

# Evento Centinela por Error Transfusional en Paciente Obstétrica: Lecciones desde las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

*Sentinel Event due to Transfusion Error in Obstetric Patient: Lessons from the Essential Patient Safety Actions*



Godínez-Tamay AD<sup>1</sup> , De Anda-Aguilar L<sup>2\*</sup> , Cortés-Moreno GY<sup>3</sup> .

1. Médico pasante de servicio social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
2. Directora de Sala Arbitral, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México, México.
3. Directora de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México, México.

## RESUMEN

Se describe un evento centinela secundario a una transfusión sanguínea incompatible, en mujer de 38 años con gestación gemelar de 17.6 semanas al momento de los hechos, hospitalizada por aborto inminente. Pese a encontrarse hemodinámicamente estable y sin criterios clínicos documentados para transfusión, se indicó un concentrado eritrocitario. Durante la preparación y administración de dicho hemocomponente, se transfundió por error un concentrado A Rh positivo, siendo que la paciente era O Rh positivo. Derivado de lo anterior, se presentó reacción hemolítica aguda con deterioro hemodinámico refractario y evolución fatal. A partir del análisis del caso, se identificaron fallas en la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP). Se exponen lecciones aprendidas y recomendaciones operativas orientadas a prevenir recurrencias: estandarización de la identificación con dos identificadores, verificación cruzada por dos personas competentes en transfusiones, y fortalecimiento de la cultura justa para el registro y análisis de eventos centinela. Este caso subraya la necesidad de adherencia estricta a las AESP en la atención obstétrica para mejorar la seguridad y la calidad asistencial.

**Palabras clave:** cultura justa; ginecología y obstetricia; terapia transfusional; seguridad del paciente.

## ABSTRACT

This article describes a sentinel event secondary to an incompatible blood transfusion in a 38-year-old woman with a 17.6-week twin gestation at the time of the events, hospitalized for impending miscarriage. Despite being hemodynamically stable and lacking documented clinical criteria for transfusion, a red blood cell concentrate was prescribed. During the preparation and administration of that component, an A Rh-positive concentrate was mistakenly transfused, even though the patient was O Rh-positive. As a result, an acute hemolytic reaction occurred with refractory hemodynamic deterioration and fatal outcome. Based on the case analysis, flaws in the implementation of Essential Patient Safety Actions (EPAS) were identified. Lessons learned and operational

### Autor(a) de

### Correspondencia:

\*Leticia De Anda Aguilar.  
Directora de Sala Arbitral en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección: Av. Marina Nacional No.60, Piso 14, Alcaldía Miguel Hidalgo, Col. Tacuba, Ciudad de México. C.P. 11410.  
Correo electrónico: [Ideanda@conamed.gob.mx](mailto:Ideanda@conamed.gob.mx)

### Citar como:

Godínez-Tamay AD, De Anda-Aguilar L, Cortés-Moreno GY. Evento Centinela por Error Transfusional en Paciente Obstétrica: Lecciones desde las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. *Rev CONAMED*. 2025;30(3):131-138.

### Fecha de recepción:

12 de agosto de 2025

### Fecha de aceptación:

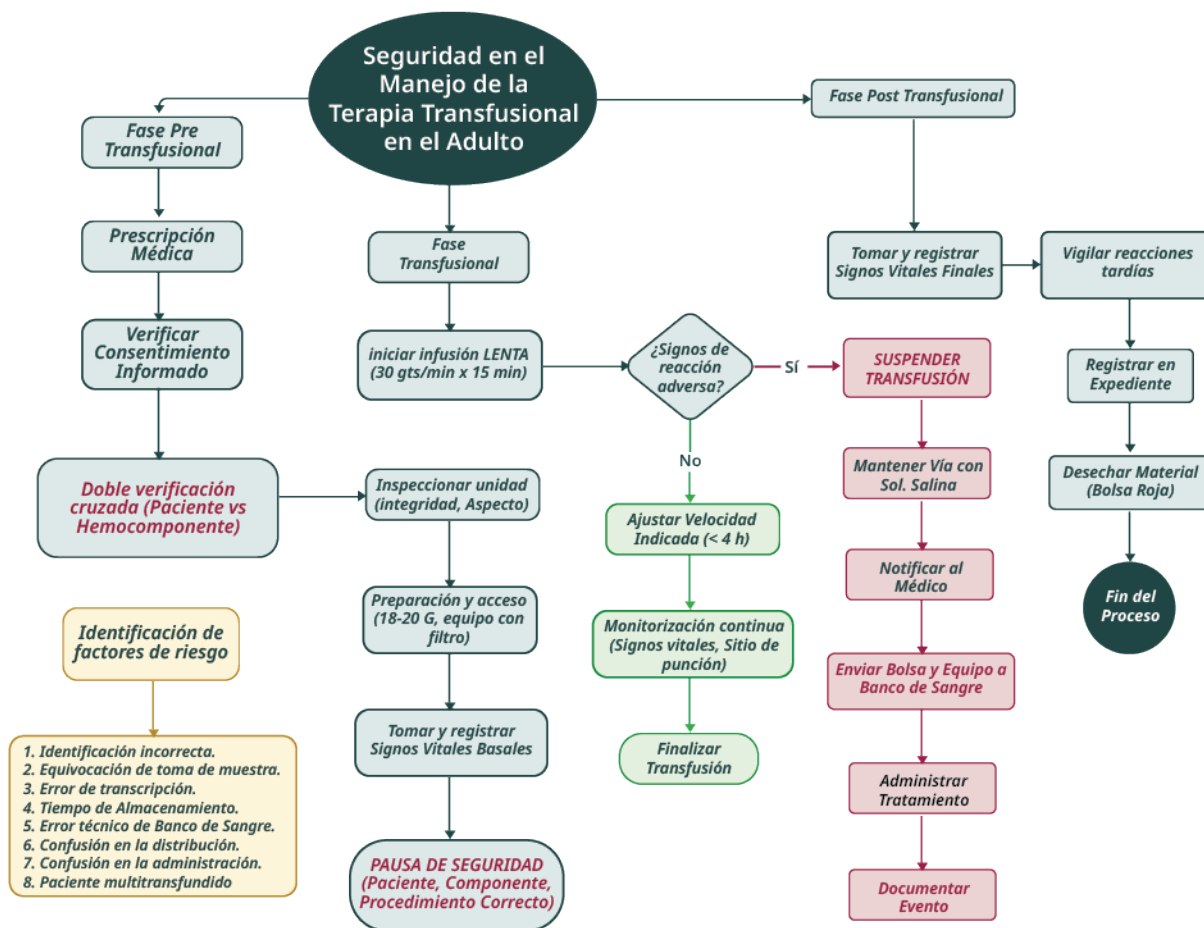
24 de septiembre de 2025

recommendations aimed at preventing recurrences are presented: standardization of identification with two identifiers, cross-checking by two competent transfusion personnel, and strengthening of a just culture for recording and analyzing sentinel events. This case underscores the need for strict adherence to EPAS in obstetric care to improve safety and quality of care.

**Keywords:** just culture; gynecology and obstetrics transfusion therapy, patient safety.

### INTRODUCCIÓN

Las intervenciones médicas, aún realizadas con estricto apego a los protocolos, conllevan riesgos inherentes para la persona usuaria. Entre ellas, la terapia transfusional continúa siendo una de las prácticas hospitalarias con mayor potencial de complicaciones graves.<sup>1</sup> La seguridad transfusional exige un proceso estandarizado desde la preparación hasta la finalización del procedimiento, con verificaciones estrictas en cada fase para reducir el riesgo de errores<sup>2</sup> (Figura 1).



**Figura 1.** Seguridad en el Manejo de la Terapia Transfusional en el Adulto.

**Fuente:** Elaboración propia con base en la Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en el Manejo de la Terapia Transfusional.<sup>2</sup>

En el caso de la paciente obstétrica, la fisiología del embarazo genera cambios hemodinámicos y hematológicos significativos que incrementan la vulnerabilidad ante eventos adversos, en particular los asociados con la hemorragia obstétrica.<sup>3,4</sup> Cuando las transfusiones se realizan sin una indicación

clara o al margen de los protocolos de seguridad, el riesgo de reacciones hemolíticas y desenlaces fatales aumenta considerablemente.<sup>5</sup>

Este reporte describe un evento centinela por transfusión sanguínea incompatible en una

paciente obstétrica, con el propósito de analizar las fallas en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) y aportar lecciones para la prevención de recurrencias.

### HECHOS

Paciente femenina de 38 años con sobrepeso (IMC 27.1 kg/m<sup>2</sup>) y, antecedente de 3 gestas y 2 cesáreas. El 25 de septiembre acudió a consulta prenatal en un Hospital General de Zona, donde se diagnosticó embarazo gemelar de 17.6 semanas (bicorial, biamniótico) y antecedente de amenaza de aborto. La especuloscopia mostró un cérvix cerrado sin sangrado activo y el USG confirmó un hematoma subcoriónico previamente detectado, reportando medidas de 7.5 x 2.3 cm. Se le recomendó reposo absoluto, cita abierta a Urgencias y/o para revaloración en 2 semanas.

### INGRESO HOSPITALARIO

La madrugada del 27 de septiembre, debido a dolor obstétrico y sangrado transvaginal, la paciente regresó al Hospital Regional de Zona para recibir atención médica. Se le diagnosticó aborto inminente, por lo que fue ingresada con indicaciones de ayuno, vigilancia estrecha y realización de estudios de laboratorio. El cérvix se encontraba dilatado con 7 cm y 80% de borramiento, con expulsión del feto A en curso. Se le trasladó al área de Expulsión, donde se produjo la expulsión del feto B. Durante el alumbramiento, se presentó ruptura del cordón umbilical y retención placentaria, por lo que se realizó revisión de cavidad uterina, bajo anestesia. Se obtuvieron abundantes restos placentarios no fétidos, sin lesiones aparentes, y se reportó un sangrado de 1,300 cc. La paciente fue trasladada a recuperación, donde se mantuvo hemodinámicamente estable, con útero "bien contraído" y sin evidencia de sangrado durante las primeras horas de vigilancia postquirúrgica.

### EVOLUCIÓN POST-QUIRÚRGICA

Tres horas después del ingreso, el servicio de Anestesiología informó que la paciente se encontraba en condición estable y a la espera de los resultados del análisis de biometría hemática para evaluar la necesidad de una transfusión sanguínea. La biometría hemática reportó niveles de *hemoglobina de 11.10 g/dl y un hematocrito de 30.70%*. Una hora más tarde, el servicio de

Ginecología y Obstetricia registró tensión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto; tras lo cual dieron la indicación de transfundir un concentrado eritrocitario además de solicitar pruebas de histocompatibilidad, las cuales confirmaron un *grupo sanguíneo O Rh positivo*.

Dada la indicación de transfusión, el personal de Enfermería administró un concentrado eritrocitario del grupo A Rh positivo, el cual estaba destinado a otra paciente obstétrica que se encontraba en la unidad. Se transfirieron ochenta mililitros durante veinticinco minutos, tras lo cual la paciente presentó hipotensión arterial y taquicardia súbita. Se consignó que existió incompatibilidad sanguínea entre el grupo sanguíneo de la paciente y el concentrado eritrocitario administrado, estableciendo en el expediente sospecha de "*choque anafiláctico*" (sic).

Personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en conjunto con Anestesiología, administraron a la paciente adrenalina, gluconato de calcio, metilprednisolona, oxigenoterapia, cristaloides y realizaron intubación orotraqueal. Se determinó su ingreso a la UCI, donde al llegar se constató la ausencia de pulsos y tensión arterial, con frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto, palidez y estado comatoso. La paciente evolucionó con hematuria franca y sangrado transvaginal persistente, el cual no cedió ante el masaje uterino, la administración de gluconato de calcio y ergonovina, derivado de ello se tomó la decisión de trasladarla al quirófano para una laparotomía exploratoria (LAPE). La paciente se encontraba en "malas condiciones generales", con abundantes secreciones hemáticas en orofaringe; con pupilas midriáticas, hipotensión arterial severa (80/39 mmHg), frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto y saturación de oxígeno no detectable. Durante la LAPE se identificó útero atónico y desgarró parauretral izquierdo, por lo que se procedió a realizar histerectomía total abdominal y empaquetamiento con el objetivo de controlar el sangrado.

### DESENLACE

Durante todo el procedimiento quirúrgico, la paciente presentó deterioro persistente de las cifras tensionales, requirió manejo dinámico aminérgico, administración de soluciones cristaloides y se administró un concentrado eritrocitario (O Rh negativo), no obstante, a pesar del manejo instaurado, persistió la inestabilidad hemodinámica. Los análisis de laboratorio realizados en el momento

del error postransfusional revelaron los siguientes resultados: *hemoglobina de 6.8 g/dl, hematocrito de 18.10%, plaquetas de 101,000/μl, leucocitos de 20,300/mm<sup>3</sup>, tiempos de coagulación no valorables, creatinina de 0.57 mg/dl, bilirrubina total de 1.78 mg/dl, bilirrubina directa de 0.54 mg/dl, bilirrubina indirecta de 1.24 mg/dl y lactato deshidrogenasa de 1,080 UI/l.*

Al finalizar la intervención quirúrgica, la paciente presentó frecuencia cardíaca de 160

latidos por minuto y tensión arterial no audible. En su regreso a la UCI, se constató la ausencia de signos vitales, pupilas midriáticas y arreflécticas, sin reflejos de tallo cerebral y en asistolia. Se estableció el diagnóstico de muerte cerebral clínica. Como causas del fallecimiento se consignaron en el expediente: *coagulación intravascular diseminada, hemorragia obstétrica y reacción transfusional grave, inicialmente interpretada como “choque anafiláctico” (sic) (Figura 2).*

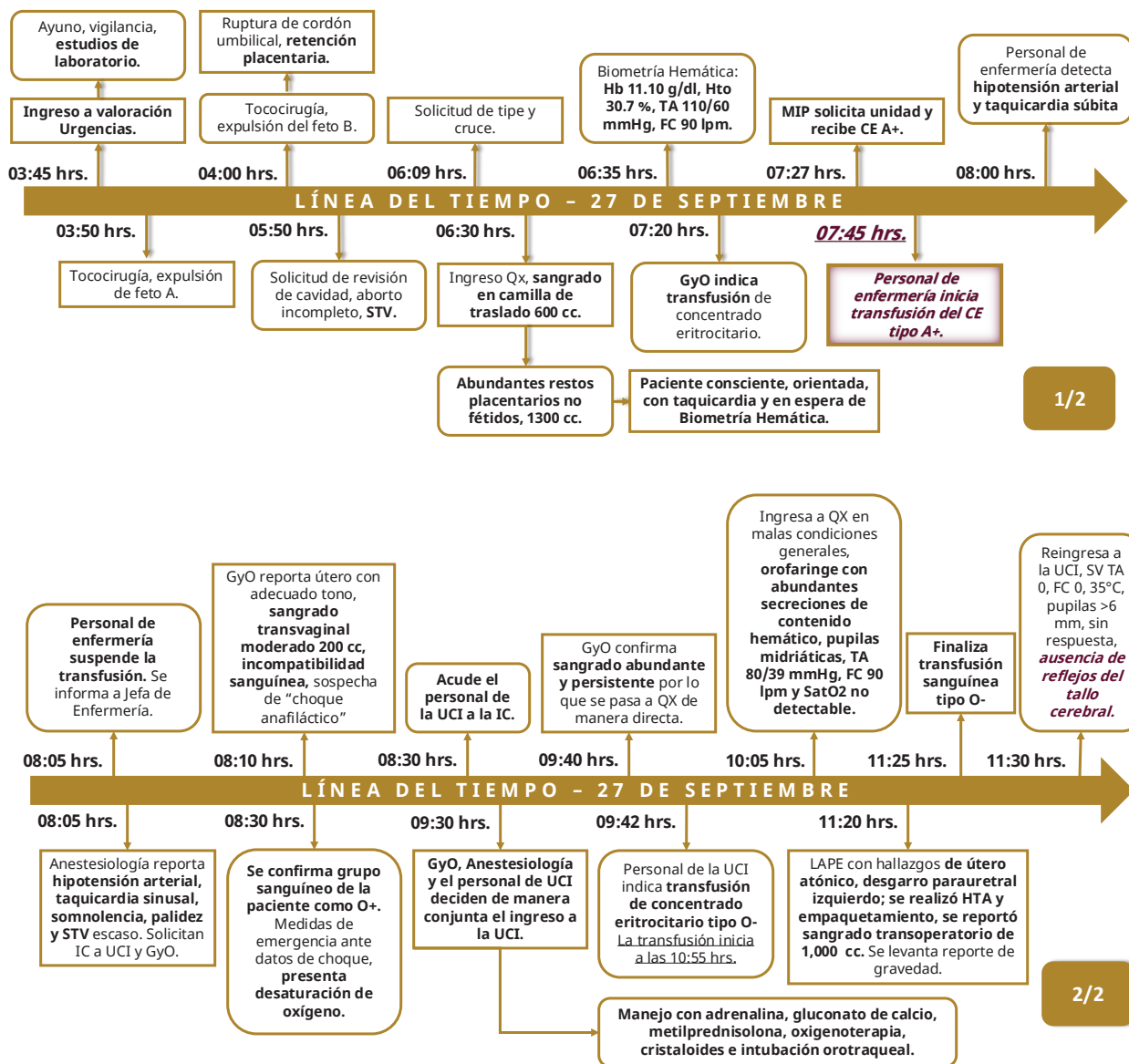


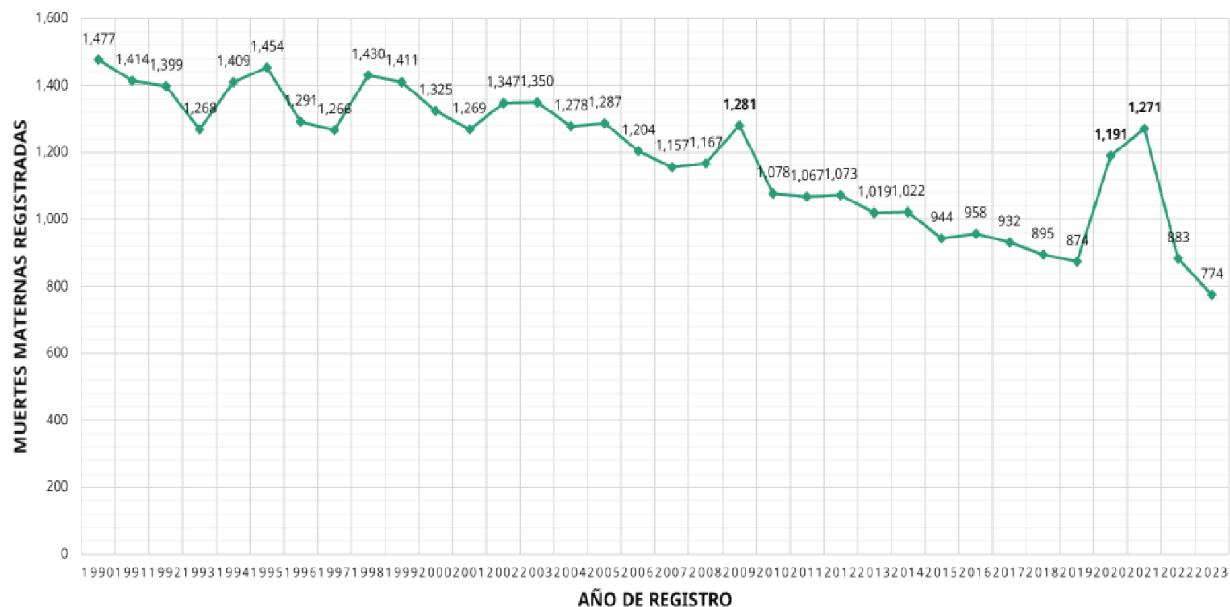
Figura 2. Línea del tiempo de la atención médica recibida el 27 de septiembre. Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>6</sup> señala que aproximadamente uno de cada diez pacientes experimenta daños durante la atención médica, y más de tres millones de defunciones anuales son consecuencia de una atención insegura. México en concordancia con la OMS, ha reconocido que la calidad en la atención médica es una condición fundamental para el bienestar. Por ello, nuestro país estableció la obligatoriedad de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), para todas las instituciones y profesionales que integran el Sistema Nacional de Salud, por medio del Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 8 de septiembre de 2017, el cual tuvo una última actualización en junio de 2023.<sup>1</sup>

En este contexto, la paciente obstétrica presenta una susceptibilidad intrínsecamente elevada a requerir transfusiones sanguíneas y a experimentar eventos adversos, debido a múltiples factores fisiológicos y clínicos.<sup>4</sup> En virtud de los esfuerzos sostenidos del Sistema de Salud, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una disminución gradual, con episodios de incremento asociados a emergencias sanitarias, como la pandemia de Influenza en 2009 y por SARS-CoV-2 durante 2020 y 2021 (*Gráfica 1*).<sup>7</sup> Este fenómeno subraya la necesidad de que la atención gineco-obstétrica tenga como eje rector la seguridad del paciente, a fin de garantizar una atención médica de calidad.

### MUERTES MATERNAS TOTALES EN MÉXICO INEGI 1990-2023



**Gráfica 1.** Muertes maternas totales registradas en México de 1990 a 2023.

**Fuente.** Elaboración propia con base en los datos registrados del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2025.<sup>7</sup>

En 2024, la principal causa de muerte materna en México fue la hemorragia obstétrica, con 95 defunciones, lo que representó un 17.8% del total de 534 muertes maternas.<sup>8</sup> Para la semana epidemiológica 25 del año 2025, la hemorragia obstétrica se mantenía dentro de las primeras tres causas de muerte materna, ocupando el segundo lugar con 34 muertes, equivalentes al 13.8% de

un total de 246 decesos al momento del corte epidemiológico.<sup>9</sup>

Cada año, más de un millón de niños a nivel mundial quedan en situación de orfandad por el fallecimiento de sus madres.<sup>10</sup> Los hijos de estas mujeres suelen enfrentar menor atención, bajo rendimiento académico, desintegración familiar, y

en muchos casos baja autoestima. Esta situación puede llevarlos a incorporarse prematuramente al trabajo, sufrir maltrato o vivir en condiciones de calle.<sup>11</sup> Por ello, una muerte materna secundaria a un error transfusional representa un evento que en su mayoría puede ser prevenible y evitable; cuyas consecuencias no sólo afectan al entorno clínico, sino que generan impactos sociales de largo plazo.

Más allá de los errores individuales, este tipo de casos revela fallas sistémicas que son comunes en los entornos de atención médica. Los daños en la atención de salud raramente se deben al error de un solo individuo; más bien, son el resultado de una compleja combinación de procesos, relaciones de equipo, comunicaciones, comportamiento humano, tecnología, cultura organizativa, normas y políticas institucionales.<sup>6</sup>

Es por ello, que las AESP ofrecen una herramienta para reducir riesgos asociados a las transfusiones, su aplicabilidad se observa desde la correcta identificación del paciente, la seguridad en los procedimientos, el registro de eventos centinela y cuasifallas, y el fortalecimiento de una cultura institucional de seguridad del paciente.

Reportar los eventos adversos implica mucho más que documentarlos; constituye una acción crítica con múltiples propósitos estratégicos en los sistemas de salud. El reporte nos permite ahondar en las "causas raíz" (*análisis causa raíz*), para comprender y modificar los factores subyacentes del sistema que los propiciaron, previniendo así su recurrencia. Estos incidentes expresan fallas del sistema de atención más que solo errores activos del personal.<sup>1</sup> Los errores cometidos deben ser analizados y prevenidos, la recopilación de datos sobre eventos centinela, junto con los eventos adversos y las cuasifallas, es crucial para generar conocimiento.<sup>6,12</sup>

Desde esta perspectiva, un reporte efectivo de eventos centinela, adversos y cuasifallas, dependerá de una cultura justa dentro de la organización.<sup>12,13</sup> Castigar sin modificar el sistema solo perpetúa la problemática. Una cultura basada en el miedo y la culpa conduce al ocultamiento de los errores y, en última instancia, a una atención insegura, en consecuencia, el reporte anónimo, voluntario y confidencial se convierte en un estímulo vital para la participación del personal.<sup>13</sup> Es necesario crear entornos donde los profesionales de la salud se sientan seguros de reportar los errores sin

temor a represalias, al tiempo que se mantiene la rendición de cuentas en casos de comportamiento imprudente o mala conducta intencionada.<sup>12</sup>

## LECCIONES APRENDIDAS

El objetivo primordial de la labor médica en el contexto de la seguridad del paciente es la eliminación del daño evitable en la atención de salud. El caso presenta una serie de omisiones que van desde la indicación de un concentrado eritrocitario que no se encontraba plenamente justificado, considerando los valores de hemoglobina y la estabilidad hemodinámica reportada justo antes de iniciar la transfusión, hasta el error diagnóstico de "choque anafiláctico" (sic) y no una reacción transfusional. La causa fundamental del desenlace fatal no fue la necesidad de la transfusión per se, sino el error en la administración del hemocomponente incompatible, lo cual constituye una inobservancia grave a los protocolos de seguridad y a la *Lex artis ad hoc*.

**Acción Esencial 1. Identificación correcta de los pacientes.** Esta acción establece la obligatoriedad de utilizar al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) para prevenir errores. Es crucial "*confirmar los datos de identificación del paciente justo antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes*" y "*cuando exista cualquier duda respecto de los dos identificadores NO se realizará ningún procedimiento o intervención, hasta corroborar dichos datos*".<sup>6</sup>

**Acción Esencial 4B sobre el "Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano".** Esta acción, específicamente menciona la transfusión de sangre y hemocomponentes, donde se debe confirmar paciente, procedimiento, acceso vascular, grupo y Rh, y hemocomponente correcto.<sup>1</sup> Un punto crucial es la doble verificación, la cual debe ser realizada por dos personas competentes durante la preparación y administración. La falta de esta práctica fue una de las omisiones más críticas, en el caso presentado.

**Acción Esencial 7: Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.** El objetivo es generar información que permita el análisis y la toma de decisiones para prevenir su ocurrencia a nivel local y nacional. Se enfatiza la necesidad de un registro inmediato y el análisis causa-raíz de eventos centinela.<sup>1</sup> La falta de envío del remanente para su análisis es una falla en este

proceso de aprendizaje. La ausencia de un manejo adecuado de la reacción transfusional hemolítica, catalogándola erróneamente como choque anafiláctico al inicio, refleja una deficiencia en la respuesta clínica y el conocimiento sobre las reacciones adversas a la transfusión, lo cual es parte de la *Estrategia 3.4 del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente*.<sup>6</sup>

**Acción Esencial 8: Cultura de Seguridad del Paciente** para la mejora de la calidad en la atención, busca evaluar esta cultura y favorecer la toma de decisiones para la mejora continua del clima de seguridad.<sup>1</sup> Esto implica un liderazgo comprometido y la participación de todo el personal. La negligencia del personal de Enfermería debe ser contextualizada dentro de un sistema que aparentemente no garantizó la verificación adecuada de los datos. La implementación de una cultura justa es crucial para que el personal de salud no tema reportar incidentes, lo que a su vez permite un aprendizaje y mejora continuos.<sup>12</sup>

## RECOMENDACIONES

**Reforzar la Identificación Correcta del Paciente (AESP 1 / Meta Internacional 1).** Es fundamental implementar un sistema estandarizado que utilice al menos dos identificadores únicos para cada paciente (nombre completo y fecha de nacimiento). Este proceso debe ser verificado de manera verbal con el paciente (o su familiar/cuidador en casos de imposibilidad de comunicación o en menores de edad) en cada momento crítico de la atención.

**Asegurar la Seguridad en los Procedimientos (AESP 4 / Meta Internacional 4).** No debe olvidarse u obviarse que la aplicación de los protocolos de seguridad es obligatoria para todos los procedimientos quirúrgicos y de alto riesgo, tanto dentro como fuera del quirófano, esto incluye las transfusiones sanguíneas.

**Establecer Sistemas Robustos de Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela (AESP 7).** Se debe generar información sistemática sobre cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela mediante una herramienta de registro interna. Este registro debe ser inmediato, anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo, con el respaldo explícito de la Dirección de las instituciones, para fomentar el reporte sin temor a represalias. Los hallazgos y las acciones de mejora deben presentarse y monitorearse

en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP),<sup>1</sup> así como difundirse a la dirección y a todo el personal para promover un aprendizaje organizacional continuo. Esto fortalece el Sistema Nacional de Información en Salud.<sup>12,13</sup>

**Fomentar una Cultura de Seguridad del Paciente (AESP 8).** La gerencia y el cuerpo de gobierno de los hospitales deben impulsar activamente el diseño, difusión, capacitación, implementación, monitoreo y mejora continua de las AESP. Esto implica ir más allá de la mera existencia de políticas y asegurar su aplicación efectiva y el seguimiento de sus resultados. Realizar encuestas periódicas y anónimas para medir la Cultura de Seguridad del Paciente, identificando patrones y tendencias, y utilizando estos resultados para diseñar e implementar acciones de mejora continua. La OMS enfatiza que el personal de salud implicado en sucesos graves también puede sufrir deterioro psicológico, por lo que una cultura de seguridad que apoye a la "segunda víctima" es fundamental.<sup>6,12</sup>

## LIMITACIONES

Este reporte de caso se elaboró a partir del análisis documental de un expediente institucional de la Dirección de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Por esta razón, no fue posible aplicar de forma estricta los criterios establecidos en la Guía CARE, debido a que no existió trato directo con la paciente, sus familiares o el personal de salud involucrado en la atención.

La información fue utilizada exclusivamente con fines académicos, educativos y de reflexión institucional, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato tanto de la paciente como del personal de salud involucrado.

## ASPECTOS ÉTICOS

No se recopilaron datos identificables. El caso se apega a los principios de confidencialidad y uso institucional de la información.

## REFERENCIAS

- Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Consejo de Salubridad General. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet]. 2023 jun. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP\\_CSG-DGCEs\\_16\\_junio\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCEs_16_junio_2023.pdf)
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]. Intervenciones de enfermería para la seguridad en el manejo de la Terapia Transfusional [Internet]. 2015 jul. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/static/guiasclinicas/754GER.pdf>
- Orizaba-Chávez, Bernardett, Alba-Jasso, Gerardo Andrés, Hernández-Pacheco, José Antonio, Dueñas-García, Omar Felipe. Manejo médico de la hemorragia posparto y el choque hipovolémico en obstetricia. Dueñas-García, Omar Felipe, Beltrán-Montoya, Jesús Jorge, editores. Manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos. McGraw Hill.; 2016
- Carrillo-Mora, Paul, García-Franco, Alma, Soto-Lara, María, Rodríguez-Vásquez, Gonzalo, Pérez-Villalobos, Johendi, Martínez-Torres, Daniela. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 10 de enero de 2021;64(1):39-48. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- World Health Organization: WHO. Disponibilidad y seguridad de la sangre [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>
- World Health Organization: WHO. Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Consulta Interactiva de Datos [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp#>
- Secretaría de Salud. Informes Semanal Notificación Inmediata de Muerte materna - Semana Epidemiológica 52 [Internet]. Dirección General de Epidemiología; 2024 dic. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM\\_2024\\_SE52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM_2024_SE52.pdf)
- Secretaría de Salud. Informes Semanal Notificación Inmediata de Muerte Materna - Semana Epidemiológica 25 [Internet]. Dirección General de Epidemiología; 2025 jun. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2025>
- World Health Organization: WHO. Mortalidad materna [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Briones-Garduño, Jesús Carlos, Díaz de León-Ponce, Manuel. Mortalidad materna [Internet]. Ciudad de México, mx: Editorial Alfil; 2013. Disponible en: <https://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf>
- Harvey, Benjamin, Sotardi, Susan T. The Just Culture framework. Journal of the American College of Radiology [Internet]. 19 de junio de 2017;14(9):1239-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.04.030>
- Rodríguez-Suárez, Javier, Santacruz-Varela, Javier, Fajardo-Dolci, Germán, Hernández-Torres, Francisco. Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: aprendizajes. Revista CONAMED [Internet]. 2012;17(2):81-6. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_17\\_2012/COMPLETO\\_2.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_17_2012/COMPLETO_2.pdf)
- Hernández-Torres, Francisco, Fajardo-Ortiz, Guillermo, Santacruz-Varela, Javier. Glosario sobre Administración y Calidad de la atención a la salud [Internet]. 2016. Disponible en: [https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/glosario\\_administracion\\_calidad\\_atencion\\_salud.pdf](https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/glosario_administracion_calidad_atencion_salud.pdf)
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]. Prevención y manejo de la hemorragia postparto [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-103-21/ER.pdf>

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

Godínez-Tamay AD. ORCID: 0009-0003-2185-5913

De Anda-Aguilar, L. ORCID: 0000-0001-6442-6244

Cortés Moreno GY. ORCID: 0000-0002-4506-8223

**Conflicto de intereses:**

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.