médica proporcionada a Karina Banesa Acosta Góngora, del cual se transcriben las notas médicas de relevancia siguientes:

5.5.1.1. Resumen médico, de fecha 17 de noviembre de 2017, elaborado por la Doctora Patricia Cú Quijano, Jefa de Servicio de Ginecoobstetricia, del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, (consultable en la foja 3 del expediente clínico de referencia), en el que se asentó lo siguiente:

"... **FECHA DE INGRESO: 04/Nov/17 FECHA DE EGRESO: 07/11/17** Se trata de paciente femenino de 34 años de edad, G1, la cual... ingresa por modulo mater con los diagnosticos de... **EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 4 HORAS DE EVOLUCION...** AGO: Menarca 11 años, ciclos regulares 30X7 días, dismenorrea, FUM 31/01/17, FPP 07/11/17, IVSA 18 años, NPS 1, ETS: NO... G1. Embarazo actual llevo control prenatal desde el primer trimestre, 8 consultas, ingesta de ácido fólico y fumarato ferroso, aplicación de TTD e influenza, niega antecedentes de amenazas de aborto o parto pretérmino. Niega antecedentes infecciosos. Embarazo normoevolutivo. Paciente la cual ingresa proveniente de su domicilio por referir salida de líquido transvaginal de abundante cantidad el día 04/11/17 a las 07:00 horas, posteriormente inicia con dolor cólico en hipogastrio acompañado de actividad uterina irregular, motivo por el cual acude a valoración. Ingres a tococirugía con los siguientes paraclínicos: - 

Laboratorios (04/11/17): hb. 14.13, hto. 41.90, plaq. 111.30, Leuc. 11.81, TP. 13, TTP. 25.60 EGO (04/11/17): pH. 6, prot. 30 mg/dl, cuerpos cetónicos. 15 mg/dl, nitritos negativo, leucocitos 12-15 por campo, bacterias algunas. (ilegible por perforación de constancia) del 19/10/17 con embarazo de 36.6 semanas, placenta corporal posterior grado II/III de madurez, FPP: 10/11/17— traspolado al 04/11/17: 39.1 semanas. **Es ingresada a tococirugía a las 11:30 horas** del mismo día, donde se inicia monitorización continua de la FCF y libre evolución del trabajo de parto. Durante su estancia se mantiene vigilancia estrecha de las modificaciones cervicales, **a las 14:50 horas** la paciente refiere aumento de la contractibilidad uterina y a la exploración física se encuentra en fase activa del trabajo de parto (5 cm de dilatación) con Bishop de 8 puntos, categoría 1, por lo que se decide iniciar la conducción del trabajo de parto con oxitocina a dosis de 5ml/minuto. Durante el trabajo de parto se mantiene en vigilancia estrecha de la FCF, la actividad uterina y las modificaciones cervicales, con registro de las modificaciones en el partograma. Continúa con adecuada progresión del trabajo de parto, **se registra cambio de turno a las 21:00 horas donde se encuentra con 8 cm de dilatación, con RCTG categoría 1. A las 22:30 al momento de realizar tacto vaginal se encuentra con 9 cm dilatación, misma dilatación que presenta a las 23:30 horas, motivo por el cual se decide programar para interrupción del embarazo por vía abdominal por falta de progresión del trabajo de parto**, se informa a la paciente y al familiar sobre la conducta a seguir, se explica los riesgos y posibles complicaciones y se otorgan los consentimientos informados correspondientes, los cuales firman aceptando el procedimiento. **El día 05/11/17 a las 00:40 horas es intervenida quirúrgicamente y a las 00:50 horas** se obtiene producto único masculino con peso de 3780 gramos, el cual se observa hipotónico, teñido de líquido amniótico meconio +++, se pasa al médico interno de pediatría quien inicia medidas básicas de reanimación neonatal sin respuesta, a los 5 minutos acude médico adscrito de pediatría quien inicia medidas de reanimación neonatal avanzadas sin respuesta del producto, a los 30 minutos, posterior a varios ciclos de reanimación, se dictamina la defunción del producto. Se realiza el certificado de muerte neonatal por médico adscrito de ginecología en turno y se entrega a trabajo (ilegible por perforación de constancia). La paciente permanece en vigilancia del puerperio quirúrgico y el día 07/11/17 es egresada a (Sic) aparentemente sin complicaciones, con manejo antimicrobiano, analgesia y se informan datos de alarma obstétrica. Se cita (Sic) en 7 días a módulo mater para retiro de puntos de sutura. El día 14/11/17 acude a módulo mater para vigilancia del puerperio y retiro de puntos, se retiran los puntos de sutura sin complicaciones aparentes, se cita el día 05/12/17 para continuar bajo vigilancia del puerperio..." (Sic)

[Énfasis añadido.]

5.5.1.2. Nota de triage obstétrico, del Hospital de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", de fecha 4 de noviembre, **10:45 horas**, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, (consultable en la foja 22 reverso del expediente clínico) sin presencia de año, **ni el nombre y firma de quien la expide.**

5.5.1.3. Valoración por Ginecología y Obstetricia, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **11:10 horas**, suscrita por el Doctor José Fernando Marín Gómez, Ginecología y Obstetricia, (consultable en la foja 22 del expediente clínico) en la que se asentó lo siguiente:

"... 130/60. 36.5° FC: 80x TALLA: 152 CM peso: 76 kg Paciente PRIMIGesta (sic) de 34 años a ACUDE (sic) POR emb de 40 sdg x USG. (FUR: 31/ene/17), **y dolor tipo obstétrico irregular y salida de LA a lñas (sic) 7 am**, menciona movimientos fetales normales, niega datos de vasoespasmo... control prenatal: SSA en wilberth Escalante curso con cervicovaginitis a las 38 sg, resto

normoevolutivo este embarazo .ingesta (sic) de hematinicos. EF: paciente con buena coloración tegumentaria, tranquila, sin facies de dolor, colaboradora, afebril, conciente, sv estables. TA: 130/80 mm de hg, cardiorespiratorio sin compromiso. Abdomen: FU: 33 CM,DD,CEFALICO, ENCAJADO, LCF: 155 X', se detecta 1 contraccion de 45 seg en 10 min. TV: central, borrado 90% con 2 cm de dilatación, amnios roto LA escaso claro con grumos, presentación encajado, pelvis limite para producto actual, extremidades sin alteraciones. Comentario: paciente que cursa con emb de 40 sdg x FUR la cual se encuentra en fase latente, se ingresa a prueba de t-de parto,hay (sic) Bishop de 9, valorar via de obtención Dx: EMBARAZO DE 40 SDG. t. de parto. RPM de 3 hrs INDICACIONES MEDICAS 1- ayuno 2- Rutina de enfermería. 3- sol. fisiológica 1000cc P/8hrs 4- ingresa a toco 5-laboratorios básicos. PBF 6-delicada..." (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.4. Nota de ingreso a Tococirugía, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **11:30 horas**, suscrita por el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, médico de base de Ginecología y Obstetricia, y el apellido Carballo de la residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 23 del expediente clínico) en el que se asentó:

"... quien ingresa por urgencias con diagnóstico de **EMBARAZO DE 40 SDG/TPFL/RPM DE 3 HORAS**. PA: Refiere inicia el día de ayer por la noche con dolor tipo colico en hipogastrio, acompañado de actividad uterina irregular, refiere expulsión de tapo (sic) mucosanguinolento ayer, salida de líquido transvaginal a las 07:00 horas, refiere adecuados movimietos (sic) fetales, niega datos de vasoespasmo... G1: Actual, refiere inicio de control prenatal en el 2° mes, con 9 consultas en total, ingesta adecuada de hematínicos, niega amenazas de aborto o parto pretermino. Niega antecedentes infecciosos previos. Aplicación de toxoide tetánico en su unidad de salud. SV: TA: 110/70 FC: 82x' FR: 18x' T:36.0°C Refiere movimientos fetales activos, actividad uterina irregular de baja intensidad, escasa salida de líquido transvaginal, niega datos de vasoespasmo u otra sintomatología agregada. EF: A su ingreso se encuentra, conciente, alerta, orientada, adecuado estado de hidratación y coloración de piel y tegumentos, normocefalo, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de utero gestante, AFU: 31 cm, con PUVI cefálico, longitudinal, dorso derecha, FCF 132 latidos por minuto con doppler, movimientos fetales, palpo 2 contracciones de 30 segundos en 10 minutos, TV cérvix intermedio, 60% de borramiento, resistente, 2 cm de dilatación, se palpa amnios plano, sin embaragio (sic) valsalva y tarnier positivos con salida de líquido claro no fétido, producto abocado, pelvis útil, sale guante explorador con escaso manchado hemático, extremidades íntegras, funcionales , ROTs normales, sin edema. Paciente primigesta cursando con embarazo de termino por amenorrea, la cual rpresenta (sic) RPM de 4 horas de evolución, hasta el momento sin criterios de Gibbs, cuenta con Bishop desfavorable de 3 puntos, iniciamos monitorización de la FCF, se indica RCTG, dinámica uterina y de acuerdo a resultado, se valorara la necesidad iniciar inducción del trabajo de parto, por el momento dejamos a libre evolución de la progresión del trabajo de parto, con vigilancia estrecha de la FCF así como desarrollo de criterios de Gibbs. **Se inicia cobertura antimicrobiana y vigilancia de curva térmica. IDX: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ TPFL/ RPM DE 4 HORAS DE EVOLUCION Plan: hidratación, registro cardiotocográfico, monitorización de FCF, así como progresió (sic) del trabajo de parto. Vigilancia estrecha de criterios de Gibbs. Pronóstico reservado.."** (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.5. Partograma, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas, nombres del personal médico ilegibles, (consultable en la foja 20 del expediente clínico) en el que se aprecia:

“... PESO 76 TALLA 1.50 TENSION ARTERIAL 110/80 FC 80 X MIN TEMP 36.5 RESP 18... DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL CONTROL PRENATAL (SI)... CENTRO DE SALUD 8 A PARTIR DEL... 2° TRIM... SANGRADO TRASVAGINAL No... ESTADO DE LAS MEMBRANAS... (ROTAS) FECHA: 04/11/17 HORA: 11:30 (claro con grumos)... FRECUENCIA CARDIACA FETAL X MINUTO 142 AUDIBLE (SI)... INTENSIDAD... (++)... RITMO (SI)... CERVIX... (CENTRAL)... (BLANDO)... (SEMIBORRADO) (BORRADO)... LONGITUD... ½ cm... DILATACIÓN... 1 cm DIAGNOSTICO: Emb (ilegible) 40 SDG/RPM/TPFA...

| FECHA | | 04/11/17 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| HORA | | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 14:00 | 15:00 | 16:10 | 17:00 | 19:20 | 20:30 | 21:45 | 22:00 | 22:15 | 22:35 | 22:30 | 23:55 |
| FRECUENCIA | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 140 | 142 | 136 | 140 | 160 | 163 | 166 | 152 | 144 | 136 | 156 | 158 | 156 | 148 | 144 | 140 | 150 |
| C. FETAL | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAT/min. | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (x) | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DILATACION | 10 | 11:30 | 12:50 | 14:40 | 15:40 | 16:20 | 17:45 | 19:00 | 19:20 | 20:35 | 2:30 | 22:30 | 23:30 | |
|---------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| en cms... | 9 | | | | | | | | | | | * | * | PLANO |
| (AMNIOTOMIA) | 8 | | | | | | | | * | * | * | | | HODGE |
| O Ruptura | 7 | | | | | | * | * | | | | | | (+) |
| | 6 | | | | | * | | | | | | | | LIBRE |
| Espontánea de | 5 | | | | * | | | | | | | | | I |
| Membranas | 4 | | | * | | | | | | | | | | II |
| 11:30 HORAS | 3 | | | | | | | | | | | | | III |
| (Hora Real) | 2 | | | | | | | | | | | | | IV |
| | 1 | * | * | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|-------|--|-----|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| LIQUIDO AMNIÓTICO | | Claro | | Con | | grumos | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|-------|--|-----|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURACION DE LA CONTRACCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MILIUNIDADES DE OXITOCINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALGESIA BLOQUEO (B) SEDACIÓN (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T.A. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMPERATURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROTEINURIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CETONURIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOLUMEN URINARIO (ml) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOLOR/LOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------|--------------|-----------|--------------|---|
| PELVIS | ESTRECHOS | | | S= SUFICIENTE L= LIMITE R= REDUCIDA |
| | SUPERIOR () | MEDIO () | INFERIOR () | |

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS INTRAVENOSOS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MEDICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
 FECHA DE NACIMIENTO 05 11 17 HORA 00:50 Hr..
 CESÁREA KERR X...
 INDICACIÓN PRINCIPAL falta de Progresión del TP
 PROLONGACIÓN HISTEROTOMÍA... SI X (DESCRIBIR) Izq 4 cc EXTRACCIÓN
 DEL PRODUCTO (MÉTODO) Manual
 COMPLICACIONES (ilegible)...
 ANALGESIA EN T. DE PARTO NO X...
 PRODUCTO OBTENIDO... MUERTO X APGAR AL MIN 0 APGAR 5 MIN 0



PESO 3780 TALLA 52 SEMANAS 40...

REANIMACION NEONATAL SI X ...

EVOLUCIÓN DEL PARTO O LEGRADO... 19:20 hrs 04/11-17 EF.- 8 cm de dilatación abocado membranas rotas, líquido claro grumoso, AU: 3 cont en 10 min 45 seg. Frecuencia cardiaca fetal 136 latidos x min ..." (Sic).

5.5.1.6. Nota de evolución tococirugía, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **12:50 horas**, suscrita por el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, médico de base de Ginecología y Obstetricia, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 23 reverso del expediente clínico) en la que se observa:

"... cursando con los diagnósticos mencionados anteriormente. Se ausculta FCF de 140 lpm, sin desaceleraciones, percibe movimientos fetales activos, actividad uterina irregular, genitales acorde a edad y sexo, al tacto vaginal cérvix central, Blando, 70% de Borramiento, 1 cm de dilatación, Valsalva y tarnier positivos con salida de líquido claro con grumos no fétido, producto en estación -1, extremidades sin alteraciones. **IDx: Embarazo de 40 SDG por FUM/RPM de 6 horas/TPFL Plan: Vigilancia de las modificaciones cervicales, por el momento mantenemos libre evolución, vigilancia de criterios de GIBBS...**" (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.7. Nota de evolución de tococirugía, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **15:40 horas**, suscrita por el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, médico de base de Ginecología y Obstetricia, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 49 reverso del expediente clínico) en la que asentó:

"... 100/70... 82x'... 17x'... 36.2°C... cursando con los diagnósticos de **EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/TPFL/RPM DE 7 HORAS DE EVOLUCION.** Actualmente la paciente refiere dolor tipo colico en hipogastrio, actividad uterina regular de intensidad variable, movimientos fetales presenta, niega datos de vasoespasmo. A la exploración física encuentro paciente consciente, orientada, tranquila, cooperadora, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante, AFU de 31 cm, PUVI cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda materna. FCF 160 lpm, movimientos fetales activos, palpo 3 contracciones de 35 segundos en 10 minutos, genitales acorde con edad y sexo, al tacto vaginal cérvix central, blando, 70% de borramiento, 5 cm de dilatación, amnios roto, salida de escaso líquido claro con grumos no fétido, producto en estación -1, calotas firmes, pelvis útil para producto actual, cavidad vaginal eutermica, sale guante explorador con escaso manchado hemático no fétido, extremidades íntegras, funcionales, ROTs normales, sin edema. Paciente primigesta cursando con embarazo de termino por amenorrea, con antecedente de RPM de 7 horas, hasta el momento estable, sin datos de corioamnioitis, **ya cuenta con cobertura antimicrobiana, en este momento presenta Bishop de 8 puntos, favorable para parto vaginal, por lo que se decide iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5mU/minutos a dosis — respuesta. Mantendremos vigilancia estrecha de la progresión del trabajo de parto. Idx: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/TPFA/RPM DE 7 HORAS DE EVOLUCIÓN. Plan: iniciamos conducción del trabajo de parto con oxitocina a dosis — respuesta. Mantenemos vigilancia de la FCF, actividad uterina y modificaciones cervicales. Paciente delicada. Pronóstico reservado a evolución...**" (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.8. Nota de evolución tococirugía, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **21:00 horas**, suscrita por el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 24 del expediente clínico) en la que se asentó:

“... 110/70... 84x’... 19x’... 36.4°C... diagnósticos de EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/TPFA/RPM **DE 14 HORAS DE EVOLUCION**. Actualmente la paciente refiere dolor cólico en hipogastrio, actividad uterina regular de intensidad variable, movimientos fetales presentes, niega datos de vasoespasmo. A la exploración física encuentro paciente consciente, orientada, tranquila, cooperadora, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de utero gestante, AFU de 31 cm PUVI cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda materna, FCF 148 lpm, movimientos fetales activos (ilegible) contracciones de 45 segundos en 10 minutos, genitales acordes a edad y sexo, al tacto vaginal cérvix central, blando, 90% de borramiento, 8 cm de dilatación, amnios roto con salida de escaso liquido claro con grumos no fétido, producto en estación 0, calotas firmes, pelvis útil para producto actual, cavidad vaginal eutermica, sale guante explorador con escaso manchado hemático no fétido, extremidades integrales, funcionales, ROTs normales, sin edema. Paciente secundigesta cursando con embarazo de termino por amenorrea, actualmente en fase activa del trabajo de parto, en conducción con oxitocina a 5 U/ minuto, presenta actividad uterina irregular, por lo que cotinuamos (sic) con vigilancia de la progresión del trabajo de parto. Mantenemos monitorización continua de la FCF. **Idx: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ TPFA/ RPM DE 14 HORAS DE EVOLUCION. Plan: conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5mUI/ minuto. Se mantiene vigilancia de la FCF, actividad uterina y modificaciones cervicales. Paciente delicada. Pronóstico reservado...**” (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.9. Nota de evolución tococirugía y prequirúrgica, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **23:40 horas**, suscrita por el Dr. José Alejandro Javier Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, cédula profesional 4584704, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 24 del expediente clínico) en la que se asentó:

“... 120/80... 84x’... 21x’... 36.5°C... diagnósticos de EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ RPM **DE 14 HORAS DE EVOLUCION/ TPFA** Actualmente refiere actividad uterina regular de moderada intensidad, movimientos fetales activos, escaso sangrado transvaginal, niega datos de vasoespasmo. A la exploración física encuentro paciente consciente, orientada, tranquila, cooperadora, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de utero gestante y abundante panículo adiposo, PUVI longitudinal, cefálico, dorso a la derecha materna, FCF de 140 lpm, movimientos fetales presentes, actividad uterina regular de 4 contracciones 45-50 segundos en 10 minutos, tacto vaginal cérvix central, borrado 9 cm de dilatación, amnios roto con salida de liquido claro con grumuos (sic) no fétido, producto en estación +1, caput ++, pelvis útil, extremidades íntegras, funcionales, ROTs normales, sin edema. **ANALISIS: paciente que cursa con 9 cm dilatación desde kas (sic) 22:30 hrs y repite a las 23:30, sin progreso de la dilatación y borramiento, motivos por el cual se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal por falta de progresión (sic) de trabajo de parto. Se informa al familiar sobre los riesgos y complicaciones de la**

intervención quirúrgica, firma los consentimientos informados propios aceptando el procedimiento. Se solicita 1 paquete globular, pendiente recabar folio. Se solicita valoración por anestesiología. Se informa al servicio de pediatría. Pasará a quirófano en (sic) seguida, a pesar de que se encontraba programada para cesárea otra paciente. **Idx: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ RPM DE 15 HORAS DE EVOLUCION / FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO Plan: CESAREA: Se suspende la conducción con oxitocina, se indica preparación para cesárea. Pasará a quirófano al solicitar. Paciente delicada...** (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.10. Nota de revaloración, de fecha 05 de noviembre de 2017, a las **00:40 horas**, suscrita por el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sin firma, (consultable en la foja 24 del expediente clínico), en el que se asentó:

“... Con la paciente Bajo efectos de Bloqueo Peridural Posterior a Realizar la sepsia y antisepsia, Realizo tacto vaginal con cérvix Central, Borado, con 9 cm de dilatación Rechazo la presentación **obteniendo líquido meconio +++**. Se procede a continuar con el vestido quirúrgico de la paciente, se informa a Pediatría. No se logra Informar al familiar...” (Sic).

5.5.1.11. Autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica, de fecha 04 de noviembre de 2017, suscrita por el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, Ginecología y Obstetricia, (consultable en la foja 26 del expediente clínico), en la que se asentó:

“...Diagnóstico preoperatorio: **EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM / RPM DE 15 HORAS / FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO. Cirugía Proyectada: CESAREA... REGISTRO DE LA OPERACIÓN... 05/11/17 HORA: 02:00hrs SALA: 01 Diagnóstico preoperatorio: EMB. 40 SDG POR FUM / RPM de 15 horas / FPTP Cirugía Realizada: Cesárea Tipo de Anestesia: BDP... OPERACIÓN CESAREA TIPO KERR 1. Bajo bloqueo peridural, se realiza asepsia y antisepsia de región umbilical, seguido de colocación de campos estériles, sonda foley colocada previo a ingreso a sala de quirófano. 1. Se inicia operación cesárea tipo Kerr con incisión longitudinal infraumbilical y disección de pared por planos hasta cavidad abdominal, se corrobora hemotasia. 1. Se realiza corte semilunar del peritoneo vesical y se desciende digitalmente, se realiza histerotomía con incisión semilunar de musculo uterino a nivel del segmento, hasta obtener la amplitud necesaria respetando los paquetes vasculares laterales, segmento adelgazado. 2. Ruptura del saco amniótico con salida de líquido meconio +++ , se observa presentación del producto, se calza y se extrae a producto en cefálico (sic), se aspiran secreciones de boca y nariz, previo a pinzamiento y corte del cordon umbilical, se palpa latido cardiaco de 120 latidos, se pinza y corta. Se pasa producto hipotónico a médico interno de pediatría. 3. Identificación de ambos labios de incisión del segmento y toma de ambos ángulos, se observa prolongacio (sic) del ángulo izquierdo de aprox 4 cm, se toma vértice, se controla hemostasia. 4. Extracción de la placenta corporal posterior, revisión y limpieza de la cavidad uterina y permeabilidad del cuello. 5. Se sutura primer plano de histerorrafia con catgut crómico 1-0 atraumatico puntos surgete continuo, se sutura segundo plano puntos cushing, con catgut crómico 1-0, se afronta peritoneo visceral con cromico 1-0, se corrobora hemostasia a satisfacción. 6. Se realiza revisión de cavidad, asi como de correderaras (sic) parietocólicas, se observa con escaso meconio, se corrobora hemostasia de la histerorrafia. 7. Cierre de cada plano, respetando anatomía de la pared abdominal, hasta piel, se corrobora hemostasia. **PRODUCTO MASCULINO PESO 3780 GR APGAR 0-0 TALLA 52 CM HN 00:50 HRS FN: 05/11/17 SE PASA PRODUCTO HIPOTÓNICO A MEDICO INTERNO DE PEDIATRÍA QUIÉN INICIA MEDIDAS DE REANIMACION NEONATAL, SIN RESPUESTA.****

QUIEN DA AVISO A RESIDENTE Y ADSCRITO DE PEDIATRIA, QUIENES SE PRESENTAN PROXIMADAMENTE (sic) A LOS 5 MINUTOS DEL LLAMADO E INICIAN REANIMACION NEONATAL AVANZADA. LIQUIDO AMNIÓTICO MECONIO +++ , PLACENTA CORPORAL POSTERIOR, CORDON UMBILICAL NORMAL. ALTO RIESGO DE DEHISCENCIA POR SUTURAS FRIABLES E INFECCIÓN, ENDOMETRITIS Y SEPSIS POR EL MECONIO. PASA PACIENTE A RECUPERACION AUN BAJO EFECTO DE ANESTESIA. PACIENTE DELICADA, PRONOSTICO RESERVADO A EVOLUCION. SANGRADO 600 CC. DIURESIS: 100 CC. TEXTILES: COMPLETOS. COMPLICACIONES: PROLONGACION DEL ANGULO IZQUIERDO DE LA HISTEROTOMIA DE APROX 4 CM, SE DETERMIN (sic) **EL FALLECIMIENTO DEL PRODUCTO POR PARTE DEL ADSCRITO DE PEDIATRIA, A PESAR DE LA REANIMACION NEONATAL AVANZADA. MPF: SE OFRECE Y NO ACEPTA..." (Sic).**

[Énfasis añadido.]

5.5.1.12. Carta de Consentimiento Informado para la aplicación de anestesia, de fecha 04 de noviembre de 2017, firmado por Karina Banesa Acosta

Góngora, sin firma de dos testigos. (consultable en la foja 31 del expediente clínico).

5.5.1.13. Consentimiento Informado para procedimientos quirúrgico y/o terapéuticos, de fecha 04 de noviembre de 2017, firmado por Karina Banesa Acosta Góngora, sin firma de un testigo. (consultable en la foja 35 del expediente clínico).

5.5.1.14. Nota postquirúrgica, de fecha 5 de noviembre de 2017, a las 02:00 horas, suscrita por el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, y el apellido Carballo, residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, **sin firma**, (consultable en la foja 24 reverso del expediente clínico) en la que se asentó:

"... DX PREQUIRURGICO: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ RPM DE 15 HORAS DE EVOLUCION/ TPFA/ FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO. DX POSTQUIRURGICO: PUERPERIO QUIRURGICO INMEDIATO, PO CESAREA POR FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO/ MORTINATO. CX PROGRAMADA: CESAREA KERR CX REALIZADA: CESAREA KERR CX: DR MARTINEZ ZAVALA MBGO AYUDANTE: DRA. CARBALLO MBA/R1A MEZQUITA TIPO.- BLOQUEO PERIDURAL INSTRUMENTISTA: ENFERMERA FABIOLA CIRCULANTE: ENFERMERA SELENA PRODUCTO MASCULINO PESO 3780 GR APGAR 0-0 TAL 52 CM HN 00:50HRS FN: 05/11/17 SE PASA PRODUCTO HIPOTÓNICO A MEDICO INTERNO DE PEDIATRIA QUIEN INICIA MEDIDAS DE REANIMACION NEONATAL, SIN RESPUESTA QUIEN DA AVISO A RESIDENTE Y ADSCRITO DE PEDIATRIA, QUIENES SE PRESENTAN APROXIMADAMENTE A LOS 5 MINUTOS DEL LLAMADO E INICIAN REANIMACION NEONATAL AVANZADA. LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO +++ , PLACENTA CORPORAL POSTERIOR, CORDON UMBILICAL NORMAL, ALTO RIESGO DE DEHISCENCIA POR SUTURAS FRIABLES E INFECCION, ENDOMETRITIS Y SEPSIS POR EL MECONIO, PASA A PACIENTE A RECUPERACION AUN BAJO EFECTO DE ANESTESIA. PACIENTE DELICADA, PRONOSTICO RESERVADO A EVOLUCION. SANGRADO 600 CC. DIURESIS: 100 CC. TEXTILES: COMPLETOS. COMPLICACIONES: PROLONGACION DEL ANGULO IZQUIERDO DE LA HISTEROTOMIA DE APROX 4 CM, SE AFROTA (sic) CON CROMICO 1-0, APARENTEMENTE SIN COMPLICACIONES SIN FORMACION DE HEMATOMAS. **SE DETERMINA EL FALLECIMIENTO DEL PRODUCTO POR PARTE DEL ADSCRITO DE PEDIATRIA, A PESAR DE LA REANIMACIÓN NEONATAL A VANZADA. MPF: SE OFRECE Y NO ACEPTA..." (Sic).**

[Énfasis añadido.]

5.5.1.15. Hoja de Enfermería de Quirófano y Recuperación, de fecha 5 de noviembre de 2017, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, en la que en el aparto de medicación y soluciones aplicadas, se aprecia:

“...Sol. glucosada 5% 1000 cc con 20 unidades de oxitocina, y solución salina 1000 cc, ambas para 8 horas, cefotaxima 1 gr c/8, clindamicina 60 mg c/8, metoclopramida 10 mg c/8, y ranitidina 50 mg c/12, **pendiente Despamen** por no contar en el servicio...” (Sic)

[Énfasis añadido.]

5.5.1.16. Nota de alta de Ginecología Cesárea, de fecha 07 de noviembre de 2017, sin hora, (consultable en la foja 4 del expediente clínico) suscrita por personal médico de **nombre ilegible**, en la que se asentó:

“... G1... C:1...FECHA DE INGRESO: 03-11-17 (sic) DX. DE INGRESO: Embarazo 34.3 sem. FECHA DE EGRESO: 07-11-17 DX. DE EGRESO: Puerperio mediato PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA CON DIÁNOSTICO (sic) YA DESCRITO OBTENIENDOSE PRODUCTO POR VÍA ABDOMINAL. MASCULINO X... PESO 3780 KG (sic) TALLA 52 CM APGAR 0 (sic) FECHA DE NACIMIENTO 05-11-17 HORA DE NACIMIENTO 00:50... MPF: Ninguno ACTUALMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ESTABLES TRANQUILA, CONCIENTE CON SIGNOS VITALES. FC 60 FR 18 TEMP. 36 T/A 120/70 MMHG. ABDOMEN CON PRESENCIA DE UTERO EN ADECUADA INVOLUCION, BIEN CONTRAIDO, HERIDA QUIRÚRGICA LIMPIA SIN COMPROMISO CON LOQUIOS HEMATICOS EN ESCASA CANTIDAD, NO FETIDA Y LACTOPOYESIS PRESENTE, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, EXTREMIDADES Y NEUROLOGICO SIN ALTERACIONES. **PLAN: ALTA POR MEJORIA** Vendaje mamario **MEDICAMENTOS:** Cefalexina 500 mg 1 c/8 hrs por 7 días paracetamol 500 mg tomar 1 c/8 hrs CITA EN 1 SEMANA A SU CENTRO DE SALUD PARA VIGILANCIA DE PUERPERIO Y EN 8 DÍAS PARA RETIRO DE PUNTOS...” (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.5.1.17. Nota de valoración módulo MATER, de fecha 14 de noviembre de 2017, a las 17:00 horas, con los apellidos del Dr. Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, (consultable en la foja 2 del expediente clínico) en la que se asentó:

“...Paciente posoperada de cesárea por falta de progresión del trabajo de parto el día 04/Nov/17, la cual acude por retiro de puntos. Actualmente refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, mastalgia. Refiere uresis y excretas al corriente, escaso sangrado transvaginal, niega datos de vasoespasmo. EF. Neurológicamente integra, mucosas normohidratada, mamas congestivas, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, doloroso, a la palpación profunda en marco colico y herida quirúrgica, timpanismo aumentado, normoperistalsis, herida quirúrgica limpia de bordes afrontados, sin datos de infección, se retiran puntos de sutura, sin eventualidades, no hay datos de sangrado activo, útero con adecuada involución, TV diferido, escasos loquios no fétidos, extremidades sin alteraciones. **Plan:** Se informan datos de alarma obstétrica.- Cita abierta a urgencias - Cita 5 de diciembre para vigilancia del puerperio...” (Sic).

5.5.1.18. Certificado de muerte fetal, con número de folio 171005215, de fecha 05 de noviembre de 2017, 00/50 horas, extendida por el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, cédula profesional 4584704, en el que se asentó como causa de la muerte fetal, **a) Asfixia del nacimiento severa;** y **b) Meconio en líquido amniótico.**

5.6. Con fundamento en los artículos 23, fracción IV⁴, 38, fracción II⁵, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche y 79⁶ de su Reglamento Interno, con el objeto de documentar las evidencias necesarias en la investigación de las violaciones a derechos humanos, materia del expediente de mérito, este Organismo Constitucional Autónomo, solicitó, en vía de colaboración, a la Sexta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la emisión de una opinión médica a la luz de la Lex Artis Médica, remitiéndose en respuesta, el oficio número CVG/246/2021, de fecha 19 de mayo de 2021, firmado por la Dra. Arely López Pérez, Directora General de la Cuarta Visitaduría General de la CNDH, mediante el cual, envió lo siguiente:

5.6.1. Opinión médica, de fecha 14 de mayo de 2021, emitida por la Doctora Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a efecto de determinar, alguna violación al derecho a la protección de la salud, que pudiera derivar en negligencia o impericia médica, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, la cual, en su parte conducente, textualmente señala:

(...)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

(...)

ANTECEDENTES

(...)

ANALISIS DEL CASO

“...El caso que nos ocupa se trata de Karina Banesa Acosta Góngora, de 34 años de edad, con el antecedente de infertilidad primaria⁷ y tumor intrauterino, diagnosticados en el Instituto Vida, Instituto de Ciencias en Reproducción Humana, lugar donde le realizaron histeroscopia⁸, corroborándose la presencia de pólipo endometrial benigno⁹, y se completó la

⁴ Artículo 23. Los Visitadores Generales tendrán las siguientes facultades y obligaciones: IV. Realizar las investigaciones y estudios necesarios para formular los proyectos de recomendación o acuerdo, que se someterán al Presidente de la Comisión para su consideración.

⁵ Artículo 38. Cuando para la resolución de un asunto se requiera una investigación, el Visitador General tendrá las siguientes facultades: II. Solicitar de otras autoridades, servidores públicos o particulares, todo género de documentos e informes.

⁶ “Artículo 79. Para el efecto de documentar debidamente las evidencias en un expediente de queja instaurado por presuntas violaciones a Derechos Humanos, la Comisión Estatal, podrá solicitar la rendición y desahogar todas aquellas pruebas que resulten indispensables, con la sola condición de que éstas estén previstas como tales en el orden jurídico mexicano, y no estén reñidas con la moral.”

⁷ Cuando la pareja tras un año de relaciones (sexuales) sin tomar medidas de protección, no ha conseguido un embarazo. Vidal C. Esterilidad e Infertilidad humanas. Abordaje y tratamiento. Farmacia Profesional 2001: 96-100.

⁸ Inspección endoscópica de la actividad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados. Se asocia con altos valores de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico y con altas probabilidades de éxito en el tratamiento de diversas patologías endometriales e intrauterinas, siempre y cuando exista un equipamiento adecuado y un entrenamiento de personal de salud suficiente. Guía de Práctica Clínica de Recomendaciones en histeroscopia. México: Secretaría de Salud 2011, pág. 9.

⁹ Protrusión nodular benigna sobre la superficie endometrial constituido por glándulas, estroma y vasos sanguíneos característicos. Viguera S.A. Escalona M. Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. Rev. Chil Obstet Ginecol 2016; 81 (2):152-158.

el protocolo de estudio de infertilidad primaria, otorgándole tratamiento a base de estimulación ovárica controlada más coito programado, logrando obtener el primer embarazo para la paciente en fecha 06 de marzo de 2017, a las seis semanas de gestación por fecha de última menstruación, 31 de enero de 2017 (Foja 013).

Con relación a lo anterior, la bibliografía médica describe que la intervención del útero en la reproducción es múltiple y compleja. Este órgano debe ser lo suficientemente multifacético en sus actividades como para permitir que acontezcan una serie de fenómenos dentro de una estructura relativamente pequeña, que incluyen: el transporte de espermios, implantación del huevo y mantenimiento del embarazo. Es lógico, por tanto, deducir que su afección en el desarrollo del embarazo, **constituirá causa de infertilidad**. Etiológicamente debe considerarse la afección uterina dividida en: endometrial, neoplásica y las producidas por malformaciones. Las causas más frecuentes de infertilidad por factor uterino lo constituyen: el mioma, el síndrome de Asherman, las anomalías congénitas y los **pólipos endometriales**, entre otras.

Los pólipos endometriales pueden producir infertilidad e interferir con la implantación del blastocisto dentro de la cavidad, impedir la migración de los espermatozoides y alterar los cambios cíclicos del endometrio, ya que no responden a los cambios hormonales, pero sufren hiperplasias.

En estudio de 478 pacientes procedentes de la consulta de infertilidad del ISMM "Dr. Luis Díaz Soto" con el diagnóstico de factor uterino en el período de 1968 a 1998, reportó en cuanto a la distribución por edades **la mayor incidencia de pacientes se presentó en los grupos entre los 30-34 años, para el 56.1%**, seguido el de 25-29 años para el 33.3%, y la edad promedio fue de 30 años, la cual corresponde a la edad reproductiva de la mujer.

De forma global, la evolución de las pacientes con factor uterino que fueron tratadas, fue satisfactoria y nos llama la atención que el 63.7% logró embarazarse, mientras que el 97.2% regularon sus menstruaciones. **El parto distócico (cesárea) como es lógico suponer, predominó en la vía de elección del parto, no sólo por el riesgo de rotura uterina, sino por lo valioso del producto fetal. Como consecuencia del factor uterino se deriva la terminación del embarazo por cesárea en un alto porcentaje de pacientes.**¹⁰

El embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años. Cifras nacionales indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mayores de 35 años. Existen informes que establecen que entre el 1.8% y 2 % de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años.

Publicaciones nacionales e internacionales mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas como ganancia excesiva de peso, obesidad, mortalidad materna, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro y hemorragia postparto. Se describe además una mayor frecuencia de cesárea, Apgar menor a 7 al minuto y a los 5 minutos, ingreso a UCI neonatal, distrés respiratorio fetal, menor peso del recién nacido y mortalidad neonatal. Se comprueba el mayor riesgo materno y perinatal en mujeres de 35 años o más. Hubo una mayor frecuencia de embarazo en mujeres mayores de 40 años. Los grupos de mayor edad se asociaron significativamente a un aumento en la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y perinatales¹¹.

¹⁰ Cutie BM, Figueroa M, Almaguer A, Veranes A. Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. Rev Cubana Pbstet Ginecol 2000, 26 (1): 54-61.

¹¹ Chamy P, Cardemil M, Betancourt M, Rios S, Leighon V. Riesgo Obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2009; 74 (6): 331-338.

De lo expuesto, se advierte que Karina Banesa Acosta Góngora, contaba con el antecedente de infertilidad primaria y tumor intrauterino, lo cual había impedido que lograra embarazarse, por lo que, requirió valoración y tratamiento por personal médico especialista en Biología de la Reproducción Humana, logrando así obtener su primer embarazo. Ahora bien, en ese momento, la paciente cursaba con 34 años, es decir, próxima a los 35 años, edad materna considerada como factor de riesgo obstétrico, aunada la obesidad que presentaba, incrementaba considerablemente las siguientes complicaciones: síndrome hipertensivo y diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, hemorragia postparto, mayor frecuencia de cesárea, puntajes de Apgar bajos, ingreso a UCI¹² neonatal, dificultad respiratoria fetal y la mortalidad materna. Considerando todo lo anterior, no pasa desapercibido que el embarazo motivo de la presente queja se relacionaba con un producto fetal valioso para la paciente, lo cual se retomará más adelante.

De la atención médica otorgada a la paciente en el Instituto Vida, Instituto de Ciencias en Reproducción Humana (medio particular), el Dr. Jorge Alejandro Camacho Huerta, de Ginecología y Obstetricia, y Biología de la Reproducción Humana, informó que acudió a un total de siete consultas, registrándose la última en fecha 13 de septiembre de 2017, contando en ese entonces con gestación de 32 semanas por fetometría (medidas fetales), con peso del producto aproximado de 1,845 gramos (normal de acuerdo a las 32 semanas de gestación), frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minuto (normal), placenta grado I Grannum (normal), sin alteraciones en el líquido amniótico. En general, describió que el embarazo de la paciente cursó normoevolutivo, con estudios prenatales y signos vitales dentro de parámetros normales, requirió multivitamínicos y calcio, dando término a la vigilancia (del embarazo) en fecha mencionada (13 de septiembre de 2017) en el citado Instituto para continuarlo en su lugar de origen (Foja 013. Fecha 06 de diciembre de 2017).

Del control prenatal, cabe señalar que dentro del expediente de queja no se encuentran documentales que lo acrediten, por lo que se carecen de elementos técnico médicos para determinar de manera integral al respecto. Sin embargo, no pasa desapercibido que algunas constancias del expediente clínico de la paciente hacen mención de manera general respecto a la citada etapa obstétrica (control prenatal), incluyendo lo siguiente: otorgado por la "SSA" en Wilberth Escalante, con un número de valoraciones de 4 a 9, cursó con cervicovaginitis a las 38 semanas de gestación, y resto con evolución normal, así como ingesta de hematínicos (ácido fólico, fumarato ferroso, por ejemplo), aplicación de vacuna toxoide tetánico, y pruebas de VIH¹³ y VDRL¹⁴ negativas (Fojas 048 anverso, 007, 013, 044 y 049 anverso).

En continuo al embarazo de Karina Banesa Acosta Góngora, previo al trabajo de parto motivo de la presente queja, dentro del expediente se encuentra ultrasonido obstétrico de fecha 01 de agosto de 2017 (Foja 009), elaborado por el médico radiólogo Ramón Arredondo Cervera, en medio particular Clínica "CAMPECHE", en el que se reportó dentro de parámetros sonográficos normales, cursando en promedio con 27.3 semanas de gestación.

El 19 de octubre de 2017 (Foja 008), el médico radiólogo Max Alejandro Osorio Collí, efectuó ultrasonido obstétrico, en medio particular "CERACOM Centro de Diagnóstico Médico por Imagen", con peso fetal aproximado de 3,051 gramos, y la impresión diagnóstica: embarazo de 36.6 semanas de gestación por fetometría (medidas fetales), sin evidencia de malformaciones mayores, placenta corporal posterior con grado II/III de madurez Grannum

¹² Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

¹³ Virus de Inmunodeficiencia Humana.

¹⁴ Prueba de detección de Sífilis.

(normal), y fecha probable de parto por ultrasonido: 10 de noviembre de 2017.

El 04 de septiembre de 2017 (Foja 031), Karina Banesa Acosta Góngora, acudió a su Centro de Salud (cs IV Esc [sic]), siendo valorada por la Dra. Isabel Borjas Maldonado, quien describió que la paciente contaba con 34 años de edad y embarazo de 30 semanas de gestación por fecha de última regla, quien refirió sintomatología propia de gravidez (sin mayor especificación). También, reportó signos vitales dentro de parámetros normales, peso de 77 kilogramos y talla de 1.50 metros, con un Índice de Masa Corporal (IMC) de 34.22 kg/m²; es decir con obesidad leve.

En continuo a la citada nota, la Dra. Isabel Borjas Maldonado, describió a la exploración física abdomen con fondo uterino de 30 centímetros (normal), 150 latidos cardiacos fetales (normal), sin pérdidas transvaginales, ni edema en miembros inferiores. Reportó que la hemoglobina, hematocrito, plaquetas, glucosa y examen general de orina, se encontraban dentro la normalidad; además, las pruebas de VIH y VDRL negativas (normal). Emitió el diagnóstico de embarazo de 30 semanas de gestación por fecha de última menstruación, y prescribió "Polivitaminas vo", además otorgó hoja de referencia al Hospital General Especialidades de Campeche "Dr. Javier Buenfil Osorio", dependiente del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, para atención, seguimiento y tratamiento en la consulta externa del servicio de Ginecología.

De las documentales que integran el expediente de queja se encuentra nota médica (Foja 044 anverso), suscrita por la Dra. Magdalena Padilla Espinosa, de la cual, la hora y fecha son ilegibles por técnica de fotocopiado; sin embargo, del contenido de la misma, se advierte que cursaba con 35.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación.

De la citada nota médica (Foja 044 anverso), la Dra. Magdalena Padilla Espinosa, anotó los siguientes antecedentes: infertilidad primaria, sin enfermedades crónicas ni alergias, grupo y Rh sanguíneo A+ (positivo), e histeroscopia para tratamiento de resección de pólipo endocervical. Describió que la paciente refirió percibir movimientos fetales, y negó síntomas de vasoespasmo (cefalea, acufenos, fosfenos, por ejemplo). Además, reportó **tensión arterial de 130/80 mmHg**. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica de Detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo¹⁵, establece que un desorden hipertensivo se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de 140/90 mmHg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa, sin proteínas (pág. 7). En ese entendido, si bien es cierto, la cifra reportada de 130/80 mmHg, no se relaciona con lo descrito por la Guía de Práctica Clínica para determinar un desorden hipertensivo, es decir, por arriba de 140/90 mmHg; también lo es que, la tensión arterial sistólica tendía a elevarse considerando lo normal establecido, o sea, 120/80 mmHg.

La Dra. Magdalena Padilla Espinosa (Foja 044 anverso), registró fondo uterino de 32 centímetros (normal de acuerdo a 35.2 semanas de gestación), feto único vivo, longitudinal, cefálico y dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal de 137 latidos por minuto (normal), y miembros inferiores con edema.¹⁶ También, informó que llamaba la atención examen general de orina (EGO) de fecha 28 de agosto de 2017, con glucosuria, es decir, presencia de glucosa en orina de 40 mg/dl. La citada galena acudir (Sic) en dos semanas con ultrasonido y estudios de laboratorio (sin mayor especificación), así como cita abierta en urgencias.

¹⁵ Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica, CENETEC, 2017.

¹⁶ Aumento patológico del líquido intersticial. Produce hinchazón localizada o difusa, resultante del acúmulo del componente extravascular del líquido extracelular en un determinado órgano o tejido. Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edema>

Respecto a la glucosuria, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo¹⁷ establece que la presencia de glucosuria 2++ en una ocasión o 1+ en 2 o más ocasiones en exámenes de orina rutinarios durante el control prenatal, puede indicar diabetes gestacional no diagnosticada. Se recomienda realizar pruebas para diagnóstico de diabetes gestacional en pacientes que presentan glucosuria en examen general de orina rutinario (pág. 20), como en el caso de la paciente. Se han identificado también como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional la **edad materna mayor a 30 años**, historia previa de diabetes mellitus gestacional, historia familiar de diabetes, **IMC mayor a 30**, historia de abortos o muerte fetal in útero de causa inexplicable (pág. 18).

Considerando el hallazgo de glucosuria descrito por la Dra. Magdalena Padilla Espinosa (Foja 044 anverso), así como los factores de riesgo con los que contaba la paciente para generar diabetes mellitus gestacional: edad materna de 34 años e índice de Masa Corporal (IMC) de 34.22 kg/m², era necesario confirmar o descartar dicho padecimiento. Sin embargo, como ya se mencionó en el cuerpo de esta opinión médica, dentro de las constancias que obran en el expediente de queja, faltan documentales que acrediten el control prenatal integral, por consiguiente, se carecen de elementos técnico médicos para determinar respecto a la glucosuria, así como del abordaje efectuado por el personal médico que otorgó el control prenatal de la paciente. Cabe agregar y anticipar que en fecha 04 de noviembre de 2017 (Foja 048 anverso), se reportó examen general de orina con presencia de cuerpos cetónicos 15 mg/dl, dato paraclínico sugestivo de proceso metabólico del tipo diabetes mellitus, por lo que resulta importante profundizar al respecto.

El 23 de octubre de 2017 a las 08:30 horas (Foja 044 reverso), el Dr. Roger Mazun, suscribió la nota médica de consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia, en la cual, registró que la paciente cursaba asintomática, con percepción de movilidad fetal frecuente, y negó síntomas de vasoespasmo (cefalea, zumbidos, fosfenos, por ejemplo) ni urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, por ejemplo). También, describió que la paciente refirió percibir actividad uterina en tres ocasiones durante el día en periodos cortos, sin escurrimiento vaginal. Reportó tensión arterial de 120/80 mmHg (normal), peso de 75.2 kilogramos y talla de 1.50 metros; es decir, un índice de Masa Corporal de 33.42 Kg/m², lo que evidencia la persistencia de obesidad leve. A la exploración física con **edema ++** (sin especificar región anatómica), fondo uterino de 30 centímetros (normal de acuerdo a 38 semanas de gestación), frecuencia cardíaca fetal de 138 latidos por minuto (normal), sin palpar actividad uterina, y describió "no tacto vaginal".

Con relación a lo anterior, la bibliografía médica describe entre las condiciones de admisión en área de trabajo de parto y parto, a la presencia de 2 a 4 contracciones uterinas en 10 minutos, con dolor abdominal y en hipogastrio, muchas veces precedida por la pérdida de tapón mucoso¹⁸. En ese sentido, como ya se mencionó, la paciente refirió percibir actividad uterina en tres ocasiones durante el día en periodos cortos, sin escurrimiento vaginal. Por lo tanto, es posible inferir que en ese momento Karina Banesa Acosta Góngora no presentaba contracciones uterinas suficientes para generar modificación en su cérvix y, como resultado, haber iniciado el trabajo de parto. Al respecto, el Dr. Roger Mazun (Foja 044 reverso. Fecha 23 de octubre de 2017, a las 08:30 horas), emitió el diagnóstico de gestación de 38 semanas, indicó acudir en una semana, y orientó sobre signos y síntomas de alarma obstétrica para acudir a urgencias de Ginecología y Obstetricia. 

¹⁷ Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Secretaría de Salud; 03 de noviembre de 2016.

¹⁸ Andina E, Trabajo de parto y parto normal. Guías de Prácticas y procedimientos: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda 2002; 21 (2): 63-74. (pág. 65).

El 01 de noviembre de 2017 a las 08:15 horas (Foja 028 reverso), Karina Banesa Acosta Góngora, acudió al área de Triage Obstétrico, siendo atendida por "Paola", **quien no describió su cargo o tipo de personal de salud al que pertenecía**, por lo que se carecen de los elementos técnico médicos para determinar respecto a la valoración otorgada a la paciente en el área de (triage) Ginecología y Obstetricia. **Tampoco anotó su nombre completo, lo cual incumple con el apartado 5.10¹⁹ de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.** Del contenido de la constancia, "Paola" reportó la presencia de **edema generalizado** (se retomará más adelante), sin datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo), sin manchado de sangre ni salida de líquido amniótico, presencia de dolor pélvico y lumbar, así como movimientos fetales. Registró tensión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minutos y temperatura de 36.5 grados centígrados (todos dentro la normalidad), y estableció el diagnóstico de gesta uno de 39.2 semanas de gestación.

A las 08:30 horas del mismo 01 de noviembre de 2017 (Foja 028 anverso), el Dr. J. Alejandro J. Martínez de Ginecología y Obstetricia, reportó que la paciente acudió por presencia de dolor tipo obstétrico, percepción de movimientos fetales, sin síntomas vasomotores (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo). Reportó tensión arterial de 120/80 mmHg (normal), cabeza, cuello, tórax y extremidades sin datos patológicos, abdomen globoso a expensas de útero grávido, con feto único, vivo, situación longitudinal, presentación cefálico, dorso izquierdo, clínicamente sin actividad uterina, 142 latidos cardiacos fetales (normal), movimientos del producto de la gestación presentes, al tacto vaginal con cérvix posterior, consistencia firme, dilatación y borramiento de 0 centímetros y 0%, respectivamente, estación -3²⁰; es decir, que la presentación fetal no estaba encajada en la pelvis materna; escala de Bishop 0²¹, membranas íntegras, pruebas de Tarnier y Valsalva²² negativas, pelvis "Limit" (se retomara más adelante), extremidades con edema, y presencia de secreción vaginal, de la cual no es posible conocer mayor información por **ilegibilidad de la constancia**. Emitió el diagnóstico de embarazo de 39.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación, sin trabajo de parto y vulvovaginitis.

Respecto al diagnóstico de vulvovaginitis, la Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención²³, define a la vaginitis infecciosa como el síndrome que se caracteriza por uno o más de los siguientes signos y síntomas: secreción vaginal, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos (pág. 68). La paciente con referencia de descarga vaginal anormal o sospecha de vaginitis con o sin embarazo deben ser tratadas (pág. 25).

Entonces, aunque se advierte que el Dr. J. Alejandro J. Martínez (Foja 028 anverso. Fecha 01 de noviembre de 2017, a las 08:30 horas), registró que la paciente presentaba secreción vaginal; también lo es que **al ser ilegible** 

¹⁹ Todas las notas médicas en el expediente clínico deberán contener, fecha, hora y nombre completo de quien la elabora...

²⁰ Si la presentación se encuentra por sobre el nivel de las espinas, se expresará de modo negativo (ej. Espinas-1 o .2). En espinas -4 la presentación "flota en la pelvis, y puede ser empujada con el dedo a través del cuello. Carvajal CJ, Ralhp T. Manual de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, octava edición., 2017 (pág. 91).

²¹ Sistema de puntuación que valora la maduración del cérvix mediante diversos rubros: dilatación (cm), borramiento (%), consistencia, posición, altura de la cabeza. Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21 de marzo de 2013 (pág. 68).

²² Técnicas utilizadas para observar la presencia de líquido amniótico en fondo de saco posterior o a través del orificio cervical externo. Mezzabotta L. Rotura Prematura de Membranas, Consenso FASGO XXXIII, Córdoba 2018 (pág. 3) http://www.fasgo.or.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_ROTURA_PREMATURA_DE_MEMBRANAS.pdf.

²³ Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud: 11 de diciembre de 2014.

el resto de su descripción, se carecen de mayores elementos técnico médicos para determinar el probable agente patógeno: hongo, y/o bacteria, y/o protozoario. En ese tenor, aunque se indicó tratamiento a base de "VAGITROL V OVULOS CADA 24 HRS POR 3 DIAS Canesten", no es posible determinar si era el manejo adecuado para el caso en particular. Cabe agregar que el citado médico estableció haber dado por escrito y explicado los signos de alarma obstétrica, y cita abierta a urgencias.

El 03 de noviembre de 2017, a las 06:40 horas (Foja 045), Karina Banesa Acosta Góngora, acudió al módulo MATER, siendo valorada por el Dr. Gregorio Baqueiro Szib de Ginecología y Obstetricia, quien anotó que acudió procedente de su domicilio, refiriendo manchado transvaginal desde un día previo, con actividad uterina en aumento y movimientos fetales presentes, sin datos de vasoespasmo (cefalea, fosfenos, acufenos, por ejemplo). Registró tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura dentro la normalidad. A la exploración física en buen estado general, campos pulmonares sin compromiso, abdomen con útero gestante, fondo uterino de 31 centímetros (normal de acuerdo a 39.3 semanas de gestación), producto único vivo, longitudinal, cefálico, frecuencia cardíaca fetal de 136 latidos por minuto (normal), detectando una contracción en 10 minutos, con duración de 20 segundos; al tacto vaginal **con cérvix posterior, corto, reblandecido y cerrado**. Emitió la impresión diagnóstica de embarazo de 39.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación y pródromos de trabajo de parto.²⁴

El Dr. Gregorio Baqueiro Szib (Foja 045. Fecha 03 de noviembre de 2017, a las 06:40 horas), anotó haber promovido planificación familiar y lactancia materna, con egreso de la paciente a su domicilio con indicaciones por escrito y cita abierta a urgencias en caso de salida de líquido que mojará la ropa interior o pies, contracciones uterinas en aumento, dolor de cabeza, ver lucecitas, zumbido de oídos, sangrado mayor a una regla (menstruación), disminución o ausencia de movimientos fetales, o por cualquier duda acudir de manera abierta al servicio de urgencias.

Considerando lo dicho hasta aquí, resulta importante enfatizar que, de las documentales que obran en el expediente de queja, se carecen de constancias que acrediten de manera integral el control prenatal de la paciente. Sin embargo, como se ha descrito en el cuerpo de esta opinión médica, se logró obtener información general respecto a la citada etapa obstétrica (control prenatal), la que, evidencia el antecedente de infertilidad primaria, que requirió manejo por parte de personal médico especialista en Biología de la Reproducción Humana, para lograr su primer embarazo. Además, no pasa desapercibido que, durante la gestación, la paciente cursó con obesidad y glucosuria, las cuales son factores de riesgo para generar diabetes gestacional. Entonces, la falta de elementos técnico médicos, obstaculiza determinar de manera puntual e integral sobre la atención, valoración, abordaje y manejo otorgado a la paciente durante el control prenatal del embarazo motivo de la presente queja, por lo que se sugiere profundizar en ese sentido.

De las documentales que integran el expediente clínico, **se advierte nota de triage obstétrico, a las 10:45 horas del 04 de noviembre, sin presencia de año ni el nombre y firma del personal de salud que atendió a la paciente y elaboró la documental (Foja 048 reverso), lo que incumple el apartado 5.10²⁵ de la Norma Oficial Mexicana NOM004-SSA3-2012, Del expediente clínico**. Por lo tanto, no es posible determinar respecto al cargo o tipo de personal de salud que valoró a la paciente en el área de triage de Ginecología y Obstetricia.

²⁴ Cuello uterino no dilatado no borrado, contracciones uterinas irregulares. Protocolo de atención del parto de bajo riesgo. Ministerio de Salud, pág. 57.

²⁵ Todas las notas médicas en el expediente clínico deberán contener **fecha, hora y nombre completo de quien la elabora...**

Del contenido de la documental descrita en párrafo previo (Foja 048 reverso. Fecha 04 de noviembre a las 10:45 horas), se registró a la paciente sin datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, acufenos, por ejemplo), con sangrado rojo moderado, dolor ++, dudosa salida de líquido amniótico a las "8:00", y movimientos fetales presentes. También, se reportaron 60 pulsaciones por minuto, 18 respiraciones por minuto y tensión arterial de 130/60 mmHg (normal 120/80 mmHg). Al respecto, como ya se comentó, la Guía de Práctica Clínica de Detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo²⁶, establece que un desorden hipertensivo se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de 140/90 mmHg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa, sin proteínas (pág. 7). En ese entendido, si bien es cierto, la cifra reportada de 130/60 mmHg, no se relaciona con lo descrito por la Guía de Práctica Clínica para determinar un desorden hipertensivo, es decir, por arriba de 140/90 mmHg; también lo es que, la tensión arterial sistólica tendía a elevarse considerando lo normal establecido, o sea, 120/80 mmHg, lo cual se retomará más adelante.

A las 11:10 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 048 anverso), el Dr. José Fernando Marín Gómez de Ginecología y Obstetricia, aportó que la paciente era primigesta con embarazo de 40 semanas de gestación por ultrasonido, quien acudió por dolor tipo obstétrico irregular **y salida de líquido amniótico desde las 07:00 horas**, sin especificar la fecha, con movimientos fetales normales y negó datos de vasoespasmo (cefalea, acufenos, fosfenos, por ejemplo). Confirmó la tensión arterial de 130/60 mmHg (normal 120/80 mmHg), abordada en párrafo previo, en ese sentido, cabe anticipar que en resumen médico de fecha 17 de noviembre de 2017 (Foja 029), la Dra. Patricia Cú Quijano de Ginecología y Obstetricia, reportó examen general de orina (EGO) realizado el 04 de noviembre de 2017, con presencia de proteínas de 30 mg/dl, cuerpos cetónicos 15 mg/dl, leucocitos de 12 a 15 por campo y bacterias.

La Guía de Práctica Clínica de Detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo²⁷, establece que la aparición de proteinuria en un examen general de orina anuncia un posible inicio de complicación hipertensiva, ya sea preeclampsia, preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial sistémica crónica o enfermedad renal. La cantidad de pérdida de proteínas tiene implicaciones tanto diagnóstico como pronósticas. Se recomienda que un resultado de tira reactiva 1+ (como en el presente caso) requiere confirmación a través de recolección de orina de 24 horas para cuantificar la cantidad de proteinuria, debido a que se correlaciona con 0.3 gramos o más de proteinuria (pág. 22).

Al respecto, la bibliografía médica describe que la proteinuria puede ser un hallazgo tanto incidental y transitorio, como la manifestación de una enfermedad renal primaria o sistémica con compromiso de los riñones. Teniendo en cuenta que puede representar la manifestación de una enfermedad renal crónica y ser un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad, es importante diferenciar cuando se trata de una proteinuria significativa y/o una manifestación de enfermedad renal. La proteinuria a menudo es la primera evidencia de enfermedad renal y por lo general se descubre por "accidente" en un análisis de orina. Es menos frecuente que los pacientes con enfermedad renal y proteinuria consulten por edema de tobillos o edema periorbital. Una muestra recogida durante 24 horas que contenga más de 150 mg de proteínas se debe considerar anormal. Cuando en la prueba de la tirilla es persistentemente positiva se debe considerar una proteinuria significativa. En tal caso, la eliminación diaria de proteínas es mayor de 300

²⁶ Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017.

²⁷ Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.

a 500 mg por día. Se debe tener presente que el método de la tirilla puede detectar una concentración de proteínas en la orina tan baja como 30 mg/dl, por lo tanto, una muestra de orina muy concentrada puede ser positiva aun cuando en la medición cuantitativa de proteínas en orina de 24 horas la concentración sea inferior a 150 mg/dl. Entre las causas de falsos positivos, se encuentra la deshidratación, hematuria, ejercicio, infecciones urinarias y orinas muy alcalinas (pH>8).²⁸

Entonces, se advierte que la cifra tensional sistólica de 130 mmHg, tendía a elevarse; sin embargo, no se consideraba para establecer el diagnóstico de desorden hipertensivo (140 mmHg). Ahora bien, se suma el reporte de análisis de orina con proteinuria de 30 mg/dl, leucocitos de 12 a 15 por campo y bacterias, así como el antecedente de edema en valoraciones previas (Foja 044 anverso y reverso, 028 reverso). En ese contexto, aunque existía el riesgo de cursar con trastorno hipertensivo (tensión arterial sistólica de 130 mmHg y proteinuria de 30 mg/dl), de manera inadecuada el Dr. José Fernando Marín Gómez (Foja 048 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:10 horas), omitió solicitar determinación de proteínas en orina de 24 horas; es decir, no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar un proceso hipertensivo durante el embarazo. Al respecto, cabe mencionar que, además, en el examen general de orina se reflejó la presencia de leucocitos elevados y bacterias, lo que también sugería un proceso infeccioso urinario, el cual, en su momento pudo generar proteinuria. **Por consiguiente, era imperante realizar una adecuada integración diagnóstica, situación que en el caso particular no ocurrió,** lo cual expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas, tales como: evolución desfavorable del proceso hipertensivo, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp.

Dando continuidad al análisis de la nota médica elaborada por el Dr. José Fernando Marín Gómez (Foja 048 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:10 horas), describió que a la exploración física la paciente se encontraba consciente, tranquila, con buena coloración tegumentaria, sin facies de dolor, colaboradora, afebril (sin fiebre), cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con fondo uterino de 33 centímetros (normal de acuerdo a 40 semanas de gestación), dorso derecho, cefálico, 155 latidos cardíacos fetales (normal), una contracción de 45 segundos de duración en diez minutos, al tacto vaginal con cérvix central, borramiento del 90%, 2 centímetros de dilatación, amnios roto con **salida de líquido amniótico claro con grumos** (normal), presentación encajado y "pelvis límite para producto actual".

Al respecto, la bibliografía médica describe que el concepto de pelvis límite ha venido cambiando desde los estudios de Calwell, para aplicarse no solo a la antigua "Justo Minor", sino para todos aquellos subgrupos derivados de sus cuatro grupos fundamentales, en donde alguno o algunos de los diámetros de los diferentes segmentos y estrechos pélvicos, están disminuidos en magnitud tal, que no es posible emplear el calificativo de verdadera estrechez. Todavía para el obstetra que trabaja y vive estos problemas, el mismo concepto de estrechez queda sujeto a la prueba de trabajo de parto y excepcionalmente un obstetra de experiencia decide la intervención profiláctica, porque las medidas clínicas y radiológicas acusen desproporción céfalo-pélvica. La prueba de trabajo dista mucho de ser lo suficiente inocua, porque todavía nos engaña en la excavación y estrecho inferior y nos lleva frecuentemente a realizar operaciones obstétricas que a posteriori las consideramos inadecuadamente indicadas. La asimetría clínica y radiológica puede llevarnos a considerar como no indicada una intervención baja o infractuosa la prolongación de la prueba de trabajo, cuando encontramos:

²⁸ Vanegas AN, Arbeláez G. Proteinuria. Medicina&Laboratorio 2007; 13: 327-344.

a) El arco innominado de la excavación a que se ha referido (espina ciática a cada anterior de sacro, substituido caso por una recta, duro, doloroso y poco depresible).

b) Un sacro plano sobre todo en su mitad inferior, no compensando con un subpúbico abierto.

c) Un subpúbico cerrado coincidiendo con un sacro plano en su segmento inferior.

En el parto pélvico de primigesta y cuando la pelvis no es muy amplia, se considera que la distocia es provocada cuando esta es ósea, por los dos últimos factores: arco sacro y arco subpúbico, considerando como para la pelvis límite en cefálica, que uno y otro compensan sus curvaturas, dependiendo de una consideración clínica y radiológica de ambos factores, el poder señalar un pronóstico probable. La casuística pareció demostrar que la distocia coincidía, en las pelvis límites con aquellos casos en que los arcos fundamentales se alejaban de las circunferencias consideradas como patrones.²⁹

Entonces, considerando que el Dr. José Fernando Marín Gómez (Foja 048 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:10 horas), reportó que la presentación fetal se encontraba encajada y había "pelvis límite para producto actual", resulta evidente que el riesgo de presentar un trabajo de parto distócico se elevaba. Al respecto, el citado médico estableció "valorar vía de obtención", y del mismo modo, indicó ingresar a la paciente a prueba de trabajo de parto. Respecto a la viabilidad de la pelvis de la paciente para tener un parto vía vaginal, de las documentales relacionadas con su trabajo de parto, y las cuales se analizarán posteriormente, se advierte que la pelvis se catalogó como "útil"; sin embargo, en el partograma (Fojas 046 y 047), no se registró ni determinó respecto a los estrechos de la pelvis; es decir, superior, medio e inferior, así como, si ésta era suficiente, límite o reducida; por consiguiente, **no es posible determinar de manera fehaciente que se haya descartado la desproporción cefalopélvica, que en su momento complicaría el progreso del trabajo de parto.**

El Dr. José Fernando Marín Gómez d (Foja 048 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:10 horas), anotó que la paciente cursaba con embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación en fase latente del trabajo de parto, con ruptura de membranas de tres horas de evolución, determinando que se encontraba delicada. Indicó ayuno, rutina de enfermería, solución fisiológica 1000 cc (centímetros cúbicos) para 8 horas, ingresar a "toco", laboratorios básicos, y prueba de bienestar fetal, de esta última, no se encuentra reporte dentro de las constancias que obran en el expediente clínico (lo cual se retomará más adelante), por lo que se carecen de elementos técnico médicos para opinar al respecto.

A las 11:30 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 049 anverso), el Dr. Hernández de Ginecología y Obstetricia, suscribió la nota de ingreso a Tococirugía de Karina Banesa Acosta Góngora, en la que estableció que provenía de Urgencias con el diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación, trabajo de parto en fase latente y ruptura de membranas de tres horas de evolución. De su padecimiento actual, mencionó que desde un día previo por la noche, la paciente comenzó con dolor tipo cólico en hipogastrio,³⁰ acompañado de actividad uterina irregular, expulsión de tapón mucosanguinolento, y salida de líquido transvaginal a las 07:00 horas. También, refirió adecuados movimientos fetales, y negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo).

El Dr. Hernández (Foja 049 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas), reportó signos vitales dentro la normalidad, incluyendo la 

²⁹ Marván A. Absimetría pélvica. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:283-5.

³⁰ Región abdominal situada por encima de la sínfisis del pubis y limitada por arriba del mesogastrio. Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-médico/terminos/hipogastrio>.

tensión arterial (110/70 mmHg). A la exploración física consciente, alerta, orientada, adecuado estado de hidratación y coloración de piel y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 31 centímetros (normal de acuerdo a 40 semanas de gestación), producto único vivo intrauterino, cefálico, longitudinal y dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minutos con doppler (normal), y palpación de dos contracciones de 30 segundos de duración en 10 minutos; al tacto vaginal con cérvix intermedio, resistente, borramiento de 60%, dilatación de 2 centímetros, amnios plano, maniobras de Valsalva y Tarnier positivos con salida de líquido (amniótico) claro, no fétido (normal), producto abocado, pelvis útil, guante explorador con escaso manchado hemático, extremidades íntegras, funcionales, ROTs (reflejos osteotendinosos) normales, sin edema.

El Dr. Hernández (Foja 049 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas), estableció que de acuerdo a la escala de Bishop contaba con tres puntos, es decir, que la maduración del cérvix era desfavorable. También, anotó que la paciente cursaba su primer embarazo de término por amenorrea³¹, con ruptura de membranas de cuatro horas de evolución, y hasta ese momento sin criterios de Gibbs³²; es decir que no cursaba con datos relacionados con un proceso infeccioso intrauterino. Determinó iniciar monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, RCTG (Registro Tococardiográfico), dinámica uterina, y de acuerdo con los resultados, se valoraría la necesidad de iniciar inducción del trabajo de parto, dejando a libre evolución la progresión del mismo.

Con relación a lo anterior, la Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención³³, define a la inducción como la iniciación del trabajo de parto antes de que comience de manera espontánea, con el propósito de la expulsión de la unidad fetoplacentaria (pág. 13). Ahora bien, la Guía de Práctica Clínica de Parto después de una cesárea³⁴, establece que la prueba de parto, es el procedimiento obstétrico mediante el cual se busca la resolución del embarazo mediante el parto vía vaginal, en mujeres con antecedente de una cesárea (pág. 39).

Considerando lo expuesto, se advierte que al cursar la paciente con modificaciones cervicales (borramiento 60% y dilatación 2 centímetros), el trabajo de parto había iniciado de manera espontánea, por consiguiente, no requería un procedimiento obstétrico basado en inducción del trabajo de parto, sino de conducción, la cual se utiliza cuando ya está instaurado el mismo, como en el presente caso. Cabe aclarar que lo anterior, no generó complicaciones médicas en el binomio materno-fetal.

En continuidad al contenido de la nota de ingreso a Tococirugía, el Dr. Hernández (Foja 049 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas), determinó pronóstico reservado y requirió vigilancia estrecha de la actividad cardíaca del producto de la gestación y de los criterios de Gibbs (taquicardia materna > 100 latidos por minuto, taquicardia fetal > 160 latidos por minuto, sensibilidad uterina, líquido amniótico purulento/fétido, leucocitosis materna > 15000 o WBC > 12000/mm³, aumento de la contractibilidad uterina). Además, indicó de manera adecuada hidratación, registro cardiotocográfico, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y de la progresión del trabajo de parto, así como el inicio de **cobertura antimicrobiana** y vigilancia de curva térmica. Respecto al manejo antibiótico, llama la atención que en las indicaciones médicas de fecha 04/11/17

³¹ Falta de menstruación. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminis/amenorrea>

³² Criterios clínicos para el diagnóstico de corioamnionitis. Protocolo: Corioamnionitis o triple I. Clinic Barcelona Hospital Universitari. <https://medicinafetalvbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/corioamnionitis.pdf>.

³³ Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21 de marzo de 2013.

³⁴ Guía de Práctica Clínica de Parto después de una cesárea. México: Secretaria de Salud, 2013.

de noviembre de 2017, a las 11:30 horas, no se prescribió tratamiento antibiótico, incluso, se anotó lo siguiente "Sin medicamentos". En ese sentido, hasta las 21:05 horas, se agregó cefotaxima (antibiótico) 1 gramo cada 8 horas vía intravenosa. Por lo tanto, es posible inferir que la cobertura antimicrobiana se inició posterior a las 21:05 horas del 04 de noviembre de 2017, y no a las 11:30 horas, tal como lo aseveró el Dr. Hernández (Foja 049 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas). Cabe aclarar que lo expuesto no generó complicaciones médicas para el binomio materno fetal.

A las 11:30 horas del 04 de noviembre de 2017 (Fojas 046 y 047 anverso y reverso), se elaboró el partograma³⁵, del cual, se advierte que el o los nombres del personal médico a cargo de la paciente se encuentran ilegibles, **lo cual incumple los apartados 5.10 y 5.11³⁶ de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Cabe aclarar que dicha omisión no generó complicaciones médicas en el binomio materno fetal.**

A las 12:50 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 049 reverso), el Dr. Martínez de Ginecología y Obstetricia, reportó frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto (normal), sin desaceleraciones, percepción de movimientos fetales activos, actividad uterina irregular, al tacto vaginal con cérvix central, blando, borramiento de 70%, y dilatación de un centímetro; maniobras de Valsalva y Tarnier positivos, con salida de líquido claro, con grumos, no fétido (normal), producto en estación -1 (corresponde el segundo plano de Hodge, es decir, que la presentación fetal se sitúa en el borde inferior del pubis), y extremidades sin alteraciones. Estableció la impresión diagnóstica de embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura de membranas de seis horas de evolución y trabajo de parto en fase latente, e indicó de manera adecuada mantenerlo a libre evolución, con vigilancia de las modificaciones cervicales y de los criterios de Gibbs.

A las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 049 reverso), el Dr. Rigoberto Hernández de Ginecología y Obstetricia, reportó signos vitales dentro la normalidad. Anotó que, en ese momento, la paciente negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbidos, acufenos, por ejemplo), refirió dolor tipo cólico en hipogastrio, actividad uterina regular de intensidad variable, y movimientos fetales presentes. A la exploración física consciente, orientada, tranquila, cooperadora, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 31 centímetros (normal de acuerdo a 40 semanas de gestación), producto único, vivo, intrauterino, cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda materna, frecuencia cardíaca fetal de 160 latidos por minuto (normal), movimientos fetales activos, palpación de tres contracciones uterinas de 35 segundos de duración en 10 minutos; al tacto vaginal con cérvix central, blando, borramiento de 70% y dilatación de 5 centímetros, amnios roto, salida de escaso líquido (amniótico) claro, con grumos, no fétido (normal), producto en estación -1, pelvis útil para producto actual, cavidad vaginal eutérmica (temperatura normal), guante explorador con presencia de escaso manchado hemático no fétido (normal), extremidades íntegras, funcionales, ROTs (reflejos osteotendinosos) normales, sin edema. Emitió la impresión diagnóstica de embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, trabajo de parto en fase activa y ruptura de membranas de

³⁵ Herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe de llenar de forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (apartado 3.32).

³⁶ Todas las notas médicas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora...Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

siete horas de evolución; además, determinó que la paciente se encontraba delicada, con pronóstico reservado a evolución.

El Dr. Rigoberto Hernández (Foja 049 reverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 15:40 horas), describió que al momento la paciente no presentaba datos de corioamnionitis³⁷, encontrándose con cobertura antimicrobiana, la cual, como ya se mencionó, se indicó a las 21:05 horas, sin que esto generara complicaciones materno fetales. Al momento con escala de Bishop de 8 puntos, es decir madurez del cérvix favorable, y decidió iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5 mU/minuto dosis-respuesta, indicando, además, mantener vigilancia estrecha de la progresión del trabajo de parto, incluyendo frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina y modificaciones cervicales.

Con relación a lo anterior, la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo³⁸, establece que el parto es un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El primer periodo del trabajo de parto comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y activa. La fase latente es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 centímetros y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas. **De la fase activa, las contracciones se tornan regulares y dilatación progresiva a partir de 4 centímetros. En pacientes nulíparas (como en el caso particular) se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas** (pág. 17).

La bibliografía médica describe que la intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía).

En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto de la conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto.

Se puntualizan las siguientes recomendaciones, las cuales deben basarse en la consideración del estado general de la mujer y del producto de la gestación, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía:

- La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños.
- No se debe dejar desatendidas a las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se usa oxitocina.

³⁷ Inflamación o infección de la placenta, corión y el amnios (membranas fetales) puede ser clínica o histológicamente. Se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto. Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud, 2013 (pág. 10)

³⁸ Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México Secretaría de Salud: 11 de diciembre de 2014.

- La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo después de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las multíparas.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.
- El lugar donde se realice la conducción del trabajo de parto, debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de contracciones uterinas.
- La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.³⁹

La Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo,⁴⁰ establece que la actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto. La inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria (ver indicaciones y contraindicaciones de la conducción y tomar en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop).

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece:

- 5.5.7 La inducción y **conducción del trabajo de parto**, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, **mediante el consentimiento informado**.

Con base en todo lo anterior, se advierte que a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 049 reverso), las modificaciones del cérvix de 70% de borramiento y 5 centímetros de dilatación, reflejaban que la evolución del trabajo de parto se encontraba dentro de lo establecido para pacientes nulíparas en la fase activa, y de acuerdo a lo que establece la citada Guía de Práctica Clínica, en pacientes nulíparas tiene una duración promedio de 8 a 18 horas, y en el presente caso, se advierte que la citada fase acababa de iniciar a las 15:40 horas. En ese contexto, el Dr. Rigoberto Hernández (Foja 049 reverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 15:40 horas), anotó que la paciente cursaba con escala de Bishop de 8 puntos, es decir maduración del cérvix favorable, y decidió iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5 mU/minuto dosis-respuesta. Al respecto, cabe aclarar los siguientes puntos:

- Aunque la escala de Bishop de 8 puntos, evidenciaba que la maduración del cérvix era favorable, y las posibilidades de éxito del procedimiento obstétrico de conducción del trabajo de parto incrementaban. No pasa desapercibido que, de las características del cérvix (a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017): central, blando, borramiento de 70% y dilatación de 5 centímetros, la paciente se encontraba en la fase activa del trabajo de parto; es decir, no existía distocia por prolongación del trabajo de parto, para iniciar la conducción a base de oxitócico, tal como lo prescribió el Dr. Rigoberto Hernández; dicho en otras palabras, no estableció la indicación médica precisa para justificar dicha técnica.
- Llama la atención, que a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. Rigoberto Hernández, reportó que el producto se encontraba en estación -1, y que la pelvis era útil para producto actual, lo cual toma relevancia, toda

³⁹ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto 2015. https://www.who.int/topics/maternal-health/directrices_OMS_parto.es.pdf

⁴⁰ Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.

vez que, previamente, a las 12:50 horas del citado día, se había registrado de igual manera, la ubicación fetal en estación -1, **es decir, que durante aproximadamente más de dos horas, no existió progreso en el descenso por el canal de parto.** Al respecto, la bibliografía médica describe que dentro de las distocias por detención en el avance del trabajo de parto espontáneo o estimulado, incluyen la dilatación progresiva del cuello uterino o de descenso fetal, y respecto a esto último, se considera como un lapso de 1 hora sin descenso fetal.⁴¹ Por lo tanto, es posible establecer que el trabajo de parto de la paciente era distócico, por detención del descenso, **lo cual, por un lado, no fue debidamente registrado en el partograma (Fojas 046 y 047), y por otro lado, pasó inadvertido por el personal médico a cargo del binomio materno fetal, lo cual refleja además, que no se había realizado una adecuada valoración de la pelvis materna,** con la finalidad de descartar un proceso de desproporción cefalopélvica, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.

- **Ante la falta de consentimiento informado para la conducción del trabajo de parto a base de oxitocina,** se carecen de elementos para confirmar que se hubiera otorgado la información amplia, clara y precisa del citado procedimiento obstétrico y, en consecuencia, que la paciente otorgara su autorización por escrito para llevarlo a cabo, mediante consentimiento informado. Por consiguiente, es posible inferir que Karina Banesa Acosta Góngora, desconocía el tratamiento que se le aplicaría, la indicación médica precisa del mismo, así como sus posibles riesgos y beneficios; por lo tanto, se advierte que **no autorizó la conducción mediante consentimiento informado, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA22016.**

Ahora bien, en continuo de la conducción del trabajo de parto a base de oxitocina, el Dr. Rigoberto Hernández (Foja 049 reverso. Fecha a 04 de noviembre de 2017, a las 15:40 horas), indicó mantener vigilancia estrecha de la progresión del trabajo de parto, incluyendo frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina y modificaciones cervicales. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece:

- 5.5.10 **Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos** con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. **La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.** La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre **100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.**

- 5.5.11 **El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias.** La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

- 5.5.12 **El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas,** de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

En ese sentido, resulta importante analizar el contenido del partograma (Fojas 046 y 047 anverso y reverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 11:30 horas), lo cual se puntualiza a continuación:

- Las contracciones uterinas se monitorizan cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos, y el descenso de contraria al caso particular, toda

⁴¹ Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. MacGrawHill, edición 23, 2010. Guzmán P. Fisiología y alteraciones disfuncionales. <http://uvsfajardo.sld.cu/trabajo-de-parto-fisiologia-y-alteraciones-disfuncionales>

vez que se, se carecen de registros en el partograma de la actividad uterina (frecuencia, duración, tono, intensidad y número de contracciones en 10 minutos), y registro de la variedad y descenso del producto de la gestación por la pelvis materna, mediante los planos de Hodge; **por consiguiente, resulta evidente que el personal médico a cargo de la paciente no llevó a cabo una adecuada monitorización del trabajo de parto, lo cual, por un lado, incrementó el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones, tales como: distocia dinámica y/o prolongación del descenso del producto de la concepción, así como elevación en la tasa de cesáreas; y por otro lado, las inherentes a la administración de oxitocina (hiperestimulación y rotura uterina, sufrimiento fetal, por ejemplo); es decir, que se expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas, las cuales incrementaron la morbilidad y mortalidad materno-fetal.**

- De la progresión del trabajo de parto, mediante el registro de la dilatación del cérvix en el partograma, cumple con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, respecto a su monitorización. Ahora bien, se advierte que de las 17:45 horas a las 19:00 horas, se anotaron 7 centímetros de dilatación, pasando aproximadamente una hora con 15 minutos; de las 19:20 horas a las 21:30 horas, se reportaron 8 centímetros, transcurriendo en promedio dos horas con 10 minutos, y de las 22:30 horas a las 23:30 horas, se establecieron 9 centímetros, durante alrededor de una hora. De lo expuesto, resulta evidente que en diversos lapsos existió distocia por prolongación de la fase activa del trabajo de parto, a pesar de la administración de oxitocina intravenosa, lo cual se retomará más adelante.

- Del rubro de descenso fetal por el canal de parto, no existe registro de su progreso en el partograma (Fojas 046 y 047), **siendo evidente la inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente.** En ese orden de ideas, a las 12:50 horas y a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el personal médico estableció en notas que el producto se ubicada en estación -1, es decir, que durante aproximadamente más de dos horas, no existió progreso en el descenso. Por lo tanto, es posible establecer que el trabajo de parto de la paciente era distócico, por detención del descenso (1 hora sin descenso fetal), lo cual, pasó inadvertido por el personal médico a cargo del binomio materno fetal, reflejando, además, que no se había realizado una adecuada valoración de la pelvis materna, con la finalidad de descartar un proceso de desproporción cefalopélvica, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.

No pasa desapercibo, que la Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención⁴², recomienda que **antes de iniciar el manejo con oxitocina, se debe valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico** (pág. 31). Entonces, tal como ya se mencionó en el cuerpo de esta opinión médica, se advierte que a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 049 reverso), el Dr. Rigoberto Hernández, indicó la administración intravenosa de oxitocina, y desde las 11:10 horas del mismo día (Foja 048 anverso), se había solicitado prueba de bienestar fetal; sin embargo, no se encuentran reportes dentro de las constancias que obran en el expediente clínico, lo que, por un lado, acredite que se llevara a cabo, y por otro lado, no es posible determinar las condiciones en que se encontraba el producto de la gestación antes del inicio de la conducción del trabajo de parto con oxitócico y, si éstas eran las óptimas para su administración, por lo que se carecen de elementos técnico médicos para opinar al respecto, por consiguiente se sugiere profundizar al respecto.

En continuo al análisis del trabajo de parto de la paciente, a las 21:00 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 050 anverso), el Dr. Martínez Zavala del servicio de Ginecología y Obstetricia, describió que la paciente negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo), y refirió dolor tipo cólico en hipogastrio, actividad uterina regular de intensidad variable, y

⁴²Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud: 21 de marzo de 2013

movimientos fetales presentes. Reportó signos vitales dentro la normalidad, a la exploración física consciente, tranquila, cooperadora, buena coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 31 centímetros (normal de acuerdo a 40 semanas de gestación), producto único vivo, intrauterino, cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto (normal), movimientos fetales activos, el número de contracciones en 10 minutos resulta ilegible en la constancia, sin embargo, la duración se advierte de 45 segundos. Al tacto vaginal con cérvix central, blando, borramiento de 90%, dilatación de 8 centímetros, amnios roto, con salida de líquido amniótico claro con grumos, no fétido (normal), producto en estación 0 (se relaciona con el tercer plano de Hodge, la presentación fetal alcanza las espinas ciáticas), es decir, que la presentación fetal se encontraba encajada y, en consecuencia, se determinó que la pelvis era útil para el producto actual. Además, anotó que la cavidad vaginal era eutérmica (temperatura normal), guante explorador con escaso manchado hemático, no fétido (normal), y extremidades íntegras, funcionales, ROTs (reflejos osteotendinosos) normales, sin edema.

El Dr. Martínez Zavala (Foja 050 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 21:00 horas), emitió el diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, trabajo de parto en fase activa, y ruptura de membranas de 14 horas de evolución. Determinó que la paciente se encontraba delicada, con pronóstico reservado. En ese contexto, anotó que permanecía en la fase activa del trabajo de parto, aún en conducción del mismo con oxitocina, y registró que la actividad uterina era irregular, por lo que indicó continuar la vigilancia del progreso del trabajo de parto (actividad uterina y modificaciones cervicales), y la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.

De lo dicho hasta aquí, se advierte que a las 21:00 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 050 anverso), el Dr. Martínez Zavala del servicio de Ginecología y Obstetricia, reportó producto en producto (sic) en estación (se relaciona con el tercer plano de Hodge, la presentación fetal alcanza las espinas ciáticas), lo cual toma relevancia, toda vez que, considerando el registro de ubicación fetal en la estación -1 a las 12:50 horas, pasaron aproximadamente 8 horas, para que el descenso del producto de la gestación por el canal de parto avanzara de la estación -1 a la 0, aún con la administración de oxitocina. Lo anterior refleja que existió **inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente, y es posible inferir que no se efectuó valoración de la pelvis materna** para descartar desproporción cefalopélvica.

Con relación a lo anterior, la bibliografía médica establece que en casos de mujeres con infertilidad que fueron tratadas y lograron embarazarse, **el parto distócico (cesárea) como es lógico suponer, predominó en la vía de elección del parto, no sólo por el riesgo de rotura uterina, sino por lo valioso del producto fetal. Como consecuencia del factor uterino se deriva la terminación del embarazo por cesárea en un alto porcentaje de pacientes**⁴³. Sin embargo, en el caso particular, resulta evidente que no se consideró esta opción; es decir, la interrupción quirúrgica de la gestación, dejando evolucionar el trabajo de parto, el cual si bien es cierto, no estaba contraindicado; también lo es que, **no se efectuó una adecuada vigilancia del mismo, cuando además, se indicó su conducción a base de oxitocina, pasando inadvertida la distocia por detención del descenso fetal, y no fue clara la valoración de la pelvis materna para descartar desproporción cefalopélvica.** De lo expuesto, es posible inferir que **la inadecuada vigilancia del trabajo de parto y, el no considerar la opción de**

⁴³ Cutié BM, Figueroa M, Almaguer A, Veranes A. Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000;26 (1):54-61

realizar cesárea de manera oportuna, tanto por la distocia por detención del descenso, y el antecedente de producto valioso, **incrementó el riesgo de asfixia perinatal y muerte del producto de la gestación**, lo cual se relaciona con la muerte fetal motivo de la presente queja.

A las 23:40 horas del 04 de noviembre de 2017 (Foja 050 anverso), el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, describió que, al momento, la paciente negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo), refirió actividad uterina regular de moderada intensidad, movimientos fetales activos, y escaso sangrado transvaginal. Reportó signos vitales dentro de parámetros establecidos. A la exploración física consciente, orientada, tranquila, cooperadora, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante y abundante panículo adiposo, producto único, vivo, intrauterino, longitudinal, cefálico, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto (normal), movimientos fetales presentes, actividad uterina regular de 4 contracciones en 10 minutos, con duración de 45-50 segundos; tacto vaginal con cérvix central, borrado y 9 centímetros de dilatación, amnios roto con salida de líquido amniótico claro, con grumos, no fétido (normal), producto en estación +1 y caput⁴⁴++, pelvis útil, y extremidades íntegras, funcionales, ROTs (reflejos osteotendinosos), sin edema.

Como ya se mencionó en párrafos previos, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala, (Foja 050 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 23:40 horas), estableció que desde las 22:30 horas, la paciente cursaba con 9 centímetros de dilatación, repitiendo a las 23:30 horas, y determinó lo siguiente "sin progreso de la dilatación y borramiento, motivos por el cual se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal por falta de pregresión (sic) de trabajo de parto".

Al respecto, la bibliografía médica define a la distocia, como el parto difícil y se caracteriza por su avance lento anormal del trabajo de parto. Las distocias son consecuencias de cuatro alteraciones diferentes que pueden ocurrir de manera aislada o combinada:

1. Anomalías de las fuerzas expulsivas. Las contracciones uterinas pueden tener intensidad insuficiente o carecer de coordinación apropiada para lograr el borrado y la dilatación del cuello uterino: disfunción uterina. De igual modo, puede haber un esfuerzo muscular materno voluntario inadecuado durante el segundo periodo del trabajo de parto.
2. Alteraciones de la presentación, la posición o del desarrollo del feto.
3. Anomalías de la pelvis ósea materna, esto es, estrechez pélvica.
4. Alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que constituyen un obstáculo para el descenso del feto.

Dicho de la manera más simple, tales anomalías se pueden reducir de modo mecánico a tres categorías que incluyen alteraciones de las fuerzas, contractilidad uterina y fuerza expulsiva materna: el pasajero, el feto, y el conducto de paso, la pelvis.

Las combinaciones de las anomalías suelen intervenir en la producción de un trabajo de parto disfuncional. Hoy casi siempre se utilizan expresiones como desproporción cefalopélvica o detención del avance del trabajo de parto, para describir trabajos de parto ineficientes.

En el caso de la detención del avance del trabajo de parto espontáneo o estimulado, se ha vuelto una descripción cada vez de mayor del uso del

⁴⁴ Colección serosanguinolenta subcutánea y extraperióstica. Tiene los bordes mal definidos, se acompaña de edema y suele extenderse cruzando las líneas de sutura. La piel puede presentar equimosis y hematomas a ese nivel. Rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento. Rodríguez AJ, Melchor M, Martín V, Fernández L. La patología neonatal asociada al proceso del parto. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología del Hospital de Cruces. Vizcaya. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf

trabajo de parto ineficaz, el cual se utiliza para incluir la falta de dilatación progresiva del cuello uterino o de descenso fetal.

| Características de trabajo de parto anómalo, criterios diagnósticos y métodos terapéuticos | | | | |
|--|--|---------------------|--|---|
| Criterios diagnósticos | | | | |
| Características del trabajo de parto | Nulíparas | Múltiparas | Tratamiento preferido | Tratamiento excepcional |
| Trastorno por retraso Prolongación de la fase latente | >20 horas | >14 horas | Reposo en cama | Oxitocina o cesárea por trastornos urgentes |
| Trastorno por detención Prolongación de la dilatación en la fase activa Prolongación de descenso | <1.2 cm/h <1 cm/h | <1.5 cm/h <2cm/h | Observación expectante y apoyo | Cesárea por DCP |
| Trastornos por detención Fase desaceleración prolongada Detención secundaria de la dilatación Detención del descenso Falla del descenso | >3 >2 >1 Sin descenso en la fase de desaceleración del segundo período. | >1 >2 >1 | Valorar DCP Con DCP: CESÁREA Sin DCP: oxitocina. | Reposo si la paciente está agotada |

DCP: Desproporción Cefalopélvica⁴⁵

Existen definiciones variables de lo que constituye el retraso del progreso de la primera etapa del trabajo de parto, pero en general depende de la velocidad de dilatación cervical. Habitualmente se considera que una velocidad de dilatación cervical de menos de 0.5 centímetros a un 1 centímetro por hora durante la fase activa, constituye un progreso lento del trabajo de parto, y el desencadenante de la intervención se estipula dentro de un período variable de dicha desviación. Si bien, en general se reconoce que el trabajo de parto tiende a ser más rápido en las mujeres múltiparas que en las nulíparas, en la práctica clínica a menudo se aplican los mismos criterios para la identificación de la prolongación de ambos grupos⁴⁶.

Entonces, durante un periodo de aproximadamente una hora (de las 22:30 a las 23:30 horas), y en otros lapsos durante la fase activa del trabajo de parto, la dilatación del cérvix se mantuvo sin progresión de acuerdo a lo que establece la bibliografía médica, a pesar de la administración de oxitocina vía intravenosa, por lo que de manera justificada el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala (Foja 050 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 23:40 horas), determinó que el trabajo de parto se tornó prolongado, y emitió la impresión diagnóstica de embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura de membranas de 15 horas de evolución y falta de progresión del trabajo de parto, indicando suspender la conducción con oxitocina, y al mismo tiempo, preparar a la paciente para cesárea, y pasar a quirófano al solicitar, determinando que cursaba delicada

⁴⁵ Cunningham FG, Leveno K, Bloom S. Hauth J, Rouse D, Spong C. William Obstetricia McGrawHill, edición 23, 2010.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto 2015. https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Respecto a la vía de resolución del embarazo vía abdominal, la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea⁴⁷, establece sus indicaciones absolutas: cesárea iterativa, presentación pélvica, sufrimiento fetal, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa, placenta de inserción baja, incisión uterina corporal previa, presentación de cara, prolapso del cordón umbilical, hidrocefalia, gemelos unidos, infecciones maternas de transmisión vertical (VIH), embarazo pretérmino (<1500 gramos de peso fetal), condilomas vulvares grandes. Ahora bien, de las indicaciones relativas de operación cesárea: desproporción cefalopélvica, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, embarazo postérmino, gestación múltiple, **distocia dinámica**, isoimmunización materno-fetal, diabetes mellitus, antecedentes de deciduomiometritis, antecedente de metroplastia, precedente de miomectomía, miomatosis uterina, compromiso de histerorrafia, oligohidramnios, cirugía vaginal previa, primigesta añosa, cesárea electiva (pág. 42).

Entonces, cabe aclarar que la prolongación de la fase activa del trabajo de parto, no era una indicación absoluta para la interrupción quirúrgica del embarazo; sin embargo, se pudo justificar por una prescripción relativa, es decir por la sospecha de distocia dinámica.

Ahora bien, la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea⁴⁸, establece que la cesárea urgente es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica (pág. 41). Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia (pág. 20).

Con relación a lo anterior, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala (Foja 050 anverso. Fecha 04 de noviembre de 2017, a las 23:40 horas), describió haber informado al familiar sobre los riesgos y complicaciones de la intervención quirúrgica, firmando la autorización del procedimiento en los consentimientos informados. También, solicitó un paquete globular, y valoración por el servicio de anestesiología, informando al servicio de Pediatría. Además, anotó lo siguiente "**Pasará a quirófano en seguida** (sic), a pesar de que se encontraba programada para cesárea otra paciente". En ese contexto, es posible inferir que la intención era ingresar rápido a la paciente a la sala operatoria; sin embargo, el citado médico no estableció la justificación de una cesárea urgente.

Al respecto, como se ha mencionado en el cuerpo de esta opinión médica, no se efectuó una adecuada vigilancia del descenso del producto de la gestación y, si bien es cierto, aunque los registros de la frecuencia cardíaca fetal en el partograma (Fojas 046 y 047) se mantuvieron dentro de parámetros establecidos; también lo es, que dentro de las constancias del expediente clínico no se encuentran reportes de perfil biofísico y registro cardiografico, estudios paraclínicos que estaban indicados en el caso particular, como ya se analizó. Por consiguiente, no es posible determinar de manera fehaciente, el estado que guardaba el producto de la gestación, ni su bienestar fetal, siendo que existía distocia por detención del descenso, y se había administrado oxitocina, incrementando el riesgo de sufrimiento fetal, lo cual se relaciona con el motivo de la presente queja.

En ese tenor, cabe aclarar que, si bien es cierto, la intención era ingresar enseguida a la paciente a cesárea; también lo es que pasó más de una hora (de las 23:40 horas del 04 de noviembre a las 00:45 horas del 05 de noviembre) para el inició de la cirugía, cuando en casos de cesárea urgente, se debe contar con quirófano en un promedio de tiempo de 30 minutos. Lo

⁴⁷ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014

⁴⁸ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014

expuesto llama la atención, toda vez que, a las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017 (Foja 050 anverso), el Dr. Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, describió que bajo efectos de bloqueo peridural y posterior a realizar asepsia y antisepsia⁴⁹, efectuó tacto vaginal, encontrando cérvix central, borrado, con 9 centímetros de dilatación, y al rechazo de la presentación, **se obtuvo líquido meconio +++**, y se procedió a continuar el vestido quirúrgico de la paciente, anotando lo siguiente "se infoRma a PediatRia" (sic), sin lograr informar al familiar.

Del meconio, la bibliografía médica describe que es un líquido verde, **estéril**, viscoso, constituido por secreciones intestinales, bilis, ácidos biliares, moco, jugo pancreático, desechos celulares, líquido amniótico, vérnix caseosa, lanugo y sangre deglutidos. Puede encontrarse por primera vez en el tubo digestivo del feto entre la décima y la decimosexta semana de gestación. La evacuación intrauterina de esta sustancia es poco frecuente a causa de la relativa falta de peristaltismo intestinal en el feto, buen tono del esfínter anal y el "tapón" de meconio particularmente viscoso que ocluye el recto. Según concepciones previas, se ha recurrido a la presencia de líquido amniótico meconial (LAM) como indicador indirecto de asfixia perinatal (AP). Pese al significado controvertido del LAM como marcador de AP, su presencia se asocia con mayor morbilidad perinatal, generalmente en relación directa con la densidad del meconio.

Considerando la presencia de meconio +++, reportada a las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017, por el Dr. Martínez Zavala (Foja 050 anverso), se advierte que cursaba con un dato clínico sugestivo de asfixia perinatal o sufrimiento fetal, lo cual, sí es un indicador absoluto de operación cesárea con carácter urgente, toda vez que estaba comprometido el bienestar del producto de la gestación.

Cabe retomar que, desde las 11:00 horas del 04 de noviembre de 2017, hasta las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación mediante prueba de bienestar fetal o registro cardiotocográfico, que, si bien es cierto, de acuerdo a las anotaciones en el partograma de frecuencia cardíaca fetal, se advierte que cursaba con vitalidad; también lo es, que en el caso particular, se administró oxitocina vía intravenosa, y se estaba ante un trabajo de parto distócico por prolongación de la fase activa y detención del descenso, por lo que era necesaria la vigilancia estrecha del binomio materno fetal, así como confirmar el bienestar fetal (movimientos respiratorios, movimientos corporales manifiestos, tono fetal y volumen de líquido amniótico); y las contracciones uterinas (frecuencia e intensidad). Por consiguiente, no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración cardiotocográfica (taquicardia o bradicardia, aceleración, desaceleración, variabilidad, y/o disminución de movimientos), que reflejara compromiso fetal.

Del líquido amniótico meconial +++, cabe mencionar que, de las diversas valoraciones médicas realizadas durante el trabajo de parto de la paciente, se reportó salida de líquido amniótico claro y con grumos, es decir de características normales; siendo hasta las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017 (Foja 050 anverso), que el Dr. Martínez Zavala, registra la obtención de **meconio +++**. Al respecto, no pasa desapercibido que, del análisis de frecuencia cardíaca fetal, registrada en el partograma (Fojas 046 y 047 anverso y reverso) durante todo el trabajo de parto, no se advierten alteraciones en dicha constante vital: taquicardia o bradicardia fetal, las cuales fueran sugestivas de un proceso de sufrimiento fetal y/o complicación

⁴⁹ Asepsia, es un conjunto de procedimientos que tienen por objeto impedir la penetración de gérmenes en el sitio que no los contenga. Antisepsia, es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de antisépticos. Rivas M. Microbiología en endodoncia. Facultad de Estudios Superiores Iztacala 2013. <https://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas13Microbiologia/aseconceptos.html>

*obstétrica que comprometiera la vida del binomio madre-hijo. Sin embargo, como ya se mencionó en párrafos previos, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación mediante prueba de bienestar fetal (**movimientos respiratorios, movimientos corporales manifiestos, tono fetal y volumen de líquido amniótico**) o **registro cardiotocográfico (taquicardia o bradicardia, aceleración, desaceleración, variabilidad, y/o disminución de movimientos)**, cuando además se aplicó conducción del trabajo de parto con oxitocina; por consiguiente, no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración de tipo asfíctico o sufrimiento fetal.*

Ahora bien, el procedimiento quirúrgico inició a las 00:45 horas del 05 de noviembre de 2017, reportando el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala de Ginecología y Obstetricia (Foja 052 anverso y reverso), que previo a ingreso a quirófano, se colocó a la paciente sonda Foley (vesical), y posteriormente bajo bloqueo peridural, se realizó asepsia y antisepsia de región umbilical, seguido de colocación de campos estériles, procediendo a iniciar cesárea tipo Kerr, con incisión longitudinal infraumbilical y disección de pared por planos hasta cavidad abdominal, corroborando hemostasia, y posterior corte del peritoneo vesical, histerectomía con incisión semilunar de músculo uterino hasta obtener la amplitud necesaria respetando los paquetes vasculares laterales y segmento adelgazado. Describió ruptura del saco amniótico con salida de líquido amniótico +++, lo cual confirma lo obtenido y reportado a las 00:40 horas, logrando observar al producto de la gestación, calzando y extrayéndolo, aspirando secreciones de boca y nariz, cordón umbilical con palpación de 120 latidos por minuto, pinzando y cortando el mismo. Registró lo siguiente "Se pasa producto hipotónico a médico interno de pediatría", lo cual se retomará más adelante.

En continuidad al procedimiento quirúrgico, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala (Foja 052 anverso y reverso), identificó ambos labios de incisión del segmento uterino, y al tomar ambos ángulos observó prolongación del izquierdo de aproximadamente 4 centímetros, tomando vértice y eventual control de hemostasia;⁵⁰ se extrajo la placenta corporal posterior, realizó revisión y limpieza de la cavidad uterina y permeabilidad del cuello, procedió a suturar el primer plano de histerorrafia y segundo plano con catgut crómico (material de sutura), peritoneo visceral con crómico (material de sutura) y corroboró hemostasia. Efectuó revisión de cavidad y correderas parietocólicas, observando la presencia de escaso meconio; verificó hemostasia de la histerorrafia, procedió al cierre de cada plano de la pared abdominal hasta la piel, y se pasó a la paciente al área de recuperación aún bajo el efecto de la anestesia, y con sangrado transvaginal moderado.

De los hallazgos operatorios, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala (Foja 052 anverso y reverso), reportó sangrado de 600 CC (centímetros cúbicos), diuresis (excreción de orina) de 100 cc, cuenta de textiles completa, líquido amniótico meconial +++, placenta corporal posterior, y cordón umbilical normal. Determinó que existía alto riesgo de dehiscencia por suturas friables e infección, endometritis y sepsis por meconio. Al respecto, cabe aclarar que el meconio es un líquido estéril, por consiguiente, no es posible establecer que el riesgo de sepsis fuera secundario a la presencia meconial +++, tal como lo afirmó el citado galeno. Por otro lado, describió haber ofrecido método de planificación familiar, el cual no fue aceptado por la paciente. Estableció que cursaba delicada, con pronóstico reservado a evolución.

Durante el postoperatorio (Foja 056 anverso y reverso. Fecha 05 de noviembre de 2017), el personal de enfermería reportó cifras tensionales

50 Proceso encaminado a mantener la integridad del árbol vascular, evitando y cohibiendo las hemorragias. Se pueden distinguir la hemostasia profiláctica (en la que interviene la resistencia de la pared vascular a la hemorragia, las plaquetas, los factores plásmáticos y el endotelio vascular) y una hemostasis correctora, que comprende la hemostasia primaria (vasoconstricción localizada, adhesión y agregación plaquetar), el sistema de la coagulación y la fibrinólisis. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminis/hemostasia>

sistólicas elevadas: 02:00, 02:15, 02:30, 03:00 y 04:00 horas con 130 mmHg, y a las 02:45 horas con 140 mmHg. Al respecto, como ya se mencionó, no se advierten solicitudes ni reportes de cuantificación de proteínas en orina de 24 horas durante la estancia hospitalaria de la paciente, por lo que se infiere, **que el personal médico a cargo de Karina Banesa no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar un trastorno hipertensivo gestacional.** Al respecto, resulta importante mencionar que, del continuo de cifras tensionales reportadas en días posteriores hasta el egreso de la paciente, se encontraron dentro la normalidad, sin referir datos clínicos de vasoespamo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo).

Posterior al procedimiento quirúrgico, se indicó adecuadamente hidratación intravenosa con solución glucosada 5% 1000 cc con 20 unidades de oxitocina, y solución salina 1000 cc, ambas para 8 horas, doble esquema antibiótico (cefotaxima y clindamicina), metoclopramida (antiemético y procinético), y ranitidina (inhibidor de la producción de ácido gástrico), quedando pendiente la administración de despamen (hormonal: estradiol y testosterona) por no contar en el servicio (Foja 056 anverso y reverso. Fecha 05 de noviembre de 2017). Cabe mencionar que la falta del citado medicamento, no generó complicaciones maternas en ese momento.

Ahora bien, del producto de la gestación, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala (Foja 052 anverso y reverso), registró hora de extracción a las 00:50 horas del 05 de noviembre de 2017, obteniendo masculino con peso de 3,780 gramos, talla 52 centímetros, y Apgar de 0-0. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, establece que de acuerdo con el método de Apgar, se valora a la persona recién nacida al minuto y a los 5 minutos, utilizando los siguientes signos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color. La valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida. De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera: sin depresión; 7 a 10 puntos, depresión moderada: 4 a 6 puntos, **y depresión grave: 3 puntos o menos.** A la persona recién nacida con calificación de 6 o menos, amerita atención especial. **Por lo tanto, al presentar calificación de Apgar 0 al minuto y a los cinco minutos, se puede determinar que el producto de la gestación cursaba con depresión grave o muerte fetal.**

Con relación a lo anterior, la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal⁵¹, evidencia que la mayoría de los eventos de hipoxia se presentan en la etapa fetal. Aproximadamente el 5% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, **85% durante el parto** y el 10% restante durante el periodo neonatal (pág. 7).

Aunado a lo anterior, la bibliografía médica refiere que los **criterios que sugieren colectivamente un evento intraparto**, pero que no lo hacen de manera individual, incluyen:

- a. Un evento hipóxico centinela que ocurre inmediatamente antes o durante el parto.
- b. Una bradicardia fetal repentina o sostenida o la ausencia de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal en presencia de desaceleraciones persistentes, tardías o variables.
- c. **Puntajes de Apgar de 0 a 3 > 5 minutos de vida.**
- d. Aparición de una afección multiorgánica durante los primeros tres días de vida.
- e. Un estudio de imagen temprano que muestre evidencia de una **anormalidad cerebral no focal aguda.**⁵²



⁵¹ Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal. México: Secretaría de Salud, 2011.

⁵² Robaina CG. Asociación entre factores perinatales y neonatales de riesgo y parálisis cerebral. Rev. Cubana. Pediatr 2010; 82(2)

Por lo tanto, al reportarse calificación de Apgar 0 al minuto y a los cinco minutos, se advierte que el producto de la gestación se encontraba con cianosis o palidez, frecuencia cardíaca y esfuerzo respiratorio ausentes, irritabilidad refleja sin respuesta y tono muscular flácido, se puede determinar que el producto de la gestación cursaba con depresión grave o pérdida de la vida, que sugiere un evento o complicación de tipo asfíctico intraparto. En ese sentido, cabe reiterar lo ya multicomentado en el cuerpo de esta opinión médica, respecto a que, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación durante el trabajo de parto, mediante prueba de bienestar fetal (movimientos respiratorios, movimientos corporales manifiestos, tono fetal y volumen de líquido amniótico) O registro cardiotocográfico (taquicardia o bradicardia, aceleración, desaceleración, variabilidad, y/o disminución de movimientos), cuando además se aplicó oxitocina. Por lo tanto, no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración de tipo asfíctico o sufrimiento fetal, lo cual sí se puede relacionar con el reporte de Apgar 0/0, y con la pérdida de la vida.

Con relación a lo anterior, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala reportó lo siguiente "SE PASA PRODUCTO HIPOTÓNICO A MEDICO INTERNO DE PEDIATRÍA QUIEN INICIA MEDIDAS DE REANIMACION NEONATAL, SIN RESPUESTA, QUIEN DA AVISO A RESIDENTE Y ADSCRITO DE PEDIATRÍA, QUIENES SE PRESENTAN PROXIMADAMENTE (sic) A LOS 5 MINUTOS DEL LLAMADO E INICIAN REANIMACION NEONATAL AVANZADA... SE DETERMIN (sic) EL FALLECIMIENTO DEL PRODUCTO POR PARTE DEL ADSCRITO DE PEDIATRA, A PESAR DE LA REANIMACION NEONATAL AVANZADA...". De lo expuesto, se advierte que el producto de la gestación se extrajo con datos clínicos inherentes a depresión grave o pérdida de la vida intraparto; es decir, Apgar 0-0, quien de primera intención recibió atención por parte de Médico Interno de Pregrado (MIP).

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2013, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, establece lo siguiente:

- 4.8 Internado de pregrado: ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.
- 5.13 Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:
 - 5.13.1 Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y **supervisión que impliquen responsabilidad legal.**

Entonces, al cursar el producto de la gestación por un proceso crítico secundario a depresión grave (Apgar 0-0): flacidez, meconio, cianótico y en paro cardiorrespiratorio (Foja 056 anverso y reverso), **requería atención médica especializada;** sin embargo, de primera intención recibió maniobras de reanimación por parte de personal médico aún en formación, es decir, por médico interno de pregrado (MIP) del servicio de Pediatría, cuando debían ser otorgadas por personal médico adscrito (Pediatría), o en su caso, supervisar en todo momento el actuar del MIP, **lo que contribuyó a que la respuesta de las maniobras otorgadas de manera inmediata a su extracción, no fuera favorable.** En ese orden de ideas, se dio aviso a residente y personal médico adscrito de Pediatría, quienes se presentaron hasta los cinco minutos posteriores al llamado, dando inicio a la reanimación neonatal avanzada durante 30 minutos (Foja 056 anverso y reverso) procedimiento que no fue exitoso, toda vez que se determinó el fallecimiento del producto de la gestación, con las siguientes causas establecidas en el

certificado de muerte fetal (Foja 007): asfixia del nacimiento severa y meconio en el líquido amniótico. **Por lo tanto, la dilación en la atención médica supervisada y/o especializada, por ausencia de médico adscrito del servicio de Pediatría, la cual se requería por el cuadro patológico crítico que comprometía su sobrevivida, contribuyó con su fallecimiento.**

Cabe retomar que la paciente fue sometida a trabajo de parto con un producto valioso, sin establecer los parámetros por los cuales se determinó que cursaba con una pelvis útil, y que en su momento, se descartara una desproporción fetopélvica, lo cual se relaciona con la distocia del tipo detención del descenso, la que no fue advertida por el personal médico a cargo de la paciente; aunada la administración de oxitocina sin corroborar de manera previa el bienestar fetal por medio de perfil biofísico ni monitorización cardiotocográfica durante el proceso, aumentó considerablemente el riesgo e pasar por alto complicaciones obstétricas, como lo es el sufrimiento fetal. Al respecto, como ya se analizó en el cuerpo de esta opinión médica, la presencia líquido meconial +++, era un dato sugestivo de asfixia intraparto y muerte fetal intrauterina, cuadros patológicos que se relacionan con el reporte de Apgar de 0/0, por lo que **es posible determinar que la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto de la paciente, cuando además se administró oxitocina, y no haber realizado una cesárea de manera oportuna, se relacionó con la pérdida de la vida del producto de la gestación.**

No pasa desapercibido que, de haber otorgado las maniobras de reanimación avanzada de manera inmediata a la extracción del producto de la gestación, no garantizaba su sobrevivida.

A las 11:50 horas del 05 de noviembre de 2017 (Foja 050 reverso), el Dr. Gregorio Baqueiro Dzib de Ginecología y Obstetricia, describió que la paciente cursaba sus primeras horas de puerperio⁵³ quirúrgico. Anotó que refirió dolor leve en herida quirúrgica, sin inicio de la vía oral, ni canalización de gases, y con sangrado transvaginal escaso. Reportó signos vitales dentro de lo establecido, incluso la tensión arterial de 120/70 mmHg. A la exploración física consciente, tranquila, bien orientada en sus tres esferas, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con herida quirúrgica limpia, útero involucionado, loquios⁵⁴ de características normales serohemáticas, miembros inferiores con edema ++, y ROTs (reflejos osteotendinosos) normales. Describió orina concentrada, indicando una carga de 1000 mililitros de solución Hartmann para una hora, y estableció que al mostrarse clara se retiraría la sonda Foley (vesical). Emitió la impresión diagnóstica de puerperio quirúrgico inmediato por falta de progresión del trabajo de parto y mortinato⁵⁵, indicó vigilancia del puerperio, con pronóstico reservado a evolución.

El 06 de noviembre de 2017 a las 11:00 horas (Foja 051 anverso), la Dra. Cú Quijano, médica de base de Ginecología y Obstetricia, describió que la paciente negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo), refirió leve dolor a nivel de herida quirúrgica, afebril (sin fiebre), tolerando la vía oral, uresis (excreción de orina) al corriente, canalización de gases, y escaso sangrado transvaginal. Reportó signos vitales dentro de parámetros normales, incluso la tensión arterial de 110/80 mmHg. A la exploración física consciente, tranquila, orientada, bien hidratada, ruidos

⁵³ Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (apartado 3.40)

⁵⁴ Flujo uterino que aparece después del parto como consecuencia de la involución del útero y de la zona de inserción placentaria. Es rojo los primeros días después del parto, después amarillento y finalmente blanquecino, coincidiendo con el final del puerperio a los cuarenta días del parto. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun-es/diccionario-medico/terminos/loquios>

⁵⁵ feto nacido muerto de >20 semanas de gestación. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/profesional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/feto-muerto>

cardíacos de buen tono e intensidad, campos pulmonares limpios, bien ventilados, glándulas mamarias gestósicas, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, herida quirúrgica limpia, bordes afrontados, sin sangrado activo o infección, útero con adecuada involución, genitales externos acorde a edad y sexo, uresis al corriente, toalla testigo con loquios escasos no fétidos, extremidades con llenado capilar inmediato, pulsos periféricos presentes, ROTs (reflejos osteotendinosos) normales, y edema +. Determinó que la paciente cursaba delicada, con pronóstico reservado, indicó mantener vigilancia del puerperio, cuidados de herida quirúrgica y vigilancia de pérdidas transvaginales.

De las constancias que obran en el expediente de queja, se integra nota de alta de ginecología cesárea, de fecha 07 de noviembre de 2017 (Foja 030), el nombre del personal médico que la suscribe **es ilegible, lo cual incumple los apartados 5.10 y 5.1**⁵⁶ **de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.** Cabe aclarar que la citada omisión no generó complicaciones médicas en el presente caso.

Del contenido de la nota de alta de ginecología (Foja 030. Fecha 07 de noviembre de 2017), el personal médico reportó signos vitales dentro la normalidad, incluso la tensión arterial de 120/70 mmHg. Al momento, describió que la paciente se encontraba en condiciones estables, tranquila, consciente, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con presencia de útero en adecuada involución, bien contraído, herida quirúrgica limpia, sin compromiso, loquios hemáticos en escasa cantidad, no fétidos (normales), y lactopoyesis presente, extremidades sin alteraciones. Determinó alta hospitalaria de la paciente por mejoría, con el diagnóstico de egreso de puerperio mediato; indicó vendaje mamario, cefalexina (antibiótico) 500 mg y paracetamol (analgésico y antipirético) 500 mg, ambas cada 8 horas, cita en una semana en su Centro de Salud para vigilancia de puerperio, y en ocho días para retiro de puntos (sutura).

El día 14 de noviembre de 2017, a las 17:00 horas (Foja 051 reverso), la paciente acudió al módulo mater siendo valorada por el Dr. Martínez Zavala, médico de base de Ginecología y Obstetricia, quien reportó que acudió para retiro de puntos. En ese momento, la paciente negó datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, fosfenos, por ejemplo), refirió dolor a nivel de herida quirúrgica y mastalgia⁵⁷, uresis y excretas al corriente, con escaso sangrado transvaginal. A la exploración física neurológicamente integra, mucosa normohidratada, glándulas mamarias congestivas, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en marco cólico, útero con adecuada involución, timpanismo aumentado, peristalsis normal, y herida quirúrgica limpia, bordes afrontados, sin datos de infección, procedió al retiro de puntos de sutura sin eventualidades, ni datos de sangrado activo; tacto vaginal diferido con escasos loquios no fétidos (normales), y extremidades sin alteraciones. Registró haber informado datos de alarma obstétrica, indicó cita abierta a urgencias, y acudir en fecha 05 de diciembre para vigilancia del puerperio.

De los siguientes consentimientos informados, se advierte:

- Carta de Consentimiento Informado para la aplicación de anestesia, de fecha 04 de noviembre de 2017 (Foja 057anverso y reverso), **falta firma de dos testigos.**

- Carta de Consentimiento Informado para procedimientos quirúrgico y/o terapéuticos, de fecha 04 de noviembre de 2017 (Foja 061 anverso y reverso), **falta firma de un testigo.**

⁵⁶ Todas las notas médicas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora... Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

⁵⁷ Síntoma consistente en el dolor en la glándula mamaria. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/mastalgia>

Lo anterior incumple el apartado 10.1.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004 SSA3-2012, Del expediente clínico, sin que esto haya generado complicaciones médicas para el binomio materno fetal.

CONCLUSIONES

1.- Karina Banesa Acosta Góngora, contaba con el antecedente de infertilidad primaria y tumor intrauterino, lo cual había impedido que lograra embarazarse, por lo que, requirió valoración y tratamiento por personal médico especialista en Biología de la Reproducción Humana, logrando así obtener su primer embarazo. En ese momento, la paciente cursaba con 34 años, es decir, próxima a los 35 años, edad materna considerada como factor de riesgo obstétrico, aunada la obesidad que presentaba, incrementaba considerablemente las siguientes complicaciones: síndrome hipertensivo y diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, hemorragia postparto, mayor frecuencia de cesárea, puntajes de Apgar bajos, ingreso a UCI neonatal, dificultad respiratoria fetal y la mortalidad materna. Considerando todo lo anterior, el embarazo se relacionaba con un producto fetal valioso para la paciente.

2.- A las 35.2 semanas de gestación, Karina Banesa Acosta Góngora, fue valorada por la Dra. Magdalena Padilla Espinosa, quien reportó hallazgo de glucosuria. Lo anterior, aunado a los factores de riesgo con los que contaba la paciente para generar diabetes mellitus gestacional: edad materna de 34 años e índice de Masa Corporal de 34.22 kg/m², era necesario confirmar o descartar dicho padecimiento. Sin embargo, dentro de las constancias que obran en el expediente de queja, faltan documentales que acrediten el control prenatal integral, por consiguiente, se carecen de elementos técnico médicos para determinar respecto a la glucosuria, así como del abordaje efectuado por el personal médico que otorgó el control prenatal. Cabe agregar que en fecha 04 de noviembre de 2017, se reportó examen general de orina con presencia de cuerpos cetónicos 15 mg/dl, dato paraclínico sugestivo de proceso metabólico del tipo diabetes mellitus, por lo que resulta importante profundizar al respecto.

3.- A las 11:10 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. José Fernando Marín Gómez de Ginecología y Obstetricia, reportó cifra tensional sistólica de 130 mmHg, la cual, aunque tendía a elevarse, no se consideraba para establecer el diagnóstico de desorden hipertensivo. Ahora bien, si se suma el reporte de análisis de orina con proteinuria de 30 mg/dl, leucocitos de 12 a 15 por campo y bacterias, así como el antecedente de edema en valoraciones previas, existía el riesgo de cursar con trastorno hipertensivo, sin embargo, **de manera inadecuada el Dr. José Fernando Marín Gómez, omitió solicitar determinación de proteínas en orina de 24 horas;** o sea, no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar un proceso hipertensivo durante el embarazo. Además, en el examen general de orina se reflejó la presencia de leucocitos elevados y bacterias, lo que también sugería un proceso infeccioso urinario, el cual, en su momento pudo generar proteinuria. Por consiguiente, **era imperante realizar una adecuada integración diagnóstica, situación que en el caso particular no ocurrió, lo cual expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas,** tales como: evolución desfavorable del proceso hipertensivo, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp.

4.- A las 11:10 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. José Fernando Marín Gómez reportó que la presentación fetal se encontraba encajada y tenía "pelvis límite para producto actual", por lo que resulta evidente que el riesgo de presentar un trabajo de parto distócico se elevaba. Al respecto, el citado médico estableció "valorar vía de obtención", y del mismo modo, indicó ingresar a la paciente a prueba de trabajo de parto. Respecto a la viabilidad de la pelvis materna para tener un parto vía vaginal, de las

documentales relacionadas con su trabajo de parto, se advierte que la pelvis se catalogó como "útil"; **sin embargo, en el partograma no se registró ni determinó respecto a los estrechos de la pelvis;** es decir, superior, medio e inferior, así como, si ésta era suficiente, límite o reducida; por consiguiente, no es posible determinar de manera fehaciente que se haya descartado la desproporción cefalopélvica, que en su momento complicaría el progreso del trabajo de parto.

5.- A las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, las modificaciones del cérvix de 70% de borramiento y 5 centímetros de dilatación, reflejaban que la evolución del trabajo de parto se encontraba dentro de lo establecido para pacientes nulíparas en la fase activa, y en el presente caso, se advierte que la citada fase acababa de iniciar a las 15:40 horas. En ese contexto, el Dr. Rigoberto Hernández, anotó que la paciente cursaba con escala de Bishop de 8 puntos, es decir maduración del cérvix favorable, **y de manera injustificada decidió iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5 mU/minuto dosis-respuesta.**

6.- Aunque la escala de Bishop de 8 puntos, evidenciaba que la maduración del cérvix era favorable, y las posibilidades de éxito del procedimiento obstétrico de conducción del trabajo de parto incrementaban. No pasa desapercibido que, de las características del cérvix: central, blando, borramiento de 70% y dilatación de 5 centímetros, la paciente se encontraba en la fase activa del trabajo de parto; es decir, no existía distocia por prolongación del trabajo de parto, para iniciar la conducción a base de oxitócico, tal como lo prescribió el Dr. Rigoberto Hernández; dicho en otras palabras, **no estableció la indicación médica precisa para justificar dicha técnica.**

7.- A las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. Rigoberto Hernández, reportó que el producto se encontraba en estación -I, y que la pelvis era útil para producto actual, lo cual toma relevancia, toda vez que, previamente, a las 12:50 horas del citado día, se había registrado de igual manera, la ubicación fetal en estación -1, es decir, que durante aproximadamente más de dos horas, no existió progreso en el descenso por el canal de parto. Por lo tanto, es posible establecer que el trabajo de parto de la paciente era distócico, por detención del descenso, lo cual, por un lado, no fue debidamente registrado en el partograma, y por otro lado, pasó inadvertido por el personal médico a cargo del binomio materno fetal, lo que refleja además, que no se había realizado una adecuada valoración de la pelvis materna, con la finalidad de descartar un proceso de desproporción cefalopélvica, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.

8.- **Ante la falta de consentimiento informado para la conducción del trabajo de parto a base de oxitocina,** se carecen de elementos para confirmar que se hubiera otorgado la información amplia, clara y precisa del citado procedimiento obstétrico y, en consecuencia, que la paciente otorgara su autorización por escrito para llevarlo a cabo, mediante consentimiento informado. Por consiguiente, es posible inferir que Karina Banesa Acosta Góngora, desconocía el tratamiento que se le aplicaría, la indicación médica precisa del mismo, así como sus posibles riesgos y beneficios; por lo tanto, **se advierte que no autorizó la conducción mediante consentimiento informado, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.**

9.- **Se carecen de registros en el partograma de la actividad uterina, y registro de la variedad y descenso del producto de la gestación por la pelvis materna,** mediante los planos de Hodge; por consiguiente, resulta evidente que el personal médico a cargo de la paciente no llevó a cabo una adecuada monitorización del trabajo de parto, lo cual, por un lado, incrementó el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones, tales como: distocia dinámica y/o prolongación del descenso del producto de la

concepción; y por otro lado, las inherentes a la administración de oxitocina: hiperestimulación y rotura uterina, sufrimiento fetal; es decir, que **se expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas, las cuales incrementaron la morbilidad y mortalidad materno-fetal.**

10.- De la progresión del trabajo de parto, mediante el registro de la dilatación del cérvix en el partograma, cumple con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, respecto a su monitorización. Ahora bien, se advierte que de las 17:45 horas a las 19:00 horas, se anotaron 7 centímetros de dilatación, pasando aproximadamente una hora con 15 minutos; de las 19:20 horas a las 21:30 horas, se reportaron 8 centímetros, transcurriendo en promedio dos horas con 10 minutos, y de las 22:30 horas a las 23:30 horas, se establecieron 9 centímetros, durante alrededor de una hora. De lo expuesto, resulta evidente que en diversos lapsos existió distocia por prolongación de la fase activa del trabajo de parto, a pesar de la administración de oxitocina intravenosa.

11.- Del rubro de descenso fetal por el canal de parto, no existe registro de su progreso en el partograma, **siendo evidente la inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente.** A las 12:50 horas y a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el personal médico estableció en notas que el producto se ubicada en estación -1, es decir, que durante aproximadamente más de dos horas, no existió progreso en el descenso. Por lo tanto, es posible establecer que el trabajo de parto de la paciente era distócico, por detención del descenso, lo cual, pasó inadvertido por el personal médico a cargo del binomio materno fetal, reflejando, además, que no se había realizado una adecuada valoración de la pelvis materna, con la finalidad de descartar un proceso de desproporción cefalopélvica, **lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.**

12.- La Guía de Práctica Clínica de inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, recomienda que antes de iniciar debe valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico. Sin embargo, a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. Rigoberto Hernández, indicó la administración intravenosa de oxitocina, y desde las 11:10 horas del mismo día, se había solicitado prueba de bienestar fetal, sin encontrarse reportes dentro de las constancias que obran en el expediente clínico, lo que, por un lado, lograra acreditar que se llevó a cabo, y por otro lado, no es posible determinar las condiciones en que se encontraba el producto de la gestación antes del inicio de la conducción del trabajo de parto con oxitócico y, si éstas eran las óptimas para su administración, por lo que se carecen de elementos técnico médicos para opinar al respecto.

13.- A las 21 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. Martínez Zavala, reportó producto en producto (Sic) en estación 0, lo cual toma relevancia, toda vez que, considerando el registro de ubicación fetal en la estación -1 a las 12:50 horas, pasaron aproximadamente 8 horas, para que el descenso del producto de la gestación por el canal de parto avanzara de la estación -1 a la 0, aún con la administración de oxitocina. Lo anterior refleja que existió **inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente,** y es posible inferir que no se efectuó valoración de la pelvis materna para descartar desproporción cefalopélvica.

14.- Resulta evidente que en el caso de la paciente, no se consideró la opción de cesárea por considerarse producto valioso, tal como lo establece la bibliografía médica, dejando evolucionar el trabajo de parto, el cual si bien es cierto, no estaba contraindicado; también lo es que, no se efectuó una adecuada vigilancia del mismo, cuando además, se indicó su conducción a base de oxitocina, pasando inadvertida la distocia por detención del descenso fetal, y no fue clara la valoración de la pelvis materna para descartar desproporción cefalopélvica. De lo expuesto, **es posible inferir que la inadecuada vigilancia del trabajo de parto y, el no considerar la**

opción de realizar cesárea de manera oportuna, tanto por la distocia por detención del descenso, y el antecedente de producto valioso, incrementó el riesgo de asfixia perinatal y muerte del producto de la gestación, lo cual se relaciona con la muerte fetal motivo de la presente queja.

15.- De las 22:30 horas a las 23:30 horas del 04 de noviembre de 2017, es decir, durante un periodo de aproximadamente una hora, y en otros lapsos durante la fase activa del trabajo de parto, la dilatación del cérvix se mantuvo sin progresión de acuerdo a lo que establece la bibliografía médica, a pesar de la administración de oxitocina vía intravenosa, por lo que a las 23:40 horas del citado día, de manera justificada el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala, determinó que el trabajo de parto se tornó prolongado, y emitió la impresión diagnóstica de embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura de membranas de 15 horas de evolución y falta de progresión del trabajo de parto, indicando suspender la conducción con oxitocina, y al mismo tiempo, preparar a la paciente para cesárea, y pasar a quirófano al solicitar, determinando que cursaba delicada.

16.- La prolongación de la fase activa del trabajo de parto, no era una indicación absoluta para la interrupción quirúrgica del embarazo; sin embargo, se pudo haber justificado por una prescripción relativa, es decir por la sospecha de distocia dinámica.

17.- A las 23:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala, describió haber informado al familiar sobre los riesgos y complicaciones de la intervención quirúrgica, firmando la autorización del procedimiento en los consentimientos informados. También, solicitó un paquete globular, y valoración por el servicio de anestesiología, informando al servicio de Pediatría. Además, anotó lo siguiente "Pasaré a quirófano en seguida (sic), a pesar de que se encontraba programada para cesarea otra paciente". En ese contexto, es posible inferir que la intención era ingresar rápido a la paciente a la sala operatoria; sin embargo, el citado médico no estableció la justificación de una cesárea urgente.

18.- No se efectuó una adecuada vigilancia del descenso del producto de la gestación y, si bien es cierto, aunque los registros de la frecuencia cardíaca fetal en el partograma se mantuvieron dentro de parámetros establecidos; también lo es, que dentro de las constancias del expediente clínico no se encuentran reportes de perfil biofísico y registro cardiotográfico, estudios paraclínicos que estaban indicados en el presente caso. Por consiguiente, no es posible determinar de manera fehaciente, el estado ni el bienestar que guardaba el producto de la gestación, siendo que existía distocia por detención del descenso, y se había administrado oxitocina, **lo que incrementó el riesgo de sufrimiento fetal, lo cual se relaciona con la pérdida de la vida.**

19.- A las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017, el Dr. Martínez Zavala, reportó la presencia de meconio +++, dato clínico sugestivo de asfixia perinatal o sufrimiento fetal, lo cual, sí es un indicador absoluto de operación cesárea con carácter urgente, toda vez que estaba comprometido el bienestar del producto de la gestación.

20.- Desde las 11:00 horas del 04 de noviembre de 2017, hasta las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación mediante prueba de bienestar fetal o registro cardiotocográfico, que, si bien es cierto, de acuerdo a las anotaciones en el partograma de frecuencia cardíaca fetal, se advierte que cursaba con vitalidad; también lo es, que en el caso particular, se administró oxitocina vía intravenosa, y se estaba ante un trabajo de parto distócico por prolongación de la fase activa y detención del descenso, por lo que era necesaria la vigilancia estrecha del binomio materno fetal, así como confirmar el bienestar fetal, y las contracciones uterinas. Por consiguiente,

no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración cardiotocográfica que reflejara compromiso fetal.

21.- Del líquido amniótico meconial +++, cabe mencionar que, de las diversas valoraciones médicas realizadas durante el trabajo de parto de la paciente, se reportó salida de líquido amniótico claro y con grumos, es decir de características normales; siendo hasta las 00:40 horas del 05 de noviembre de 2017, que el Dr. Martínez Zavala, registró la obtención de meconio +++. Al respecto, no pasa desapercibido que, del análisis de frecuencia cardíaca fetal, registrada en el partograma durante todo el trabajo de parto, no se advierten alteraciones en dicha constante vital, las cuales fueran sugestivas de un proceso de sufrimiento fetal y/o complicación obstétrica que comprometiera la vida del binomio madre-hijo. Sin embargo, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación mediante prueba de bienestar fetal o registro cardiotocográfico, cuando además se aplicó conducción del trabajo de parto con oxitocina; por consiguiente, no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración de tipo asfíctico o sufrimiento fetal.

22.- El Dr. J. Alejandro J. Martínez Zavala, registró hora de extracción del producto de la gestación a las 00:50 horas del 05 de noviembre de 2017, obteniendo masculino con peso de 3,780 gramos, talla 52 centímetros, y Apgar de 0-0. Por lo tanto, al presentar calificación de Apgar 0 al minuto y a los cinco minutos, se puede determinar que el producto de la gestación cursaba con depresión grave o muerte fetal.

23.- Al reportarse calificación de Apgar 0 al minuto y a los cinco minutos, se advierte que el producto de la gestación se encontraba con cianosis o palidez, frecuencia cardíaca y esfuerzo respiratorio ausentes, irritabilidad refleja sin respuesta y tono muscular flácido, se puede determinar que cursaba con depresión grave o pérdida de la vida, que sugiere un evento o complicación de tipo asfíctico intraparto. En ese sentido, cabe reiterar que, debido a la carencia de documentales en el expediente clínico, no es posible determinar las condiciones que guardaba el producto de la gestación durante el trabajo de parto, mediante prueba de bienestar fetal o registro cardiotocográfico, cuando además se aplicó oxitocina. **Por lo tanto, no es posible determinar fehacientemente el bienestar del producto de la gestación, y si en algún momento del trabajo de parto, mostró alguna alteración de tipo asfíctico o sufrimiento fetal, lo cual sí se puede relacionar con el reporte de Apgar 0/0, y con la pérdida de la vida.**

24.- Al cursar el producto de la gestación por un proceso crítico secundario a depresión grave o Apgar 0/0: flacidez, meconio, cianótico y en paro cardiorrespiratorio, requería atención médica especializada; sin embargo, de primera intención recibió maniobras de reanimación por parte de personal médico aún en formación, es decir, por médico interno de pregrado (MIP) del servicio de Pediatría, cuando debían ser otorgadas por personal médico adscrito de Pediatría, o en su caso, supervisar en todo momento el actuar del MIP, lo que contribuyó a que la respuesta de las maniobras otorgadas de manera inmediata a su extracción, no fuera favorable. En ese orden de ideas, se dio aviso a residente y personal médico adscrito de Pediatría, quienes se presentaron hasta los cinco minutos posteriores al llamado, dando inicio a la reanimación neonatal avanzada durante 30 minutos, procedimiento que no fue exitoso, toda vez que se determinó el fallecimiento del producto de la gestación, con las siguientes causas establecidas en el certificado de muerte fetal: asfixia del nacimiento severa y meconio en el líquido amniótico. **Por lo tanto, la dilación en la atención médica supervisada y/o especializada, por ausencia de médico adscrito del servicio de Pediatría, la cual se requería por el cuadro patológico crítico que comprometía su sobrevivida, contribuyó con su fallecimiento.**

25.- Karina Banesa Acosta Góngora fue sometida a trabajo de parto con un producto valioso, sin establecer los parámetros por los cuales se determinó que cursaba con una pelvis útil, y que en su momento, se descartara una desproporción feto-pélvica, lo cual se relaciona con la distocia del tipo detención del descenso, **la que no fue advertida por el personal médico a cargo de la paciente; aunada la administración de oxitocina sin corroborar de manera previa el bienestar fetal por medio de perfil biofísico ni monitorización cardiotocográfica durante el proceso, aumentó considerablemente el riesgo de pasar por alto complicaciones obstétricas, como lo es el sufrimiento fetal.** Al respecto, la presencia de líquido meconial +++, era un dato sugestivo de asfixia intraparto y muerte fetal intrauterina, cuadros patológicos que se relacionan con el reporte de Apgar de 0/0, por lo que **es posible determinar que la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto, cuando además se administró oxitocina, y no haber realizado una cesárea de manera oportuna, se relacionó con la pérdida de la vida del producto de la gestación.**

26.- De haber otorgado las maniobras de reanimación avanzada de manera inmediata a la extracción del producto de la gestación, no garantizaba su supervivencia...” (Sic).

5.7. Expuesto el contexto fáctico, resulta importante citar el marco jurídico aplicable. En primera instancia, es pertinente referir que **el derecho a la protección de la salud** está establecido por diversos instrumentos internacionales, como el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que implican esta materia, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, tutelado en el citado numeral 12 del Pacto, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud⁵⁸.

5.8. La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre “Salud y Bienestar”, se ha pronunciado en el sentido de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”⁵⁹

5.9. Por su parte, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, reconoce que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

5.10. El numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

⁵⁸ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

⁵⁹ ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”. Tercer Objetivo.

5.11. *Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e 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.*⁶⁰

5.12. *La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, reconoce 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; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad”.*⁶¹

5.13. *Resulta importante destacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁶², 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 (...).”*

5.14. *Resulta viable señalar que, el sistema jurídico mexicano, en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que:*

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

5.15. *La Ley General de Salud, en su artículo 1º, establece que:*

“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.”

En el artículo 1º Bis, señala que:

“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”



⁶⁰ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017

⁶¹ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

⁶² Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

En el artículo 2°, preceptúa que:

“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.***
- VI. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;*
- VII. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;*
- VIII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y*
- IX. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”*

[Énfasis añadido.]

En el artículo 3, se prevé que:

“En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I...

IV. La atención materno-infantil; V...

[Énfasis añadido.]

En el artículo 50, se indica que:

“Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.”

El artículo 51, señala:

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

En el artículo 61, se establece que:

*“El objeto del presente Capítulo es la **protección materno-infantil y la promoción de la salud materna**, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.*

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; II.”

[Énfasis añadido.]

El artículo 77 bis 37, establece:

“Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos:

- I. **Recibir en igualdad y sin discriminación los servicios de salud a que se refiere el presente Título. El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso a la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;**
- II. *Recibir servicios integrales de salud;*
- III. **Trato digno, respetuoso y atención de calidad;**
- IV. *Recibir gratuitamente los medicamentos y demás insumos asociados, que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;*
- V. **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen...”**

[Énfasis añadido.]

5.16. Resulta pertinente citar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, particularmente los numerales:

“**ARTICULO 29.** Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.”

“**ARTICULO 72.** Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.”

“**ARTICULO 80.** En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.”

“**ARTÍCULO 115 Bis.-** El presente Capítulo tiene por objeto regular la atención médica que se debe brindar a las mujeres que presenten una Urgencia Obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la Referencia que realice una Unidad Médica Receptora, en las Unidades Hospitalarias, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.”

ARTICULO 115 Bis 1.- Para efectos del presente Capítulo, además de las definiciones previstas en este Reglamento, se entenderá por: **I. Atención de la Urgencia Obstétrica: Los servicios de atención médica que deben brindarse a la mujer que presente una Urgencia Obstétrica, por el personal médico de las Unidades Hospitalarias. Dichos servicios deberán prestarse de manera inmediata, continua y de calidad, las veinticuatro horas del día, todos los días del año;**

[Énfasis añadido.]

5.17. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en el apartado 5.10. y 5.11. indican:

“5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica 

o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”

El inciso 10.1.1.10.:

“10.1.1.10. Nombre completo y firma de dos testigos.”

5.18. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece, en el inciso 5.5.7.:

“...5.5.7. La inducción y **conducción del trabajo de parto**, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según criterio médico, basado en evidencias y con atención personalida previa información y autorización de la paciente, **mediante el consentimiento informado...**”

[Énfasis añadido.]

En los incisos 5.5.10., 5.5.11. y 5.5.12., señalan:

“5.5.10 **Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos** con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. **La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.** La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre **100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.**

5.5.11 **El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias.** La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 **El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.**”

[Énfasis añadido.]

5.19. La Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2013, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, establece en los apartados 4.8., 5.13., y 5.13.1., lo siguiente:

“...4.8. Internado de pregrado: ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.

5.13. Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:

5.13.1. **Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal. ...”** (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.20. La Ley de Salud para el Estado de Campeche, por cuanto al caso, indica:

En el artículo 22:

“Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la población del Estado, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”

En el artículo 23:

“Los servicios de salud se clasifican en servicios de: I. Atención médica; II. Salud pública; y III. Asistencia social.”

En el artículo 26, fracción III:

*“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico, el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente y la protección contra riesgos sanitarios; II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; III. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; **IV. La atención materno-infantil**; V. La planificación familiar; VI. La salud mental; VII. La prevención y el control de enfermedades bucodentales; VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables; XI. La prevención, tratamiento y control de la drogadicción, además de la rehabilitación de las personas adictas; y XII. Los demás que establezca esta Ley y otras disposiciones legales y reglamentarias aplicables.”*

[Énfasis añadido.]

En el artículo 31:

“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”

En el artículo 32:

“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las capacidades diferentes físicas o mentales.”

En el artículo 33:

“Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: I. Servicios públicos a la población en general; II. Servicios a derechohabientes de la institución encargada de ofrecer servicios de seguridad social a los servidores públicos del Estado y de los Municipios, o los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Estatal preste la misma institución a otros grupos de usuarios; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten; y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca el Ejecutivo Estatal”.

En el artículo 34:

Son servicios públicos a la población en general, los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”

En el artículo 58, se indica que:

“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;**
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna; y III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.”

5.21. Por otra parte, al momento en que acontecieron los hechos, se encontraban vigentes el “Código de Ética de los servidores públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Campeche” y las “Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública”, publicadas, mediante Acuerdo, en el Periódico Oficial del Estado, el miércoles 13 de septiembre de 2017, Cuarta Época, Año III, número 0522. A saber, en el Código de Ética se establecieron los principios que todo servidor público debía observar, en el desempeño de su empleo, cargo, comisión o función, entre ellos los siguientes: Disciplina⁶³, legalidad⁶⁴, profesionalismo⁶⁵, lealtad⁶⁶, integridad⁶⁷ y rendición de cuentas⁶⁸. Ahora bien, en el artículo 1° de las Reglas de Integridad, se estipuló lo siguiente: “El servidor público que desempeñe un empleo, cargo, comisión o función, conducirá su actuación con transparencia, honestidad, lealtad, cooperación, austeridad, sin ostentación y con una clara orientación al interés público. Vulneran esta regla, de manera enunciativa y no limitativa, las conductas siguientes: a) Abstenerse de ejercer las atribuciones y facultades que le impone el servicio público y que le confieren los ordenamientos legales y normativos correspondientes.” **(Sic)**, bajo esa premisa, en el numeral 5°, referente a los trámites y servicios, se estipuló lo siguiente: “El servidor público que con motivo de su empleo, cargo, comisión o función participe en la prestación de trámites y en el otorgamiento de servicios, atenderá a los usuarios de forma respetuosa, eficiente, oportuna, responsable e imparcial. Vulneran esta regla, de manera enunciativa más no limitativa, las conductas siguientes: a) Ejercer una actitud contraria de servicio, respeto y cordialidad en el trato, incumpliendo protocolos de actuación o atención al público; b) Otorgar información falsa sobre el proceso y requisitos para acceder a consultas, trámites, gestiones y servicios; c) Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta.”

⁶³ **1. DISCIPLINA.** Evitar comportamientos que puedan generar dudas que afecten o atenten contra los valores e imagen de la Dependencia o Entidad.

⁶⁴ **2. LEGALIDAD.** Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas le atribuyan a su cargo, por lo que deben de conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

⁶⁵ [...] **4. PROFESIONALISMO.** Cumplir con las leyes, reglamentos o demás disposiciones legales, y evitar cualquier acción que desacredite el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

⁶⁶ [...] **6. LEALTAD.** Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general.

⁶⁷ [...] **8. INTEGRIDAD.** Actuar siempre de manera congruente con los principios que se deben observar en el desempeño de un cargo, convencidos en el compromiso de ajustar su conducta para que impere en su desempeño una ética que responda al interés público y generen certeza plena de su conducta frente a todas las personas con las que se vinculen u observen su actuar.

⁶⁸ **9. RENDICIÓN DE CUENTAS.** Asumir plenamente, ante la sociedad y sus autoridades, la responsabilidad que deriva del ejercicio de su cargo, por lo que informarán, explicarán y justificarán sus decisiones y acciones, y se sujetarán a un sistema de sanciones, así como la evaluación y al escrutinio público de sus funciones por parte de la ciudadanía.

Documento consultado en: http://segobcampeche.gob.mx/images/Acuerdo_Codigo_de_Etica.pdf

consultas, trámites, gestiones y servicios; d) Exigir, por cualquier medio, requisitos o condiciones adicionales a los señalados por las disposiciones jurídicas que regulan los trámites y servicios [...].” (Sic).

5.22. Sobre la cuestión, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado en la jurisprudencia administrativa siguiente:

“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”.*⁶⁹

5.23. Resulta pertinente referir que, cuando acontecieron los hechos, se encontraban vigentes también la **Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo**⁷⁰, la **Guía Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención**⁷¹, la **Guía Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo de Parto**⁷² y la **Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea**⁷³, en los que se señalan las principales causas de complicaciones maternas que contribuyen a la mortalidad materna y perinatal, las recomendaciones para evaluar el papel de la inducción del parto en relación a los resultados maternos y fetales, y los riesgos en el incremento de la frecuencia de la operación cesárea en la resolución del embarazo; y de igual modo, la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal**⁷⁴, que permite identificar en forma temprana los factores de riesgo para asfixia neonatal, disminuir la mortalidad y morbilidad, como las secuelas secundarias asociadas a la asfixia neonatal.

5.24. Habiéndose fijado los hechos sometidos a investigación y el marco jurídico atinente al caso en concreto, se analizará de manera conjunta, el caudal probatorio para determinar si servidores públicos de la Secretaría de Salud del Estado, adscritos al Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, causaron la negativa, suspensión, retraso o deficiencia del servicio público de salud, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, sobreviniendo el fallecimiento del producto de la gestación(†), denotación jurídica de la presunta Violación al Derecho a la Protección de la Salud, en su modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud.**

5.25. Del estudio de las constancias que obra en el expediente de Queja 1455/Q-291/2017, del inciso **5.3 al 5.5.1.18**, este Organismo Autónomo constató que del día 4 de noviembre de 2017, **Karina Banesa Acosta Góngora**, a las 10:45 horas, acudió a los servicios de salud, prestados en el Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, siendo atendida por 3 médicos especialistas en ginecoobstetricia, durante la labor de

⁶⁹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁷⁰ Consultable en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

⁷¹ Consultable en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

⁷² Consultable en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

⁷³ Consultable en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

⁷⁴ Consultable en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

parto hasta la intervención quirúrgica (cesárea), atención que se ilustra de la siguiente manera:

| Médico que otorgó la atención | Área | Fecha | Hora | Observaciones |
|---|-------------------|------------|---|--|
| Dr. José Fernando Marín Gómez | Valoración por GO | 4 Nov 2017 | 11:10 | <ul style="list-style-type: none"> Informe de fecha 20 de enero de 2018 (transcrito en el inciso 5.4.1.) Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.3.) |
| Dr. Rigoberto Hernández Kantún | Tococirugia | 4 Nov 2017 | 11:30 | <ul style="list-style-type: none"> Informe de fecha 6 de febrero de 2018. (transcrito en el inciso 5.5.) Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 04 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.4.) |
| | | | 12:50 | <ul style="list-style-type: none"> Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.6.) |
| | | | 15:40 | <ul style="list-style-type: none"> Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.7.) |
| Dr. José Alejandro Javier Martínez Zavala | Tococirugia | 4 Nov 2017 | 21:00 | <ul style="list-style-type: none"> Informe de fecha 20 de enero de 2018. (transcrito en el inciso 5.4.2.) Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.8.) |
| | | | 23:40 | <ul style="list-style-type: none"> Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.9.) |
| | Tococirugia | 5 Nov 2017 | 00:40 | <ul style="list-style-type: none"> Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 5 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.10) |
| 02:00 | | | <ul style="list-style-type: none"> Valoración de Ginecología y Obstetricia, de fecha 5 de noviembre de 2017. (transcrito en el inciso 5.5.1.11.) | |

5.26. Al examinar la prestación de los servicios de salud, ofrecidos por los galenos adscritos al Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, con base en el conjunto de probanzas glosadas al expediente, bajo el enfoque del marco jurídico de derechos humanos, y el apoyo de la Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 14 de mayo de 2021, emitida por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, Médica Forense, de la Cuarta Visitaduría General, se colige:

5.26.1. Que la atención proporcionada por los Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, médicos ginecológicos, según la Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 14 de mayo de 2021, emitida por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Cuarta Visitaduría General, **no fue adecuada, en virtud de lo siguiente:**

5.26.2. Respecto al Dr. José Fernando Marín Gómez. (Inciso 5.6.1. de Observaciones, y Conclusiones 3 y 4)

A. Que de manera inadecuada no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar un proceso hipertensivo durante el embarazo. Además, en el examen general de orina se reflejó la presencia de leucocitos elevados y bacterias, lo que también sugería un proceso infeccioso urinario, el cual, en su momento pudo generar proteinuria. Por consiguiente, era imperante realizar una adecuada integración diagnóstica, situación que en el caso particular no ocurrió, lo cual expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas, tales como: evolución desfavorable del proceso hipertensivo, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp.

B. Que no registró, ni determinó respecto a los estrechos de la pelvis; es decir, superior, medio e inferior, así como, si ésta era suficiente, límite o reducida; por consiguiente, no es posible determinar de manera fehaciente que se haya descartado la desproporción cefalopélvica, que en su momento complicaría el progreso del trabajo de parto.

5.26.3. Respecto al Dr. Rigoberto Hernández Kantún. (Inciso 5.6.1. de Observaciones, Conclusiones 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, y 12)

A. Que en un contexto no recomendado **decidió iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5 mU/minuto dosis-respuesta; sin establecer la indicación médica precisa para justificar esa técnica.**

B. Que no fue debidamente registrado en el partograma que el trabajo de parto de la paciente era distócico, por detención del descenso (entre las 12:50 y las 15:40 del día 04 de noviembre), situación que pasó inadvertida por el personal médico a cargo del binomio materno fetal, lo que refleja además, que no se había realizado una adecuada valoración de la pelvis materna, con la finalidad de descartar un proceso de desproporción cefalopélvica, **incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.**

C. Que en el partograma de actividad uterina no se registró la variedad y descenso del producto de la gestación por la pelvis materna, mediante los planos de Hodge; por consiguiente, resulta evidente que el personal médico a cargo de la paciente **no llevó a cabo una adecuada monitorización del**

trabajo de parto, lo cual, por un lado, incrementó el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones y por otro lado, las inherentes a la administración de oxitocina; es decir, que se expuso de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas, las cuales incrementaron la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

D. Que Karina Banesa Acosta Góngora, desconocía el tratamiento a base de oxitocina que se le aplicó, la indicación médica precisa del mismo, así como sus posibles riesgos y beneficios, ante la falta del consentimiento informado que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

5.26.4. Respecto al Dr. José Alejandro Javier Martínez Zavala. (Inciso 5.6.1. de Observaciones, Conclusiones 13, 14, 15, 16, 17, y 18)

A. Que a las 21:00 horas del 4 de noviembre de 2021, reportó producto en estación 0, lo cual toma relevancia, toda vez, que considerando el registro de ubicación fetal -1 a las 12:50 horas, pasaron aproximadamente 8 horas, para que el descenso del producto de la gestación por el canal de parto avanzara en la estación -1 a la 0, aun con la administración de la oxitocina. Lo anterior refleja que existió **inadecuada vigilancia del trabajo de parto de la paciente**, y es posible inferir que no se efectuó valoración de la pelvis materna para descartar desproporción cefalopélvica.

B. Que no se consideró la interrupción quirúrgica de la gestación, por considerarse producto valioso, dejando evolucionar el trabajo de parto, el cual si bien es cierto, no estaba contraindicado, también lo es que **no se efectuó una adecuada vigilancia del mismo**, cuando además, se indicó su conducción a base de oxitocina, pasando inadvertida la distocia por detención del descenso fetal, y no fue clara la valoración de la pelvis materna para descartar desproporción cefalopélvica.

C. Que es posible inferir que **la inadecuada vigilancia del trabajo de parto, y el no considerar la opción de realizar cesárea de manera oportuna**, tanto por la distocia por detención del descenso, y el antecedente de producto valioso, incrementó el riesgo de asfixia perinatal y muerte del producto de la gestación, lo cual se relaciona con la muerte fetal.

D. Que a las 23:40 horas, del 4 de noviembre de 2017, estableció que desde las 22:30 horas, Karina Banesa Acosta Góngora, cursaba con 9 centímetros de dilatación, repitiendo a las 23:30 horas, y determinó interrumpir el embarazo por vía abdominal por falta de progresión de trabajo de parto anotando **"Pasará a quirófano en seguida (sic)"**. En ese contexto, es posible inferir que la intención era ingresar rápido a la paciente a la sala operatoria; sin embargo, el médico **no estableció la justificación de una cesárea urgente.**

E. Que no se efectuó una adecuada vigilancia del descenso del producto de la gestación, y si bien es cierto, aunque los registros de la frecuencia cardíaca fetal en el partograma se mantuvieron dentro de parámetros establecidos; también lo es, que **dentro de las constancias del expediente clínico no se encuentran reportes de perfil biofísico y registro cardiotográfico, estudios paraclínicos que estaban indicados en el**

presente caso, siendo que existía distocia por detención del descenso, y se había administrado oxitocina, lo que incrementó el riesgo de sufrimiento fetal, lo cual se relaciona con la pérdida de la vida.

5.26.5. Es importante señalar que, la citada opinión médica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, puntualiza lo siguiente: **A)** Que, Karina Banesa Acosta Góngora, fue sometida a trabajo de parto con un producto valioso; **B)** Que, no se establecieron los parámetros por los cuales se determinó que la paciente cursaba con una pelvis útil, para descartar una desproporción feto-pélvica, lo cual se relaciona con la distocia del tipo de detención del descenso; **C)** Que, durante el proceso de parto, se administró oxitocina a la paciente, sin corroborar de manera previa el bienestar fetal por medio de perfil biofísico, ni monitorización cardiotocográfica, lo que aumentó considerablemente el riesgo de pasar por alto complicaciones obstétricas, como lo es el sufrimiento fetal, dato sugestivo de asfixia intraparto y muerte fetal intrauterina; **D)** Que, es posible determinar que la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto de la paciente, cuando además se administró oxitocina, y el no haber realizado una cesárea de manera oportuna, se relacionó con la pérdida de la vida del producto de la gestación.

5.27. En síntesis, este Organismo considera fundada y motivadamente que se acreditó, la violación a derechos humanos, consistente en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud, por parte de los Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora**, de cuya responsabilidad sobrevino el fallecimiento del producto de la gestación (+), de acuerdo a las constancias que obran en el expediente de mérito. (incisos 5.1.al 5.6.1. del apartado de Observaciones)

5.28. No pasa por desapercibido para esta Comisión Estatal de Derechos Humanos que la inconforme, al momento de interponer la queja, hizo alusión a la participación de la C. Karen Eunice Carballo Magaña, residente del 1er año de la especialidad de ginecología y obstetricia, del Hospital de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", no obstante, además de que la denunciante se refirió a dicha profesional: **como el único personal de ese nosocomio que la atendió durante la evolución del trabajo de parto**, al momento de analizar las pruebas glosadas al caso, la Secretaría de Salud del Estado, al rendir su informe, por medio del oficio No. GYO/022/2018, de fecha 22 de enero de 2018 (ver apartado **5.4** de las **Observaciones**) señaló que, la residente estuvo a cargo de la paciente junto con los médicos de base de ginecología, los Doctores Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala; confirmado tal circunstancia, la propia C. Karen Eunice Carballo Magaña, al referir que ella y el galeno Hernández Kantún, recibieron en el servicio de Tococirugía a Karina Banesa Acosta Góngora, para vigilar el proceso de parto y también intervino en la cirugía cesárea; al respecto es importante clarificar que la Norma Oficial Mexicana **NOM-234-SSA1-2013**, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, establece en los puntos 4.8., 5.13. y 5.13.1., lo siguiente:

"...4.8. Internado de pregrado: ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.



5.13. Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:

5.13.1. **Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal. ..”** (Sic).

5.29. En consecuencia, en congruencia con la norma oficial mexicana **NOM-234-SSA1-2013**, se determina que la responsabilidad en la inadecuada valoración y vigilancia durante el proceso de parto, de Karina Banesa Acosta Góngora, corresponde únicamente a los Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, médicos de base de ginecología, y no así a la C. Karen Eunice Carballo Magaña (residente).

5.30. El Derecho a la Protección de la Salud, implica una permisión para el titular de acceder a los servicios de asistencia médica siguiendo los requerimientos establecidos por la ley. Con ello se impone al Estado y sus operadores la obligación de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios; asegurándose de realizar el adecuado préstamo, y en su caso, supervisión de éstos, así como la creación de infraestructura normativa e institucional que lo requiera.⁷⁵

5.31. Al respecto, este Organismo Público Autónomo Constitucional advirtió que durante la integración del expediente de queja 1455/Q-291/2017, particularmente de la información proporcionada por la autoridad denunciada, en concreto, de las constancias que integran el expediente clínico número 17/10483, iniciado por personal del Hospital de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", para documentar la atención médica proporcionada a Karina Banesa Acosta Góngora (ver inciso **5.5.1. y 5.25.** de las Observaciones), remitido a esta Comisión Estatal, a través del oficio número DG/DAT/00000211/2018, de fecha 22 de enero de 2018, firmado por el Director del referido nosocomio (ver inciso **3.7.** de Evidencias), además de la **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, por parte de los Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, de cuya responsabilidad sobrevino el fallecimiento del producto de la gestación (probada en los incisos **5.2. al 5.6.1.** de las Observaciones), **se documentaron diversas irregularidades de carácter administrativo y estructural** en el servicio otorgado a la víctima directa; en ese tenor, con fundamento en el artículo 6, fracción III⁷⁶ de la Ley que rige a esta Comisión Estatal, **se conoce de oficio**, la consumación de Violaciones a derechos humanos, en base a los eventos siguientes:

⁷⁵ Cáceres Nieto, E. Estudio para la elaboración de un Manual para las calificaciones de hechos violatorios de los Derechos Humanos. Abril, 2005. Páginas 504 y 505. Consultable en http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/DH_26.pdf

⁷⁶ **Artículo 6.** La Comisión Estatal tendrá las siguientes atribuciones:

I.- Recibir, admitir o rechazar las quejas, denuncias y peticiones, así como recibir las inconformidades presentadas ante la Comisión;

II.- **Conocer** e investigar a petición de parte, o **de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos** en los siguientes casos:

a). **Por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter estatal y municipal; y**

b). Cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad, o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas.

5.32. Del control prenatal de Karina Banesa Acosta Góngora, la opinión médica, suscrita por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta, Médica Forense, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el apartado de **conclusiones, punto 1, inciso 2**, señaló que faltan documentales de la atención prenatal recibida; sobre este particular, la Doctora Blanca Estela Centeno Vega, textualmente señala: "...A las 35.2 semanas de gestación, Karina Banesa Acosta Góngora, fue valorada por la Dra. Magdalena Padilla Espinosa, quien reportó hallazgo de glucosaria. Lo anterior, aunado a los factores de riesgo con los que contaba la paciente para generar diabetes mellitus gestacional: edad materna de 34 años e índice de Masa Corporal de 34.22 kg/m², era necesario confirmar o descartar dicho padecimiento. **Sin embargo, dentro de las constancias que obran en el expediente de queja, faltan documentales que acrediten el control prenatal integral, ...**" (Sic).

5.33. Nota de triage obstétrico, efectuada a las 10:45 horas el 04 de noviembre de 2017, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, (transcrito integralmente en el inciso 5.5.1.2 de Observaciones), en la cual se advierte que: "...sin presencia de año ni el nombre y firma del personal de salud que atendió a la paciente y elaboró la documental..."

5.34. Partograma, de fecha 4 de noviembre de 2017, 11:30 horas, (transcrito integralmente en el inciso 5.5.1.5 de Observaciones), del cual se advierte que: "... el o los nombres del personal médico a cargo de la paciente se encuentran ilegibles..." (Sic).

5.35. Nota de alta de ginecología cesárea, de fecha 7 de noviembre de 2017, (transcrito integralmente en el inciso 5.5.1.16 de Observaciones), se advierte: "...el nombre del personal médico que la suscribe es ilegible..." (Sic).

5.36. Por lo que se refiere a las notas médicas y partograma (apuntadas en los incisos anteriores 5.33. 5.34. y 5.35.); se significa que en la Opinión Médica, de fecha 14 de mayo de 2017, emitida por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta, de la Dirección General de la Cuarta Visitaduría General, (transcrita en el apartado de Observaciones inciso **5.6. y 5.6.1.**) sobre tales documentales expresó que: "(...) lo que incumple el apartado 5.10. y 5.11. de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico..."; incisos que por su importancia, textualmente se transcriben:

"...**5.10** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener **fecha**, hora y **nombre completo de quien la elabora**, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, **con letra legible**, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.." (Sic).

5.37. La referida **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico**, inciso 10.1.1. al 10.1.1.10. prescribe que el consentimiento informado elaborado por personal médico, técnico o administrativo, deben formar parte del expediente clínico, y por tanto, los eventos médicos que requieren de anuencia, deberán contener como mínimo: nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso; nombre, razón o denominación social del establecimiento; título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado, nombre completo y firma de testigos; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del

acto médico autorizado entre otros; no obstante **a)** la Carta de Consentimiento Informado para la aplicación de anestesia, de fecha 04 de noviembre de 2017 (señalada en el apartado 5.5.1.13. de Observaciones); y **b)** la Carta de Consentimiento Informado para procedimientos quirúrgico y/o terapéuticos, de fecha 04 de noviembre de 2017(señalada en el apartado 5.5.1.14. de Observaciones); incumplen con el apartado **10.1.1.10.**⁷⁷ de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico, circunstancia que es subrayada en la Opinión Médica aportada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (inciso 5.6.1. de Observaciones).

5.38. En la Valoración por Ginecología y Obstetricia, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **11:10 horas**, suscrita por el Doctor José Fernando Marín Gómez, médico de Ginecología y Obstetricia, (transcrita integralmente en el inciso 5.5.1.13. de Observaciones) en la que se documentó entre otros aspectos:

“...Abdomen: FU: 33 CM,DD,CEFALICO, ENCAJADO, LCF: 155 X’, se detecta 1 contracción de 45 seg en 10 min. TV: central, borrado 90% con 2 cm de dilatación, amnios roto LA escaso claro con grumos, presentación encajado, pelvis limite para producto actual, extremidades sin alteraciones. Comentario: paciente que cursa con emb de 40 sdg x FUR la cual se encuentra en fase latente, se ingresa a prueba de t-de parto,hay (sic) Bishop de 9, valorar via de obtención Dx: EMBARAZO DE 40 SDG. t. de parto. RPM de 3 hrs INDICACIONES MEDICAS 1- ayuno 2- Rutina de enfermería. 3- sol. fisiológica 1000cc P/8hrs 4- ingresa a toco 5-laboratorios básicos. **PBF** 6-delicada...” (Sic).

[Énfasis añadido.]

5.39. En la Nota de ingreso a Tococirugía, de fecha 04 de noviembre de 2017, a las **11:30 horas**, suscrita por el Dr. Rigoberto Hernández Kantún, médico de Ginecología y Obstetricia, (transcrita integralmente en el inciso 5.5.1.4. de Observaciones) en la que se observa:

“... quien ingresa por urgencias con diagnóstico de EMBARAZO DE 40 SDG/TPFL/RPM DE 3 HORAS. PA: Refiere inicia el día de ayer por la noche con dolor tipo colico en hipogastrio, acompañado de actividad uterina irregular, refiere expulsión de tapo (sic) mucosanguinolento ayer, salida de líquido transvaginal a las 07:00 horas, refiere adecuados movimietos (sic) fetales, niega datos de vasoespasmo... se indica RCTG, dinámica uterina y de acuerdo a resultado, ... con vigilancia estrecha de la FCF asi como desarrollo de criterios de Gibbs. Se inicia cobertura antimicrobiana y vigilancia de curva térmica. IDX: EMBARAZO DE 40 SDG POR FUM/ TPFL/ RPM DE 4 HORAS DE EVOLUCION Plan: hidratación, **registro cardiotocográfico, monitorización de FCF**, así como progresió (sic) del trabajo de parto. Vigilancia estrecha de criterios de Gibbs. Pronóstico reservado...” (Sic)

5.40. Respecto a la valoración médica, signada por el Dr. José Fernando Marín Gómez, y la nota de ingreso a tococirugía, suscrita por el Dr. Rigoberto Hernández Kantún (transcritas en los incisos **5.5.1.3. y 5.5.1.4. de Observaciones**); se advierte por cuanto a la prueba de bienestar fetal y registro cardiotocográfico indicados por ambos galenos, que esos reportes No se encuentran dentro de las constancias que obran en el expediente clínico No.17-10483, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora; siendo relevante retomar lo aseverado por la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, en el apartado **12** de las Conclusiones, que dice:

⁷⁷ 10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

“...12.- La Guía de Práctica Clínica de inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, recomienda **que antes de iniciar debe valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico**. Sin embargo, a las 15:40 horas del 04 de noviembre de 2017, el Dr. Rigoberto Hernández, indicó la administración intravenosa de oxitocina, y desde las 11:10 horas del mismo día, se había solicitado prueba de bienestar fetal, **sin encontrarse reportes dentro de las constancias que obran en el expediente clínico**, lo que, por un lado, lograra acreditar que se llevó a cabo, y por otro lado, no es posible determinar las condiciones en que se encontraba el producto de la gestación antes del inicio de la conducción del trabajo de parto con oxitócico y, si éstas eran las óptimas para su administración, por lo que se carecen de elementos técnico médicos para opinar al respecto...” (Sic).

5.41. Es de interés la hoja de enfermería de quirófano y recuperación (visible en inciso 5.4.1.1.5. de Observaciones), de fecha 5 de noviembre de 2017, a nombre de Karina Banesa Acosta Góngora, suscrita por la enfermera R. Beh, se registró en el apartado de **MEDICACIÓN Y SOLUCIONES APLICADAS**: “...Sol. Glucosada 5% 1000 ...Pendiente Despamen No hay en el servicio... **OBSERVACIONES:** ...” (Sic); al respecto, la Opinión Médica, de la Doctora Blanca Estela Centeno Vega, aludió a la falta del citado medicamento, sin que esa situación generara complicaciones maternas de la paciente; no obstante, este Organismo Autónomo Estatal, considera que la no disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental, equipo entre otros, incumbe a una responsabilidad institucional, que se constituyen en elementos básicos, para que la autoridad sanitaria y los prestadores de servicios, de los sectores público, social y privado, puedan garantizar el derecho a la protección de la salud, al ofrecer a los usuarios una atención médica de calidad, seguridad y eficiencia, conforme las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (NOM-016-SSA3-2012)⁷⁸.

5.42. Resulta importante significar el contenido de la **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en los puntos **5.5.10, 5.5.11 y 5.5.12**, se establece que:

“...5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve. 5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración. 5.5.12. El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente...” (Sic).

5.43. No obstante, al examinar el Partograma, de fecha 4 de noviembre de

⁷⁸ Consultable en: [NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios \(dof.gob.mx\)](https://www.dof.gob.mx/norma/2010/05/05/nom-005-ssa3-2010-que-establece-los-requisitos-minimos-de-infraestructura-y-equipamiento-de-establecimientos-para-la-atencion-medica-de-pacientes-ambulatorios)

2017, (ver inciso 5.5.1.5. del apartado de Observaciones) se evidencia que dicho instrumento carece de los registros de la actividad uterina, de la variedad y descenso del producto de la gestación por la pelvis materna, que debieron ser anotados.

5.44. Es oportuno hacer mención que, la Opinión Médica, de 14 de mayo de 2021, de la Comisión Nacional, (inciso 5.6.1 y 5.6.1. del apartado de Observaciones) en el **punto 18** de las Conclusiones, se lee que: "... 18.- No se efectuó una adecuada vigilancia del descenso del producto de la gestación y, si bien es cierto, aunque los registros de la frecuencia cardíaca fetal en el **partograma** se mantuvieron dentro de parámetros establecidos; también lo es, **que dentro de las constancias del expediente clínico no se encuentran reportes de perfil biofísico y registro cardiografico, estudios paraclínicos que estaban indicados en el presente caso.** Por consiguiente, no es posible determinar de manera fehaciente, el estado ni el bienestar que guardaba el producto de la gestación, siendo que existía distocia por detención del descenso, y se había administrado oxitocina, lo que incrementó el riesgo de sufrimiento fetal, lo cual se relaciona con la pérdida de la vida..." (Sic).

5.45. Otro aspecto a considerar, es el contenido de la la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, en el inciso **5.5.7⁷⁹**, de cuyo contenido se ordena que la conducción del trabajo de parto a base de oxitocina, debe de llevarse a cabo previa información y autorización de la paciente; no obstante, como se señala en la opinión médica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el **punto 8** del apartado de **Conclusiones**: en el expediente clínico, no obra el consentimiento informado de Karina Banesa Acosta Góngora, que confirme el habersele otorgado, por el Doctor Rigoberto Hernández Kantún, la información amplia, clara y precisa del procedimiento obstétrico referente a iniciar la conducción del trabajo de parto a base de oxiótico⁸⁰; y en consecuencia, que la paciente (quejosa) otorgara su autorización por escrito para llevarlo a cabo por consentimiento informado⁸¹; por lo tanto, se colige que la paciente **No autorizó la conducción mediante consentimiento informado⁸²**.

5.46. Con relación a la Nota de Evolución Tococirugía y Prequirúrgica, de fecha 4 de noviembre de 2017, a las 23:40 horas, signada por el Dr. José Alejandro Javier Martínez (transcrita integralmente en el inciso 5.5.1.9. de Observaciones), si bien se observa que se anotó: **"Pásara a quirófano en seguida** (Sic); se pasó por desapercibido la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, el cual establece que la cesárea urgente, se práctica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica y para lo cual se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos; esto es, la autoridad tenía de

⁷⁹ 5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

⁸⁰ Nota de Evolución Tococirugía, de fecha 4 de noviembre de 2017, a las 15.40 horas, suscrita por el Dr. Rigoberto Hernández Kantún.

⁸¹ NOM-007-SSA2-2016, Punto10. **Consentimiento informado**, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

⁸² 5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

obligación de contar con un quirófano disponible en un promedio de tiempo de 30 minutos, pero pese a esto, la intervención quirúrgica de Karina Banesa Acosta Góngora, inició a las 00:40 horas, como se advierte de la Nota de Revaloración, de 5 de noviembre de 2017 (transcrita textualmente en el inciso 5.5.1.10 de **Observaciones**) es decir, transcurrió más del tiempo recomendado en la guía para iniciar la cesárea de urgencia.

5.47. Esta Comisión Estatal registró, que el propio galeno José Alejandro Javier Martínez Zavala, al rendir su informe en el procedimiento de investigación, se contradice respecto a la urgencia obstétrica de Karina Banesa Acosta Góngora, ya que en una parte refiere: "...Cabe mencionar que ya había otra paciente programada para cesárea efectiva sin urgencia por el momento, sin embargo, se le dio prioridad a la señora KARINA por tratarse de **una urgencia categoría 4 de acuerdo al lineamiento técnico de cesárea...**; y en otra indicó: "...De acuerdo a la G.P.C. IMSS-436-11 DETECCIÓN Y TRATAMIENTO INICIAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, la paciente KARINA BANESA ACOSTA GONGORA, **NO (NEGATIVO) PRESENTO UNA URGENCIA O EMERGENCIA OBSTETRICA** durante el trabajo de parto..." (Sic); de tal suerte, además de que el Dr. Martínez Zavala, no estableció la justificación de una cesárea urgente, como se subraya en la la pericial ofrecida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (inciso 5.6. y 5.6.1.) el mismo galeno vertió opiniones encontradas sobre la "**urgencia obstétrica**".⁸³ (ver inciso **5.4.2.** de Observaciones)

5.48. En la continuidad del procedimiento quirúrgico, por parte del Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala, el día 5 de noviembre de 2017, a las 00:40 horas, (transcrita integralmente en el inciso **5.5.1.10.** de Observaciones), se lee que el producto de la gestación se extrajo con datos clínicos inherentes a depresión grave o pérdida de la vida intraparto, encomendando reanimación neonatal primeramente a "**médico interno de pediatría**", sin respuesta, quien dio aviso a "**residente y adscrito a pediatría**", quien se presenta aproximadamente a los 5 minutos del llamado e inicia reanimación neonatal avanzada. Sobre esta cuestión, este Organismo Público local, hace suya la Opinión Especializada de la Dra. Blanca Estela Centeno Vega, de la CNDH, en el **punto 24** de las Conclusiones, que a la letra indica:

"...24.- Al cursar el producto de la gestación **por un proceso crítico secundario a depresión grave o Apgar 0/0:** flacidez, meconio, cianótico y en paro cardiorrespiratorio, **requería atención médica especializada;** sin embargo, de primera intención recibió maniobras de reanimación por parte de personal médico aún en formación, es decir, por médico interno de pregrado (MIP) del servicio de Pediatría, cuando debían ser otorgadas por personal médico adscrito de Pediatría, o en su caso, supervisar en todo momento el actuar del MIP, lo que contribuyó a que la respuesta de las maniobras otorgadas de manera inmediata a su extracción, no fuera favorable. En ese orden de ideas, se dio aviso a residente y personal médico adscrito de Pediatría, quienes se presentaron hasta los cinco minutos posteriores al llamado, dando inicio a la reanimación neonatal avanzada durante 30 minutos, procedimiento que no fue exitoso, toda vez que se determinó el fallecimiento del producto de la gestación, con las siguientes causas establecidas en el certificado de muerte fetal: asfixia del nacimiento severa y meconio en el líquido amniótico. **Por lo tanto, la dilación en la atención médica supervisada y/o especializada, por ausencia de médico adscrito del servicio de Pediatría,**

⁸³ NOM.007-SSA2-2016. Punto: 3.52 **Urgencia obstétrica**, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna perinatal que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

la cual se requería por el cuadro patológico crítico que comprometía su sobrevida, contribuyó con su fallecimiento...” (Sic).

5.49. Al tenor de lo expuesto a la luz del marco jurídico aplicable, se colige que **la Secretaría de Salud del Estado de Campeche, también incurrió en responsabilidad institucional, violando el derecho consistente en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, ante las carencias y omisiones administrativas del servicio brindado en el Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, durante su atención.**

Derecho a una Vida Libre de Violencia, en su modalidad de Violencia Obstétrica:

5.50. La violencia representa una de las formas más extremas de desigualdad de género y una de las principales barreras para el desarrollo personal y social, el despliegue de las capacidades y el ejercicio de derechos, además de constituir una clara violación a los derechos humanos. Uno de los ámbitos en lo que se expresa con mayor crudeza, es en el ejercicio del derecho a la salud reproductiva.

5.51. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”, garantizando su salud y bienestar.⁸⁴

5.52. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha enfatizado que es “(...) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.”⁸⁵

5.53. Dicha Comisión Interamericana, en su informe sobre “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, ha enfatizado que es “(...) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, **particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas**”⁸⁶

5.54. La Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1. indica la obligación para que

⁸⁴ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

⁸⁵ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

⁸⁶ CIDH. 7 de junio de 2010, Párr. 84.

se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en último párrafo alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

5.55. Por cuanto al Derecho a la Salud Materna e Infantil, el Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que “el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”⁸⁷ y que “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos, y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.⁸⁸

5.56. El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto.”⁸⁹

5.57. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “la violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”.⁹⁰

5.58. Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su Recomendación General 31/2017, “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, define a la violencia obstétrica, como: “una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, **que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación** o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.⁹¹

5.59. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la citada Recomendación General 31/2017, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Sobre la violencia obstétrica en el”

⁸⁷ Ibid. Párrafo 1.

⁸⁸ Ibid. Párrafo 27.

⁸⁹ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

⁹⁰ Ibid., Párr. 49.

⁹¹ Párr. 94.

sistema de salud, “(...) **existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro**”⁹², por lo que “al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, **para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal**”.⁹³

5.60. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “(...) la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres (...); “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

5.61. En el artículo 61 Bis, de la Ley General de Salud, se señala que:

“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.”

[Énfasis añadido.]

5.62. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”.⁹⁴

5.63. Si bien el embarazo parto y puerperio, constituyen un proceso fisiológico y natural, ciertos contextos, así como elementos endógenos y exógenos que confluyen en algunos casos, son factores de vulnerabilidad para las mujeres; de tal suerte, el marco normativo nacional e internacional ha reconocido la necesidad de una protección reforzada que garantice el respeto de su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la atención brindada por las Instituciones de Salud, además del aspecto médico, amerita consideraciones de igualdad; de tal suerte, las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurridas bajo su condición de gestante, han sido definidas como violencia obstétrica.

5.64. En el presente caso, Karina Banesa Acosta Góngora, después de someterse de forma particular, a un procedimiento de estimulación ovárica por antecedente de infertilidad primaria, logró quedar embarazada, dando

⁹² CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

⁹³ *Ibid.*, párr. 181.

⁹⁴ “Introducción”, Párr. 4.

seguimiento al mismo a través de atención particular en Biología de la Reproducción Humana, completando 32 semanas de la gestación recurrió al Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio” para la atención del parto; no obstante, como ha quedado evidenciado en los incisos **5.2. al 5.27.**, los Médicos José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, así como la Institución de Salud, incurrieron en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud** en agravio de la quejosa, acciones y omisiones que son acotadas en el apartado 25 de las Conclusiones de la Opinión Médica, emitido mediante oficio No. CVG/246/2021, de fecha 14 de mayo de 2021, por la Doctora Blanca Estela Centeno Vega, Visitadora Adjunta, Médica Forense, de la Cuarta Visitaduría General, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que en su parte conducente expresa:

“...Karina Banesa Acosta Góngora fue sometida a trabajo de parto con un producto valioso, sin establecer los parámetros por los cuales se determinó que cursaba con una pelvis útil, y que en su momento, se descartara una desproporción feto-pélvica, lo cual se relaciona con la distocia del tipo detención del descenso, la que no fue advertida por el personal médico a cargo de la paciente; aunada la administración de oxitocina sin corroborar de manera previa el bienestar fetal por medio de perfil biofísico ni monitorización cardiotocográfica durante el proceso, aumentó considerablemente el riesgo de pasar por alto complicaciones obstétricas, como lo es el sufrimiento fetal. Al respecto, la presencia de líquido meconial +++, era un dato sugestivo de asfixia intraparto y muerte fetal intrauterina, cuadros patológicos que se relacionan con el reporte de Apgar de 0/0, por lo que es posible determinar que la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto, cuando además se administró oxitocina, y no haber realizado una cesárea de manera oportuna, **se relacionó con la pérdida de la vida del producto de la gestación...**”

5.65. No pasa desapercibido para los efectos del presente estudio, el señalamiento de la quejosa ante este Organismo, respecto a que los médicos nunca le informaron del fallecimiento del producto de la gestación (+) y la evadían, como tampoco le preguntaron a ella y a su esposo, el señor José Ricardo Te Aguilar, sobre la autopsia, contrario a lo que comunicó el Doctor José Alejandro Javier Martínez Zavala al rendir su informe.

5.66. Ante el panorama jurídicamente planteado, (incisos 5.2. al 5.27. de Observaciones) se advierte que en oposición al mandato de garantizar la atención y cuidados a los que Karina Banesa Acosta Góngora tenía, en la especial condición de embarazo y parto, sufrió **a) Inadecuada integración diagnóstica durante la valoración ginecológica; b) Inadecuada atención médica, respecto a la vigilancia del trabajo de parto; c) Inadecuada conducción del parto; d) Aplicación de tratamiento sin su consentimiento informado; e) Ausencia de registros en el expediente clínico, tanto de la atención prenatal, como de la prueba de bienestar fetal, registro cardiotocográfico, actividad uterina y modificaciones cervicales durante la labor de parto; f) Impedimento de considerar oportunamente la opción de cesárea; g) Retraso en la disponibilidad del quirófano, en el tiempo recomendado según la urgencia; h) Dilación en la atención médica supervisada y/o especializada al producto de la gestación; i) La falta de consentimiento informado; j) La falta de medicamentos; y k) La omisión en la elaboración de estudios diagnósticos.**

5.67. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional Autónomo, concluye que los **Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, así como por responsabilidad institucional por las deficiencias del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en la modalidad de Violencia Obstétrica, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a)**⁹⁵, de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18⁹⁶, 46, fracciones I, II, III y X⁹⁷, 51, fracción II⁹⁸, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.⁹⁹

5.68. En síntesis, este Organismo Constitucional Autónomo, concluye que se acreditó en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora, la violación a derechos humanos, consistente en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud, y Violación al Derecho a una Vida Libre de Violencia, en su modalidad de Violencia Obstétrica, por parte de los Doctores **José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, personal médico de ginecología del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, así como responsabilidad institucional por las deficiencias del citado Hospital de Especialidades, que retrasaron la prestación del servicio médico eficiente.**

⁹⁵ Artículo 1 Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 3 Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 4 Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: **a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;** c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales; d. el derecho a no ser sometida a torturas; **e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;** f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley; g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos; h. el derecho a libertad de asociación; i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley; y j. el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

Artículo 7 Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;...

Artículo 8 Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para: a. fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos;...

⁹⁶ARTÍCULO 18.- **Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno** que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

⁹⁷ ARTÍCULO 46.- **Corresponde a la Secretaría de Salud:** I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra; **II. Brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas;** III. Crear programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto de la violencia contra las mujeres y se garanticen la atención a las víctimas y la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia;... X. Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres;...

⁹⁸ ARTÍCULO 51.- Las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias deberán prestar atención a las víctimas, consistente en: I... II. Promover la atención a víctimas por parte de las diversas instituciones del sector salud, así como de atención y de servicio, tanto públicas como privadas;...

⁹⁹ ARTÍCULO 59.- La Secretaría de Salud, en su calidad de Integrante del Sistema, tendrá las siguientes atribuciones: I. Establecer la política de salud en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres; II. Emitir normas, lineamientos e instrumentos de rectoría que garanticen la prestación de servicios de atención médica y psicológica para las mujeres víctimas de violencia; III. Diseñar el programa de capacitación y actualización del personal del sector salud que participe en la atención de las mujeres víctimas de violencia;...

6. CONCLUSIONES:

En atención a todos los hechos y evidencias descritas anteriormente, producto de las investigaciones llevadas a cabo, en el procedimiento de investigación que se analiza, se concluye que:

6.1. Que Karina Banesa Acosta Góngora, **sí** fue objeto de la violación a derechos humanos, consistente en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud y Violación al Derecho a una Vida Libre de Violencia, en su modalidad de **Violencia Obstétrica, por parte de los Doctores José Fernando Marín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, dependiente del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, de la Secretaría de Salud del Estado.**

6.2. Para los efectos legales correspondientes, esta Comisión Estatal reconoce a la C. Karina Banesa Acosta Góngora, la condición de Víctima Directa de Violaciones a Derechos Humanos.

6.3. Por tal motivo, y toda vez que, en la sesión de Consejo, celebrada con fecha 16 de julio de 2021, fue escuchada la opinión de sus integrantes, en cuanto a los hechos señalados por la C. Karina Banesa Acosta Góngora, con el objeto de lograr una reparación integral, se formulan en contra de la Secretaría de Salud del Estado, las siguientes:

7. RECOMENDACIONES:

A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO:

7.1. Que, como medida de satisfacción, a fin de reintegrarle la dignidad a la víctima, y realizar una verificación de los hechos estudiados en el citado expediente, con fundamento en los artículos 5°, fracción XVIII, 24, 44, fracción IV, 55, fracciones IV y V de la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, se solicita:

PRIMERA: Que, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, como forma de revelación oficial y completa de la verdad, se haga pública ésta, a través de su portal oficial de internet, siendo visible desde su página de inicio, mediante un hipervínculo titulado: **“Recomendación emitida a la Secretaría de Salud del Estado, por la CODHECAM, por la violación a derechos humanos, consistente en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud y Violación al Derecho a una Vida Libre de Violencia, en su modalidad de Violencia Obstétrica, en agravio de Karina Banesa Acosta Góngora”**, y que direccione al texto íntegro de la misma. Dicha publicidad deberá permanecer en ese sitio, durante el periodo de seguimiento a la Recomendación, hasta su total cumplimiento, como un acto de reconocimiento de responsabilidad, satisfactorio en favor de las víctimas indirectas, debido a que se acreditó la transgresión a los derechos fundamentales de Karina Banesa Acosta Góngora.

SEGUNDA: Que, ante el reconocimiento de la condición de víctima directa de Violaciones a Derechos Humanos a la **C. Karina Banesa Acosta Góngora**, específicamente por la Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud y Violación al Derecho a una

Vida Libre de Violencia, **en su modalidad de Violencia Obstétrica**, en agravio propio, de conformidad con lo establecido en los artículos 85, 86, 87 y 90 la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, se le solicita, en consecuencia, que se proceda con la solicitud de inscripción de la ante citada, al Registro Estatal de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Estatal, las documentales que así lo acrediten.

TERCERA: Que, el Órgano Interno de Control de esa Dependencia, inicie y resuelva un procedimiento administrativo, en contra de los Doctores José Fernando Martín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, personal médico que, al momento de acontecer los hechos investigados, se encontraba adscrito al Hospital de Especialidades Médicas, Dr. Javier Buenfil Osorio”.

CUARTA: Que, con independencia de la resolución del precitado Órgano Interno de Control, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en el expediente laboral de los Doctores José Fernando Martín Gómez, Rigoberto Hernández Kantún y José Alejandro Javier Martínez Zavala, debiendo remitir a esta Comisión, las constancias con que se acredite su cumplimiento.

7.2. Que, como medidas de no repetición, las cuales tienen como objetivo contribuir, prevenir o evitar la reproducción de los hechos que ocasionan la violación a derechos humanos, plenamente acreditada, con fundamento en el artículo 5°, fracción XVIII, 24, 44, fracción V, y 56 del precitado Ordenamiento, se requiere a esa Secretaría:

QUINTA: Que, se instruya la atención y obediencia del personal a cargo del servicio médico de ginecología, de todos los turnos, del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, sobre la debida observancia al contenido de la Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, la Guía Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención, la Guía Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo de Parto, la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal; y la aplicabilidad de la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016); y de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012), ofreciendo el contenido de dichos instrumentos de forma electrónica, para que puedan ser consultado con facilidad.

SEXTA: Que, esa Dependencia tome las medidas administrativas pertinentes, para que, de conformidad con los lineamientos establecidos en la “Norma Oficial Mexicana que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada” NOM-016-SSA3-2012, y en la “Norma Oficial Mexicana Utilización de Campos Clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado” NOM-234-SSA1-2013, se realice un procedimiento de verificación en el Hospital General de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, para constatar si cumple fehacientemente con las mismas, respecto de la infraestructura y equipamiento del servicio de ginecología, tocología y tocoquirúrgica; así como del personal especializado responsable de los servicios en ginecología y pediatría que proporciona atención médica en el mismo servicio, y en su caso, se realicen los ajustes necesarios para dar cabal cumplimiento a esa disposición normativa.

SEPTIMA: Que, la Secretaría de Salud, instruya a quien corresponda, a efecto que realice una supervisión de la infraestructura, equipamiento y servicios que, de acuerdo a la Ley General de Salud, Ley de Salud del Estado, la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, y demás normativa en la materia, registrándose las irregularidades que fueron advertidas en el área de ginecología, tocología y tocoquirúrgica, del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio” y, emprendan las acciones encaminadas para solventarlas.

7.3. Como medidas de rehabilitación, las cuales tienen como finalidad, facilitar a las víctimas, hacer frente a los efectos sufridos por causa de la vulneración a los derechos humanos, con fundamento en el artículo 5°, fracción XVIII, 24, 44, fracción II, y 46, fracción I del multirreferido Ordenamiento Jurídico, se requiere:

OCTAVA: Que se emprendan las acciones pertinentes, para gestionar en favor de la C. Karina Banesa Acosta Góngora, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica **en caso de que lo requieran**, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a las especificidades de género, de forma continua hasta su sanación psíquica y/o emocional, con motivo del fallecimiento del producto de la gestación. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas directas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente.

7.4. Que como medida de compensación, a fin de resarcir las pérdidas materiales e inmateriales, a consecuencia de la violación a Derechos Humanos, comprobada¹⁰⁰ en base a lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, párrafo segundo y 101 bis de la Constitución Política del Estado de Campeche, 64, fracciones V y VII de la Ley General de Víctimas, 47, fracciones I y VII de la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, 43 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche y 82 de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

NOVENA: Que se realice el pago de la compensación que proceda conforme a derecho, a las víctimas directa e indirecta por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio directo de **Karina Banesa Acosta Góngora**, que derivaron en el fallecimiento del producto de la gestación (+), que impactaron en detrimento de sus expectativas de vida.

7.5. Que de conformidad con lo establecido en el artículo 45, segundo párrafo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche en vigor, se solicita a la Secretaría de Salud del Estado, que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación sea informada a esta Comisión dentro del término de 5 días hábiles, contados al día siguiente de su notificación, y, en su caso, las pruebas correspondientes a su cumplimiento sean enviadas

¹⁰⁰ Caso Espinoza Gonzáles VS Perú, Sentencia del 20 de noviembre de 2014. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 3001. En dicho caso, la CIDH 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.”

dentro de los 25 días adicionales. Haciendo de su conocimiento que este documento es integral en todas sus partes, cuya aceptación implica el cumplimiento de cada uno de sus puntos recomendatorios.

Que esta Recomendación, acorde a lo que establecen los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 45 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, tiene el carácter de pública y no pretende en modo alguno, desacreditar a las instituciones, ni constituye una afrenta a las mismas o a sus Titulares, sino que, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los estados de derecho para lograr su fortalecimiento, a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y funcionarios ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquellas y éstas sometan su actuación a la norma jurídica, y a los criterios de justicia que conlleva al respeto a los derechos humanos.

7.6. Que en caso de que la Recomendación no sea aceptada o cumplida, conforme a lo estipulado en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX Ter de la Constitución Política del Estado de Campeche; 6, fracción III y 45 Bis, fracciones I y II de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; 7, fracción I y 63 de la Ley General de Responsabilidades Administrativa, se le recuerda que: a). Deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa de aceptar o cumplirla en su totalidad, en el Periódico Oficial del Estado y en su sitio web, y b). Además, este Organismo Estatal puede solicitar al Congreso del Estado, o en sus recesos a la Diputación Permanente, lo llame a comparecer para que justifique su negativa.

7.7. Que, con el propósito de proteger la identidad de algunas de las personas involucradas en los hechos, y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión Estatal; 4, 13, 19, 20, 21 y 25 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche. 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 (Anexo 1), solicitándole a la autoridad que tome, a su vez, las medidas de protección correspondientes, para evitar poner en riesgo la integridad de las personas que aportaron información a este Organismo.

Por último, con fundamento en el artículo 97 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, mediante atento oficio, remítase copias certificadas de esta resolución al Secretario Técnico de esta Comisión Estatal, para que le dé seguimiento a la misma, y en su oportunidad, se sirva informar sobre el cumplimiento o no que se le haya dado a los puntos recomendatorios, por parte de la autoridad demandada, para que se ordene el archivo de este expediente de queja.

Así lo resolvió y firma, el licenciado Juan Antonio Renedo Dorantes, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, por ante la maestra Ligia Nicthe-Ha Rodríguez Mejía, Primera Visitadora General." (Sic) **DOS FIRMAS ILEGIBLES.** 

A fin de dar cumplimiento a la citada Recomendación, adjunto copia digitalizada de la misma, para que obre en los expedientes de los procedimientos administrativos disciplinarios que al efecto se inicien, así como en el expediente y/o Registro Personal de los servidores públicos recomendados.

No se omite manifestar que, de conformidad con lo expuesto y fundado en el Oficio PVG/466/2021, dirigido a usted, de fecha 8 de julio de 2021, ante la falta de nombramiento de personal encargado de acusar de recibo **la correspondencia electrónica** que se le haga llegar, como la presente, **se contabilizarán los plazos y términos a que haya lugar a partir del envío.**

Lo que notifico respetuosamente a Usted, para los efectos legales correspondientes.

Atentamente


Lic. Juan Antonio Renedo Dorantes,
Presidente de la Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Campeche.

Oficio: PVG/483/2021

C.c.p. **Lic. Félix Enrique Selem Villanueva**, Director de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos del INDESALUD.
Correo electrónico: felix.selem@live.com.mx

C.c.p. **Lic. Antonio Cuevas Alvarado**, Subdirector de Asuntos Jurídicos del INDESALUD. Correo electrónico:
lic.antonioquevas@hotmail.com

C.c.p. Expediente 1455/Q-291/2017.
Rúbricas: JARD/LNRM/SBPZ/JLLO*