

GACETA DE DERECHOS HUMANOS

Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

"2021. Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México"



COMISIÓN DE
DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE MÉXICO

SUMARIO

**Recomendación
2/2021, emitida al
Director General del
Instituto de Salud del
Estado de México.**

Año XV

Número 302

26 de marzo de 2021

Dr. Nicolás San Juan 113, Colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca,
Estado de México.

RECOMENDACIÓN 2/2021¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente CODHEM/NEZA/235/2019 y su acumulado CODHEM/NEZA/175/2019, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a los derechos humanos de **V**,² sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El doce de marzo de dos mil diecinueve se recibió en este Organismo la queja presentada por **Q**, en la cual dio a conocer que el veintiséis de enero de dos mil diecinueve, su hijo (**V**) fue ingresado de urgencia al Hospital General de Chimalhuacán del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) -nosocomio donde **V** prestaba sus servicios como médico interno de pregrado- debido a un traumatismo craneoencefálico, al haber sido encontrado tirado en el domicilio donde habitaba, frente al mismo establecimiento. Al no contar con el equipo suficiente para su atención especializada en el Hospital General de Chimalhuacán, **V** debió ser trasladado a la Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se declaró su muerte el cuatro de febrero de dos mil diecinueve. Por considerar que hubo negligencia en la atención brindada a su hijo (**V**) en el Hospital General de Chimalhuacán, el quejoso solicitó la intervención de este Organismo.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley al ISEM, así como en colaboración a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México (FGJEM), además de requerir de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), una opinión médica. Se recabaron las comparecencias del quejoso (**Q**) y de servidores públicos relacionados. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.

¹Emitida al Director General del Instituto de Salud del Estado de México, el 23 de marzo de 2021, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y a la debida integración del expediente clínico en perjuicio de **V**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 30 fojas.

² Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de la víctima y personas relacionadas, en su lugar se manejaron siglas. No obstante, los datos obran en anexo confidencial.

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

A todo ser humano corresponde el derecho fundamental de disfrutar del grado máximo de salud posible. Salud es un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social, que supone la ausencia de enfermedades, constituye un factor determinante para el desarrollo individual y colectivo que permite tener una vida en condiciones de dignidad.³

Para conseguir ese grado máximo de salud -dado el carácter inclusivo del derecho que nos ocupa- resulta indispensable materializar una gama de aspectos que hacen posible el bienestar integral de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de los servicios de salud, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentación apropiada, condiciones de trabajo seguras, medio ambiente salubre y vivienda decente.

El ejercicio del derecho a la salud debe fundarse en la igualdad y no discriminación a fin de hacerlo viable para todos, por ello los Estados se encuentran obligados a adoptar medidas que hagan posible reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria.

El derecho a la salud de las naciones sólo puede ser satisfecho en la medida en que todas las personas -pero sobre todo quienes subsisten en condiciones de vulnerabilidad- vivan la materialización de dicha facultad, con una atención médica integral de calidad, con accesibilidad a los servicios de salud, con la prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de cualquier otra índole, con la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios en caso de enfermedad, con la existencia de profesionales de la salud suficientes para atender las demandas de salud de la población con servicios de salud especializada asequibles, entre varios aspectos más.

La Organización Panamericana de la Salud⁴ ha identificado tres vínculos básicos entre la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad y el ejercicio de los derechos humanos. El primero de ellos referente a que el goce de la salud y el ejercicio de los derechos humanos actúan en sinergia: cierto grado de salud física y mental es necesario para hacer efectivos esos derechos y participar en la vida de la

³ Cfr. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁴ Cfr. OPS. *La salud y los derechos humanos. Documento conceptual*. Washington, D.C., 31 de agosto de 2010.

comunidad, al mismo tiempo, ejercer los derechos resulta esencial para disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental.

El segundo vínculo se encuentra en que la vulneración de los derechos humanos o su incumplimiento afectan negativamente el bienestar físico, mental y social de todas las personas. En tanto que el tercer vínculo evidencia el hecho de que las políticas, los planes y las legislaciones sobre salud pública pueden ser instrumentos efectivos en la protección de los derechos humanos o, por el contrario, obstaculizar derechos vinculados con el bienestar físico y mental.

Así, las instituciones de salud y los servidores públicos que en ellas laboran tienen el deber de proporcionar una atención médica que satisfaga los parámetros de aceptabilidad y calidad a fin de alcanzar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

A continuación se lleva a cabo un análisis lógico-jurídico de las evidencias que obran en el expediente de queja, en contraste con los derechos humanos siguientes:

II. DERECHOS A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA Y A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

EL DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA ES LA PRERROGATIVA DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA. EN TANTO QUE EL DERECHO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, ES LA FACULTAD DE LA PERSONA A CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO QUE CONTENGA INFORMACIÓN VERAZ, CLARA, PRECISA, LEGIBLE Y COMPLETA.⁵

El ejercicio de la profesión médica y de los profesionistas en el campo sanitario se sustenta en la interacción con los pacientes, allí se originan derechos y obligaciones recíprocos. En ese contexto, los profesionales de la salud deben brindar una adecuada atención, bajo los parámetros establecidos en el marco normativo de la materia.⁶

En su práctica cotidiana, el profesional de la salud tiene la oportunidad de ayudar de manera efectiva a su semejante que sufre, al ser humano que padece y confía

⁵ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 217 y 221.

⁶ Cfr. Reyna Lara, Mauricio, "Negligencia médica: una agonía para obtener justicia" en Medina Arellano, María de Jesús, Figueroa Mejía, Giovanni Azael y Capdevielle, Pauline (coords.) *Bioética y decisiones judiciales*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2018, p. 263 y ss.

en él para su alivio o curación. El especialista sanitario es responsable del cuidado, atención y preservación del bienestar del paciente.⁷

Los profesionales de la salud incurrir en negligencia cuando a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, cometen descuidos, falta de precaución, de cuidado, de aplicación, de las atenciones necesarias al prestar sus servicios, ocasionando daño.⁸

La negligencia médica implica una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

Negligencia médica es el supuesto de atención sanitaria que produce un daño real en el paciente, tanto como las circunstancias que afectan a su dignidad y confortabilidad: “debe existir un nexo de causalidad entre el daño y la actuación sanitaria y un incumplimiento de la llamada LEX ARTIS, es decir, el conjunto de conocimientos compartidos en esa materia por la comunidad científica”. Más aún, si la *lex artis* significa “hacer las cosas bien”, la mala praxis supondría incumplir con las reglas y preceptos destinados a ese fin.⁹

La mala práctica médica¹⁰ tiene lugar cuando un paciente sufre un perjuicio ocasionado por el profesional sanitario al actuar negligentemente y fallar en la atención adecuada a la salud. Al respecto, “existe un binomio libertad-responsabilidad donde cada persona asume las consecuencias de sus acciones para deslindar a terceros, y se tienen reglas individuales”.¹¹

Por su parte, el expediente clínico documenta los servicios proporcionados a los pacientes, es en dicho instrumento donde se observan, evidencian y demuestran, ya sean intervenciones diligentes, como las acciones y omisiones en que incurrir los profesionales de la salud.

Una Norma Oficial Mexicana es toda regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes que establece reglas,

⁷ Cfr. Ídem.

⁸ Cfr. Choy, GSA. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina, Puebla, OGS, 2002, p. 52.

⁹ Cfr. AIACU-Ayuntamiento de Zaragoza. *Guía negligencias médicas. Derechos de los usuarios del sistema sanitario público y privado*, Zaragoza, España, 2015.

¹⁰ Cfr. Ríos Ruiz, Alma de los Ángeles y Fuente del Campo, Antonio, “Ética, derechos humanos en el marco de la responsabilidad médica en Uruguay” en *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. Compendio, México, CNDH, 2017, p. 169 y ss.

¹¹ Cfr. Op. cit., nota 15.

especificaciones, atributos, directrices, para un servicio que puede dañar la salud humana.¹²

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, fija los criterios y da certeza sobre el tema al determinar que los profesionales de la salud tienen la obligación de documentar de manera escrita los servicios médicos que se otorgan al paciente, que debe hacerse de forma adecuada, y a la vez -se insiste- constituye la principal evidencia del acto médico del servidor de la salud, al ser el medio por el cual puede demostrar que actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

De manera que la NOM-004-SSA3-2012 es relevante en la materialización del derecho a la protección de la salud, al constituir una herramienta de uso obligatorio para el personal sanitario, toda vez que en el expediente clínico se consignan los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, recogiendo aspectos del estado de salud del paciente, resultando dichos registros elementales para su correcta integración, pues así el proceso de atención generará los mayores beneficios. En consecuencia, el correcto llenado del expediente clínico constituye una obligación y no una elección sujeta a la voluntad del trabajador de la salud.

Con sustento en la evidencia reunida en el expediente del asunto que nos ocupa, se pudo determinar que el veintiséis de enero de dos mil diecinueve, **V** fue trasladado por paramédicos al servicio de urgencias del Hospital General de Chimalhuacán al presentar un traumatismo, probablemente a consecuencia de una caída, desconociéndose la cinética de la misma, así como la hora en que ocurrió el hecho. El ingreso de **V** al área de urgencias se registró a las dos horas con cincuenta minutos. En el área de *Triage* la lesión que presentó **V** fue clasificada por **SP1** con código amarillo, con un traumatismo craneoencefálico moderado, entre otras particularidades.

Sin embargo, como bien señaló la CCAMEM en su dictamen, el *Triage* no tiene la función de clasificar el traumatismo craneoencefálico, y “el hecho de haberle dado el título de ‘moderado’ coadyuvó a la subestimación del caso”. Aún más, como atinadamente afirma la CCAMEM no se le dio importancia al reporte de los paramédicos, quienes expresaron que la caída de **V** había ocurrido de una altura estimada en dos metros y medio, hallándolo con una pobre respuesta a estímulos externos, es decir: “[...]con un estado de alerta deteriorado de manera significativa aunado a un factor de riesgo para una lesión intracraneal grave -y no de índole

¹² De acuerdo con los artículos 3 fracción XI y 40 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

moderada- de acuerdo a lo señalado por la literatura y la práctica médica vigentes que menciona: **‘pacientes con mecanismo de traumatismo peligroso son los ocasionados a una caída de más de un metro o de cinco escalones’**.

Un minuto después, esto es, a las dos horas con cincuenta y un minutos del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, en la consulta de urgencias (según consta en la hoja de consulta correspondiente) se mencionó el antecedente de la caída, pero no se verificaron los signos vitales del paciente (**V**) a fin de corroborar la taquicardia y la polipnea registradas en el área de *Triage*, asentándose que **V** presentó anisocoria¹³ con miosis¹⁴ derecha con hiporreflexia¹⁵ bilateral. Además, en términos de la CCAMEM: “el simple mecanismo de lesión por caída de un nivel considerable, aunado a una exploración física general y neurológica superficial, describiendo al paciente desorientado con exostosis¹⁶ en la región occipital así como alteraciones en el diámetro de las pupilas y collarín cervical, eran elementos que denotaban que se trataba de un traumatismo craneoencefálico severo [...]”.

Igualmente, se omitió solicitar de manera pronta la valoración por Neurocirugía, debido a la alteración del III nervio craneal, que podría estar asociada a una incipiente hernia uncal¹⁷ con compresión del tronco cerebral por edema postraumático.¹⁸ Peor todavía, se pasó por alto someter al paciente (**V**) a la escala de coma de Glasgow¹⁹ y el profesional de la salud que brindó atención a **V** en dicha consulta de urgencias, lo describió en su nota con campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, afirmación que no coincide con los hallazgos tomográficos y de exploración física de horas más tarde, durante la evaluación realizada en el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. Cabe acotar que se desconoce el nombre del médico responsable de la primera evaluación en el área de urgencias del Hospital General de Chimalhuacán (**SPR1**), debido a que incumplió la obligación que tiene de asentarlo en la documental correspondiente y que forma parte del expediente clínico.

¹³ “Desigualdad entre el tamaño de ambas pupilas”. Cfr. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico, recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico> (16 de febrero de 2021).

¹⁴ “Disminución del diámetro de la pupila”. Cfr. Ídem.

¹⁵ “Presencia de reflejos clínicomusculares apagados”. Cfr. Ídem.

¹⁶ “Crecimiento óseo anormal, pero benigno, generalmente en la zona de inserción de tendones y ligamentos en el hueso” Cfr. Ídem.

¹⁷ “Protrusión en la fosa posterior del uncus del lóbulo temporal, que provoca, en la mayor parte de los casos, la compresión del tronco cerebral. Es debida al aumento de la presión intracraneal por un proceso expansivo supratentorial” Cfr. Op. cit., nota 25.

¹⁸ Ídem.

¹⁹ **“La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)) es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta”**. Cfr. Farreras/Rozman. Medicina interna, sí, Elsevier, 2020.

A las tres horas del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, **SPR2**, especialista en urgencias médico quirúrgicas, asentó en su nota, aliento etílico e intoxicación etílica clínica, persistencia de taquicardia de ciento veintinueve latidos por minuto, con una escala de Glasgow de diez puntos, la cual no resultaba confiable debido a la supuesta intoxicación etílica, lo que hacía necesaria una exploración física general y neurológica de manera detallada, según puntualiza la CCAMEM, ante lo cual cobró relevancia la anisocoria descrita minutos antes, alteración que no ratificó **SPR2**, limitándose a describir la presencia de hiporreflexia pupilar sin asimetría, un hematoma, dermoescoriaciones en la región occipital y no exostosis, con la existencia de discrepancias en la exploración neurológica del III nervio craneal y de la bóveda craneal a nivel occipital, lo que de acuerdo con la CCAMEM: “obligaba a solicitar valoración especializada por Neurocirugía en forma prioritaria ante la posibilidad de que estuviera cursando con hipertensión intracraneal secundaria al traumatismo debido a la caída”.

Debe destacarse también que **SPR2** asentó en su nota médica el hallazgo de una fractura occipital en una radiografía simple de cráneo (que presumiblemente se tomó al ingreso de la víctima a urgencias), hallazgo que, como observa la CCAMEM, constituía:

Un fuerte predictor de lesión intracraneal de acuerdo a lo señalado por la teoría y práctica médica vigentes, que señala que **su presencia es importante y no debe subestimarse** ya que se necesita una fuerza considerable para producirla; resultando la tomografía de cráneo de uso obligatorio cuando existen además alteraciones en el estado mental como en el presente caso, estudio indispensable para clasificar la severidad de una lesión intracraneal toda vez que la escala de Glasgow no resultaba confiable, donde la escala de Glasgow no determina el grado del traumatismo encefálico, sino la exploración física y neurológica integral aunado al antecedente de un politrauma; enfatizando una vez más que, de acuerdo a la literatura y la práctica médica vigentes, **en estos pacientes debe obtenerse cuanto antes la tomografía de cráneo y contactar a un neurocirujano, ameritando su traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos bajo una vigilancia estrecha por enfermería y valoraciones neurológicas frecuentes por lo menos durante las primeras 12 a 24 horas**, ya que una actitud de “esperar y ver” puede ser desastrosa; dónde el diagnóstico y tratamiento tempranos son extremadamente importantes y **de ninguna manera retrasar el traslado a un centro de atención para obtener la multicitada tomografía [...].**²⁰

²⁰ Ídem. “[...] teoría y práctica médica que señala que su presencia es importante y no debe subestimarse ya que se necesita una fuerza considerable para producirla”.

Cabe acotar que **SPR2** sí solicitó la realización de la tomografía, no obstante dejó el estudio pendiente al aseverar que no se encontraba en el nosocomio algún familiar de **V**, sin embargo, en el expediente no hay documental alguna en la cual **SPR1** y **SPR2** hayan señalado de manera puntual que el Hospital General de Chimalhuacán no contaba con infraestructura, recursos y personal calificado para su oportuna y apropiada atención, además de que tampoco existe evidencia documental de que la necesidad de realizar cuanto antes la tomografía y el traslado inmediato del paciente (**V**) hayan sido planteados por el área médica -dada la urgencia requerida- al personal directivo y administrativo y al jefe de guardia responsables, durante el turno en que ambos servidores públicos (**SPR1** y **SPR2**) atendieron a **V**.

También es pertinente señalar que en las indicaciones médicas de las tres horas del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, **SPR2** ordenó la aplicación de Diazepam en una dosis de diez miligramos, lo cual según evidencia la CCAMEM es “[...] un factor de riesgo para desarrollar depresión respiratoria principalmente en aquellos pacientes con trauma craneal severo sin protección de la vía aérea”.

Según expresa la CCAMEM, la gasometría arterial²¹ efectuada a las cuatro horas con siete minutos, también del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, reportó valores compatibles con una acidosis metabólica²² con base en el pH y la concentración disminuida en la presión parcial de bióxido de carbono de tipo compensatorio con una saturación de oxígeno del 92%:

Porcentaje inferior a lo recomendado para mantener una adecuada oxigenación a nivel sistémico y del sistema nervioso central, ya que la hipoxia se asocia a una mortalidad aproximada del 75%, sobre todo cuando además existe hipotensión; resultando imperativo en el presente caso, una rápida estabilización cardiopulmonar al tratarse de un paciente con un traumatismo craneoencefálico severo y torácico (con exploración pulmonar descrita sin alteraciones) **era obligado mantener al paciente bajo una vigilancia estrecha de la vía aérea con monitorización gasométrica y oximetría capilar, sin evidencia documental en el expediente de que estas medidas se hubieran llevado a cabo incluyendo la monitorización continua de los signos vitales y reevaluación constante de su estado neurológico incluyendo la Escala de Coma de Glasgow con una revisión primaria y secundaria con intubación y ventilación tempranas para proteger la vía aérea y tratar la hipoxia con examen neurológico focalizado en pacientes**

²¹ “La gasometría arterial (GA) mide los niveles de gases arteriales como oxígeno (O), dióxido de carbono (CO) y sustancias como el bicarbonato (HCO₃). Una correcta interpretación de los valores nos permite diagnosticar básicamente cuatro trastornos: acidosis metabólica, alcalosis metabólica, acidosis respiratoria y alcalosis respiratoria.” Cfr. Miranda de la Torre, Roberto y Ramírez Ramírez, Francisco Jaffet, “Gasometría arterial. Obtención de la muestra e interpretación básica de sus resultados” en *Revista Médica MD*, Vol. 2 (3), enero-marzo 2011, pp. 180-185.

²² “Aparece cuando no se metabolizan o no se eliminan ácidos no volátiles”.

con traumatismo craneoencefálico severo de acuerdo a las recomendaciones del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) [...] protocolos que no se encuentra documentados en notas se hayan realizado por [...] SPR2 durante su turno.

El primer registro de los signos vitales de **V** en hoja de enfermería, se hizo a las cuatro horas del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, una hora y diez minutos después de su ingreso al hospital, en tanto que el segundo registro se realizó a las siete horas del mismo día, es decir, tres horas después de la última toma y poco más de cuatro después del ingreso a urgencias, lo que muestra una vigilancia inadecuada de los signos vitales del paciente, en términos de la opinión de la CCAMEM:

[...] a pesar de que se señaló que tenía monitorización cardiaca, sin monitorización de la oximetría de pulso, estado de la vía aérea y estado hemodinámico/neurológico, persistiendo con taquicardia hasta de 122 latidos por minuto con presión arterial media de 75 milímetros de mercurio y saturación de oxígeno del 90% que traduce una oxigenación inadecuada [...] **con omisión de un protocolo encaminado a investigar su etiología y oportuna corrección [...] al mismo tiempo, era imprescindible determinar si existía asociación con el descenso en la concentración de la hemoglobina en tres gramos de acuerdo a los controles de laboratorio de las quince horas con treinta y cinco minutos, elementos que orientaban a considerar que el paciente tuviera un sangrado sistémico por tratarse de un paciente policontundido.**

Fue hasta las cinco horas con treinta minutos del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, esto es, dos horas con cuarenta minutos después del ingreso de **V** al hospital del caso, que el área de Trabajo Social entregó la solicitud de la tomografía al familiar de la víctima, lo que constituye un evidente retraso en el protocolo de diagnóstico y tratamiento del paciente, pues como insiste la CCAMEM en su dictamen: “[...] los pacientes con trauma craneal severo, deben ser transportados oportunamente a un centro hospitalario con disponibilidad de tomógrafo y cuidados neuroquirúrgicos, con la capacidad de reducir y tratar la hipertensión endocraneana”.

A las ocho horas con veintidós minutos del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, en sus indicaciones médicas, **SPR3** determinó la administración intravenosa de Midazolam: “que al ser una benzodiazepina, era capaz de producir o agravar una insuficiencia respiratoria, sobre todo cuando se aplica a pacientes con depresión del sistema nervioso central, trauma craneal o torácico como en el presente caso”, según explica la CCAMEM.

De igual manera, la CCAMEM denota la inexistencia de documental alguna correspondiente a la valoración inicial a cargo de **SPR3**, que describa las condiciones clínicas de **V**, y comprendiese una exploración física general, neurológica y cardiopulmonar en forma completa, de conformidad con la propedéutica médica y la *Lex Artis*: “[...] señalando su evolución a partir de su ingreso con la búsqueda intencionada de signos de focalización o de sangrado no visible, debido a las alteraciones en los signos vitales [...] y análisis de los resultados de laboratorio, incluyendo el de su única gasometría con alteraciones evidentes en el estado ácido base y en la oxemia resultando obligado descartar patología respiratoria por contusión pulmonar [...]”.

No obstante lo antes explicado y la prioridad que requería el traslado del paciente a un nosocomio idóneo para su atención, la actitud de **SPR3** fue pasiva, lo dejó en observación a la espera de la tomografía de cráneo, omitiendo actuar ante la necesidad del manejo invasivo de la vía aérea de manera preventiva como se ha reiterado.

En su dictamen, la CCAMEM expresa que por lo que respecta a la tomografía craneal de las diez horas con ocho minutos, también del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, considerando los hallazgos de la propia tomografía y el estado clínico del paciente (**V**), no existe evidencia documental en el expediente clínico respectivo, de que se haya efectuado un análisis profundo del caso: “[...] donde se contemplara hacer partícipes a los servicios de Cirugía General, Traumatología y Terapia Intensiva, con consenso en sus diagnósticos y manejo de manera integral, que en caso de carecer de todos ellos, se debió insistir en su traslado urgente en tiempo y forma a tercer nivel, por parte de los médicos tratantes del servicio de urgencias [...]”.

Como señala la CCAMEM, el transcurso del tiempo desde el ingreso de **V** al nosocomio del caso fue un factor determinante para su inadecuada evolución clínica debido a la severidad del traumatismo craneal que presentó “cuyas lesiones eran condicionantes como mecanismo de producción de edema cerebral con incremento progresivo de la presión intracraneal, patología que requería de manejo farmacológico urgente de acuerdo a lo recomendado por la teoría y la práctica médica vigentes con valoración por Neurocirugía, así como de otros elementos importantes en el manejo y vigilancia del paciente neurocrítico [...]”.

A las doce horas del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, **SPR3** -sin fundamentar su decisión en notas- dispuso la infusión de propofol²³ a razón de veinte mililitros por hora, medicamento que según señala la CCAMEM debe ser suministrado:

[...]por médicos especialistas en anestesia o en el tratamiento de pacientes en cuidados intensivos, es decir, su aplicación requería de una vigilancia y monitorización constantes por personal capacitado, sin embargo, llama la atención que la aplicación de propofol no se registró en hojas de enfermería, resultando una situación contradictoria su aplicación, con inobservancia a la obligatoriedad en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el proceso de medicación así como en inobservancia a lo señalado por la “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico en sus numerales 7.1.7, 9.1 y 9.1.3”.

Más de diez horas después del ingreso de **V** al servicio de urgencias en el hospital del caso, esto es, a las trece horas con veintidós minutos del mismo veintiséis de enero de dos mil diecinueve, el médico **SPR3** en su única nota de valoración documentada en el expediente, precisó que el paciente tenía un traumatismo craneoencefálico severo, describiéndolo desorientado con agitación psicomotriz y somnoliento, con escala de Glasgow de diez puntos:

[...] que no resultaba congruente con la gravedad del traumatismo, (**SPR3**) omitió precisar el puntaje de cada una de las áreas de evaluación de dicha escala, también mencionó que no había alteraciones cardiopulmonares ni de focalización debiendo continuar con medidas de neuroprotección, sin embargo, no existe evidencia documental en el expediente de que estas medidas se llevaron a cabo, con omisión de una exploración pulmonar adecuada y detallada al no percatarse de la presencia de un hemotórax bilateral de predominio derecho con el que cursaba el paciente, con omisión de un protocolo para su detección toda vez que se trataba de un paciente con politraumatismo con descenso en los niveles de la hemoglobina y alteraciones en la saturación de oxígeno, en este punto resulta importante enfatizar que, **cuando se aplican los protocolos terapéuticos desde el primer contacto en un paciente grave, la conducta es intervencionista de manera inmediata, lo que no sucedió en este hospital.**

Posteriormente, según advierte la CCAMEM, a las quince horas con veintisiete minutos se tomó la segunda gasometría “compatible con una alcalosis respiratoria por alteraciones del sistema nervioso central en el control del automatismo respiratorio, al no existir otras causas evidentes o de riesgo para esta patología

²³ “Medicamento anestésico general de corta acción, cuyas indicaciones principales son la inducción y mantenimiento de la anestesia y sedación de pacientes ventilados mayores de 16 años, así como para procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas[...].

también había hipoxemia severa debida a una insuficiencia respiratoria aguda cuya etiología podría estar asociada a la contusión pulmonar con hemotórax secundario, ameritando un protocolo diagnóstico y terapéutico con carácter urgente que no se solicitó”.

Siendo las dieciséis horas con cuarenta y cinco minutos de la misma fecha de los hechos, se practicó la tercera gasometría, en la que se evidenció el “agravamiento de la alcalosis respiratoria con corrección parcial de la hipoxemia, persistiendo con una diferencia alvéolo arterial de oxígeno disminuida, lo que traducía incapacidad del pulmón para mantener una hematosis adecuada, sin embargo, se mantuvo una conducta expectante lo que repercutió en su diagnóstico y tratamiento [...]”.

A las dieciséis horas con cuarenta y seis minutos del veintiséis de enero de dos mil diecinueve, **SPR3** asentó que era necesario intubar al paciente, no obstante, tal como afirma la CCAMEM, ello debió hacerse de manera preventiva durante la primera hora de su ingreso al hospital del caso, vale reiterar, “ante la severidad del traumatismo craneoencefálico, con la solicitud inmediata de traslado a tercer nivel”.

Alrededor de catorce horas después de haber sido ingresado al Hospital General de Chimalhuacán, a las diecisiete horas con diez minutos -según la hoja de enfermería correspondiente-, **V fue enviado a un nosocomio de alta especialidad, como lo requería urgentemente desde su ingreso**, en este caso el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” del IMSS, donde según el dictamen de la CCAMEM: “resultó evidente [...] que el criterio de manejo fue con apego inmediato a los protocolos ATLS a cargo de un servicio experto en la materia [...] La valoración del médico Neurocirujano fue integral y correcta ante la gravedad de las lesiones”.

Todavía más: “El enfoque de atención adoptado en el Hospital ‘Dr. Victorio de la Fuente Narváez’ demuestra que la **omisión** de protocolos ATLS del paciente politraumatizado en el primer hospital **impidió** descubrir lesiones adicionales que el paciente tenía como eran el hemotórax bilateral y una fractura de la novena vértebra torácica, **patologías que nunca fueron detectadas y por el contrario, había sido manipulado** durante su traslado para la toma de la tomografía contando con lesiones pulmonares y a nivel óseo **sin medidas de prevención y de limitación de daño** en lesiones advertidas o inadvertidas”.

Durante la primera hora del veintisiete de enero de dos mil diecinueve, **V** fue egresado del área de reanimación de urgencias e ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” en condiciones críticas, con asistencia ventilatoria invasiva. La evolución de la víctima en los días subsecuentes fue desfavorable hasta llegar al cuatro de febrero de dos

mil diecinueve en que presentó datos clínicos y electroencefalográficos de muerte encefálica, declarándose su fallecimiento en esa fecha. El peritaje de necropsia del cinco de febrero de dos mil diecinueve concluyó que **V** falleció por un traumatismo craneoencefálico severo y traumatismo torácico, ambos clasificados de mortales.

Con soporte en lo documentado a lo largo de la investigación efectuada por este Organismo Constitucional Autónomo y en el dictamen emitido por la CCAMEM, se puede concluir que existieron elementos de mala práctica médica en la atención brindada a **V** en el Hospital General de Chimalhuacán por parte de **SPR1**, **SPR2** y **SPR3**, todos ellos del servicio de urgencias de dicho establecimiento sanitario, en virtud de que desde el ingreso de la víctima (**V**) en fecha veintiséis de enero de dos mil diecinueve y hasta el momento de su traslado a tercer nivel, omitieron apearse a los protocolos de atención del paciente traumatizado, en términos del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS), además del “retardo en su traslado inmediato ante la carencia de infraestructura y recursos suficientes para su adecuada y oportuna atención”.

SPR1, **SPR2** y **SPR3** incurrieron en negligencia médica en agravio de **V** al incumplir el deber que tienen de recurrir a todos los medios y recursos a su alcance para brindarle una atención adecuada y de esa forma hacer realidad su derecho a la protección de la salud. Dichos servidores públicos cometieron descuidos, falta de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en su actividad profesional médica, esto es, incurrieron en defectos y en omisiones al realizar el acto médico.

Igualmente, en el presente asunto se evidenció la ausencia de registro de diversas notas médicas por parte del personal de la salud involucrado en los hechos, así como la omisión de varios elementos y precisiones que las constituyen, configurándose una contravención a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, evidencia de una atención médica inadecuada e insuficiente.

En la especie, era obligación de todos los servidores públicos registrar de manera debida los servicios de salud otorgados, por lo que las omisiones son contrarias a la referida Norma Oficial Mexicana y con ello vulneraron el derecho a la debida integración del expediente clínico de **V**.

En el caso particular se transgredieron los artículos: 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; además del principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre Derechos del Paciente; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la

Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

Además, los preceptos: 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2° y 51 de la Ley General de Salud; 9° y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como 5 párrafo primero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.

En consecuencia se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Con el propósito de reparar la afectación que sufrió el núcleo familiar de **V**, en su calidad de víctimas de violaciones a derechos humanos, previo consentimiento, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionarles la **atención psicológica y/o tanatológica que corresponda en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, conforme lo establece la **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **III** apartado **A numeral 1** de la sección de ponderaciones de la Recomendación.

Para tal efecto, se insta a esa institución, realice las gestiones que permitan que la atención recomendada se brinde dentro de un perímetro accesible al domicilio de los agraviados. Recomendación que debe ser atendida de manera inmediata y documentarse su cumplimiento.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **III** apartado **B numeral 1** de la resolución, el ISEM, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación, deberá remitir evidencia respecto de la inscripción del núcleo familiar de **V** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, incluida la indemnización compensatoria que corresponda, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad, para ello deberá documentar acciones de seguimiento e impulsar trámites y realizar gestiones ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México hasta su consecución.

TERCERA. Como medida de satisfacción señalada en el punto **III** apartado **C** numeral **1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, el ISEM deberá **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación:

a) Remitir por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, con el fin de que dicho órgano autónomo investigue la probable responsabilidad penal en el presente asunto. El oficio de la autoridad responsable debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir las personas servidoras públicas: **SPR1**, **SPR2** y **SPR3**, así como su compromiso de coadyuvar con la debida integración de la indagatoria, particularmente, en la identificación de **SPR1**.

b) Remitir copia certificada de la Recomendación al Órgano Interno de Control del Instituto de Salud del Estado de México, a efecto de que tome en cuenta la investigación efectuada por este Organismo para identificar a **SPR1**, además de establecer la probable responsabilidad administrativa y sustanciar el procedimiento respectivo por los hechos de queja, determinando lo conducente en el ámbito de sus atribuciones dentro del expediente que al efecto se sirva iniciar.

c) Adicionalmente, deberá anexarse copia certificada de la Recomendación en los expedientes laborales de **SPR1**, **SPR2** y **SPR3**.

La autoridad responsable deberá remitir a este Organismo constitucional autónomo la evidencia documental que corrobore el cumplimiento total del presente punto recomendatorio.

CUARTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **III** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluirá el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados, la cual será formalizada por el Director del Hospital General de Chimalhuacán en forma escrita y ofrecida personalmente en reunión con el núcleo familiar de **V**, a celebrarse en dicho nosocomio, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Remitiéndose a esta Defensoría de Habitantes pruebas de su debida atención, con la observancia puntual de las directrices establecidas ante la contingencia sanitaria por COVID-19.

QUINTA. Como **medida de no repetición** estipulada en el punto **III** apartado **D** número **1**, del documento de Recomendación, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, la autoridad responsable deberá implementar en el Hospital Regional de Tlalnepantla, las circulares necesarias para instruir al personal de la salud sobre la indispensable observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, así como de los protocolos de atención del paciente traumatizado, en términos del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS). Lo cual deberá documentar debidamente.

SEXTA. Como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **III** apartado **D** numeral **2**, con enfoque de prevención y para que el personal médico del Hospital General de Chimalhuacán pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica de urgencia, el ISEM como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación, en particular referido al derecho a una atención médica libre de negligencia, a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, además de los protocolos de atención del paciente traumatizado, en términos del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS). **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto III apartado D numeral 2 de la Recomendación, haciendo uso de las posibilidades que brinda la tecnología para proteger la salud de las personas y evitar la propagación de la enfermedad por coronavirus.**

DIRECTORIO

PRE SIDENTE

Jorge Olvera García

CONSEJEROS CIUDADANOS

Carolina Santos Segundo

Leticia Bravo Sánchez

Verónica Gómez Cerón

Diana Manilla Álvarez

Gonzalo Levi Obregón Salinas

SECRETARIA GENERAL

María del Rosario Mejía Ayala

DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Karla López Carbajal

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

Víctor Antonio Lemus Hernández

SECRETARIO PARTICULAR DEL PRESIDENTE

Martín Arriaga Degollado

PRIMER VISITADOR GENERAL

Víctor L. Delgado Pérez

VISITADOR GENERAL SEDE TOLUCA

Lic. Luis Antonio Hernández Sandoval

VISITADOR GENERAL SEDE TLALNEPANTLA

Tilicuetzpalin César Archundia Camacho

VISITADORA GENERAL SEDE CHALCO

Mireya Predado Romero

VISITADORA GENERAL SEDE CUAUTILÁN

Jovita Sotelo Genaro

VISITADOR GENERAL SEDE NEZAHUALCÓYOTL

Gregorio Mañas Duarte Olivares

VISITADOR GENERAL SEDE ECATEPEC

Alejandro Zamora Vázquez

VISITADOR GENERAL NAUCALPAN

Saúl Francisco León Pasos

VISITADOR GENERAL SEDE ATLAZCOMULCO

Ricardo Vilchis Orozco

VISITADORA GENERAL SEDE TENANGO

María Fernanda González Ruiz

VISITADORA GENERAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Andrea Becerril Valdés

VISITADOR GENERAL DE SUPERVISIÓN PENITENCIARIA

Carlos Felipe Valdés Andrade

DIRECTOR DE LA UNIDAD JURÍDICA Y CONSULTIVA

Erick Segundo Mañón Arredondo

JEFA DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN,

PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

Sheila Velázquez Londaiz

JEFA DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Guadalupe Elisenda Domínguez Contreras

DIRECTORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHOS

HUMANOS

Gabriela Eugenia Lara Torres

Gaceta de Derechos Humanos, órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editada por la Unidad Jurídica y Consultiva, Año XV, número 302, marzo 26 de 2021.

Dirección

Erick Segundo Mañón Arredondo

Subdirección de Asuntos Jurídicos

Raúl Zepeda Sánchez

Subdirección de Interlocución Gubernamental y Legislativa

Mario Enrique Rosales Caballero

Líder "A" de Proyecto

Eduardo Castro Ruiz

Inspector Proyectista

Carmen Angélica Casado García

Auxiliar Administrativo de S.P.S.

Lucía Dariana Roldan Ramos

Analista "A"

Jaime Jovani García Garduño

Analista "A"

Sebastián Florentino Quezada

© D.R. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Dr. Nicolás San Juan número 113, colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca México, C. P. 50010, tel (01722) 2 36 05 60. Disponible en: www.codhem.org.mx

Reserva de derechos al uso exclusivo núm. 04-2009-052611285100-109. Número de Registro del Logotipo: 03-2009-050711425000-01.