

RECOMENDACIÓN No. CEDH/13/2022-R

Violación del derecho a la protección de la salud a causa de negligencia médica en perjuicio de **VD**.¹

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 22 de diciembre de 2022.

C. DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS.

SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR
GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD.

DISTINGUIDO SECRETARIO:

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; 1o., 2o., 4o., 5o., 18 fracciones I, IV, XV, XVIII, XXI y XXII, 23, 27, fracción XXVIII, 37, fracciones I, III, V y VI, 43, 45, 47, 50, 51, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 71, 72 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; así como los artículos 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196 de su Reglamento Interior, ha examinado los elementos de convicción obrantes en el expediente de queja **CEDH/0747/2020**, los cuales están relacionados con la vulneración de los derechos humanos de **VD**.

En tal virtud, procede a resolver al tenor de los siguientes:

¹ La presente versión pública tiene el propósito de proteger la identidad y datos personales de las personas involucradas en los hechos del caso que se analiza. Lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 43, párrafo quinto de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Dicha información se da a conocer a la autoridad a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas (Ver en Anexo 1).

I.- HECHOS.

1.- El 23 de septiembre de 2020, este Organismo radicó el expediente de queja **CEDH/0747/2020** en virtud de la comparecencia de **VI2**, de nacionalidad hondureña, residente permanente, quien interpuso queja a favor de **VD** y **VII1**, por presunta violación al derecho a la protección de la salud por parte del personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez", con residencia en Tapachula, de la Secretaría de Salud del Estado. Al respecto, manifestó lo siguiente:

*"... Vengo a presentar queja ante esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos en contra de actos del personal médico que le ha brindado atención médica a **VD**, en razón de lo siguiente: **VD**, de 21 años de edad, es mexicana, se embarazó de su segundo bebé, es así que con fecha 06 de septiembre de 2020, cursaba aproximadamente con 32 semanas de embarazo, la trasladamos en compañía de **VI3** y mi familia al Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suarez", de esta ciudad de Tapachula, Chiapas ya que presentaba síntomas de **dolor de cabeza, vómito, diarrea, temperatura, al llegar le dieron la atención médica y la dejaron internada por 6 días**; la dieron de alta según el personal médico por mejoría pero ella se sentía muy mal, débil y con síntomas de dolor de cabeza, ya que los médicos no se ponían de acuerdo si la operaban o no para hacerle la cesárea, ya que al realizar las visitas médicas había médicos que decían que sí se operara y al pasar otro médico a revisión decía que no, es por eso que nos la dieron de alta pero mal de salud, nos la dieron de alta médica el día 12 de septiembre de 2020 en el transcurso del día y solo le dieron una receta médica que decía que solo iba a tomar fumarato ferroso; [sin embargo] **VD** se seguía sintiendo mal de salud, decía que estaba débil y le costaba caminar y así pasó el día 13 de septiembre, para amanecer el día 14 de septiembre de 2020, dijo que no sentía mejoría que le seguía el dolor de cabeza más fuerte, que ya no podía sostenerse por sí sola pero ya no respondía al diálogo para platicar, pero como los médicos dijeron que lo que ella tenía era una fuerte infección estomacal pensamos que se iba a componer, pero en la noche empezó a convulsionar, empezó a perder la noción, se veía como ida, sus*

piernas ya no le respondían para caminar y se hacía de la pipí, como yo soy de oficio estilista tengo muchos conocidos, entre ellos, una Doctora que trabaja en el ISSSTE y al ver a **VD** mal de salud, le platiqué lo que le estaba pasando y me dijo que la atendería; es así que en ese mismo momento la trasladé al ISSSTE en donde le brindaron los primeros auxilios, le tomaron signos vitales, le pusieron suero y de inmediato me dijeron que la trasladara al Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez", porque ya le rechinaban los dientes y ella no era derechohabiente del ISSSTE y en la ambulancia del ISSSTE la trasladamos al Hospital General, les enseñé la referencia del ISSSTE y con eso la atendieron, [al llegar] la canalizaron refiriendo que **VD** iba muy mal, convulsionando y decía cosas que no estaban acorde con lo que le pasaba, como se movía mucho la amarraron en la camilla, el médico me comenzó hacer preguntas de ella y le expliqué lo que pasaba y le dije que ya había un expediente de ella en ese Hospital, la mandaron hacer un ultrasonido y la acompañé, después de ese estudio la pasaron a tococirugía y ya no me dejaron pasar a verla, ahí se quedó internada. Como ya era de madrugada del día 15 de septiembre de 2020, a las 07:00 horas de la mañana me hablaron y pasé a verla, el médico me dijo que de urgencia iban a operarla para sacar al bebé para poder atenderla, el médico me explicaba lo que le pasaba y el médico le picaba con una aguja pero ella ya no reaccionaba, que la iban a sedar, pero al ver que **VD** estaba como ida, después ellos me sacaron de tococirugía y como a las 11:00 horas de la mañana pasó **VI4** quien firmó para que la operaran y eso fue lo que pasó. Ya no nos dieron más información, nosotros estuvimos pendientes en el Hospital para ver si nos llamaban y nadie nos daba información, es así que el día 16 de septiembre de 2020, en la mañana como a las 05:00 horas le dije al vigilante que me dijera qué le había pasado a **VD**, ya que no nos daban información, es como ese vigilante la buscó y me dijeron que ya estaba en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es como nos trasladamos a esa área y en ese lugar vi a **VD**, pero ya intubada y a nosotros como familiares en ningún momento nos informaron de la gravedad de su estado de salud, ni a **VI4** ni a **VI3** ni a mí, es así que preguntamos qué había pasado con el bebé y nos

dijeron que estaba en observación en tococirugía, dos días después lo pasaron al área de UCI y solo dejaron pasar a **VI3** a verlo y él nos dijo que el niño no estaba intubado y estaba reaccionando bien, le informaron que el niño adquirió la bacteria de la mamá y que lo iban a tratar para ver si iba aguantar porque nació bajo de peso ya que pesó al nacer 2 kilos 200 gramos y de 8 meses de gestación, así han transcurrido los días y después nos dicen que **VD** desde **el día 16 de septiembre de 2020 su cerebro colapsó**, esto nos lo informó el Dr. **APR7** del Hospital de Alta Especialidad de Ciudad Salud y él llegó al Hospital General² a ver a **VD** y él es el que ordenó unos estudios y es como hicieron **el estudio de resonancia magnética para confirmar que no había actividad en el cerebro**, ya que le hicieron estudios y ahí es donde nos desengañan cómo estaba la salud de **VD**, nos explicó el Dr. **APR7** con detalles cómo estaban sus órganos y que también no era viable donarlos; es así que la vuelven a regresar al Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suarez", en donde la tienen en la misma área en UCI **intubada y con diagnóstico de muerte cerebral** en las mismas condiciones, he pedido hablar con el Director del Hospital y no me recibe, más de 7 veces lo he buscado en diferentes horas del día y me dicen que no está y nos refieren hablar con los subdirectores médicos en los horarios que les toca, me han atendido 3 subdirectores médicos que de ellos ninguno me da respuesta, ya que también le hemos pedido que la desconecten para que su agonía ya no tarde porque **VD** está respirando por ese aparato porque su corazón aún late porque estaba fuerte de 21 años, llena de vida, con la muerte cerebral ya no le funcionan los riñones, ella saca sangre por la boca, **pero no nos la quieren dar por temor a que denunciemos la negligencia médica**, porque no era para que nos la dieran de alta el día 12 de septiembre de 2020, se enfocaron en el bebé y no en la salud de **VD**, es por eso que solicito a esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos que sean investigados los

² Si bien la persona quejosa manifiesta que la adscripción de APR7 es el Hospital de Alta Especialidad de Ciudad Salud; sin embargo, de las constancias que obran en el expediente de queja CEDH/0747/2020 se desprende que el mencionado profesional de la salud está adscrita al Hospital General de Tapachula "Doctor Manuel Velasco Suárez".

médicos que le brindaron atención médica a **VD** desde el principio que acudió a atención médica que fue el día **6 de septiembre de 2020, ya que no le hicieron todos los estudios necesarios, solo dijo el médico que la atendió que era malestar estomacal.** Es por eso que considero que hay negligencia médica y por eso **VD** se encuentra en fase terminal de su vida y **desconocemos el estado de salud de mi sobrino** porque tampoco nos han dado una explicación verídica de su estado de salud, ya que el personal médico nos ha estado pidiendo medicamentos que **hemos estado comprando, hasta antibióticos y el tiempo que [VD] está hospitalizada por los gastos de la intubación nos los están cobrando.** Asimismo, en cuanto pueda presentaré copia de la receta médica que me dieron cuando la hospitalizaron el 6 de septiembre y la dieron de alta el 12 de septiembre de 2020 y cuando la llevamos el 14 de septiembre de 2020, que tampoco la quisieron internar en la mañana, si no que la internaron hasta en la madrugada que la refirió el ISSSTE, de igual forma pido que me apoye para denunciar estos hechos de negligencia médica ante la autoridad competente para que investigue el delito, siendo todo lo que manifiesto por el momento".

2.- Mediante oficio **CEDH/VARTAP/1708/2020**, de 22 de septiembre de 2020, esta CEDH solicitó al Fiscal del Ministerio Público Investigador de la Unidad de Investigación y Justicia Restaurativa de la Fiscalía de Distrito Fronterizo-Costa en turno, que informara sobre los resultados de su intervención y gestiones realizadas respecto del presente asunto. (Foja 4)

3.- Por acuerdo, de fecha 23 de septiembre de 2020, este Organismo admitió la instancia por presuntas violaciones de derechos humanos de **VD** y **VII**, por parte del personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez" de Tapachula, por presunta negligencia médica; responsabilidad médica; insuficiente protección de personas y prestación indebida del servicio público, por actos atribuibles al personal médico. (Fojas 5-7).

4.- Por medio del escrito **CEDH/VARTAP/1709/2020**, esta Comisión determinó emitir medidas precautorias o cautelares y a tal virtud

requirió al Secretario de Salud del Estado, realizar las acciones que se citan a continuación: (Fojas 8-12)

*"...**ÚNICO:** Gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda y/o Director del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suarez" de Tapachula, Chiapas, a efectos de que, de manera inmediata, se tomen las medidas precautorias o cautelares eficientes tendientes a prevenir la producción de daños de difícil o imposible reparación, adoptando las providencias necesarias a fin de que se les garantice el derecho a la salud de **VD** y a **VII**, quienes se encuentran en el área de UCI del Hospital de referencia, así también que se busquen los mecanismos necesarios para evitar el desabasto de medicamentos, el cual pone en riesgo la salud y por ende la vida de las personas que se encuentran en el citado Hospital, así mismo a la brevedad posible sean informados los familiares directos de la víctima del estado de salud de **VD** y de su hijo, evitando con ello hechos de difícil o imposible reparación. Dichas medidas pueden ser de conservación o restitutorias, según lo requiera la naturaleza del asunto y se solicitan por el tiempo que resulte necesario." (Sic)*

De igual forma, se requirió informe a dicha Secretaría, en los siguientes términos:

*"... **PRIMERO.** - Gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda para que el Director del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suarez", de esta ciudad de Tapachula, Chiapas, rinda informe pormenorizado con relación a los hechos de la queja. De igual forma, remita a este Organismo Estatal, resumen clínico de la atención médica de **VD**, especificando el número de expediente clínico, remitiendo además copias fotostáticas legibles y certificadas del expediente clínico, así como resumen clínico y copias fotostáticas legibles y certificadas del expediente clínico [correspondientes a **VII**] de la agraviada de referencia (Sic).*

*De igual forma, deberá remitir un listado que contenga el nombre del personal médico que atendió de primer contacto el día 06 de septiembre de 2020 a **VD**, así como del médico que*

firmó el alta médica de fecha 12 de septiembre de 2020, de igual forma especifique el nombre completo del personal médico que atendió el día 14 de septiembre de 2020 en la mañana a la agraviada de referencia, así como el demás personal médico que le brindó atención médica a la paciente de referencia (Sic).

*Asimismo, remita un listado del personal médico que le está brindado atención médica a **VII**, hijo de **VD**, en el que se consignarán los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnados, así como anexe los elementos de información que se consideren necesarios para la documentación del caso (Sic).*

SEGUNDO. - *Gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda para que el Médico o Médicos que se encuentran brindando atención médica a **VD**, con relación a los hechos de la presente queja, rindan informe circunstanciado y pormenorizado por separado cada uno de ellos a este Organismo Protector de los Derechos Humanos. En el que se consignarán los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnados, así como anexe los elementos de información que se consideren necesarios para la documentación del caso” (Sic).*

5.- Mediante oficio **DG/SAJ/DNC/5003/8109/2020**, de 04 de noviembre de 2020, el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud informó a este organismo la aceptación de la medida precautoria o cautelar. (Foja 16)

6.- En escrito **CEDH/VARTAP/2024/2020**, de 21 de octubre de 2020, esta Comisión Estatal requirió a la Delegada de Derechos Humanos Frontera-Costa de la Fiscalía General del Estado, a efectos de que informara el número de carpeta de investigación o registro de atención iniciado con motivo de los hechos denunciados por **VI2**; así como la descripción de las diligencias realizadas y el estado que guarda dicha carpeta o registro. (Foja 21)

II.- EVIDENCIAS.

7.- Oficio **DG/SAJ/DNC/5003/0068/2021**, de 11 de febrero de 2021, suscrito por **APR15**, Director del hospital “Dr. Manuel Velasco Suárez” de Tapachula, en el que remitió las documentales a continuación enlistadas:

7.1.- Informe sin fecha, emitido por **APR15**, respecto de las medidas precautorias o cautelares tomadas en el caso que nos ocupa. Al respecto, indicó lo siguiente: (Fojas 29-30)

*“... En cuanto al punto **ÚNICO**: respecto de las medidas precautorias o cautelares, eficientes, tendientes a prevenir la producción de daños de difícil o imposible reparación, adoptando las providencias necesarias a fin de que se garantice el derecho a la salud de **VD** y a **VII**, le informo que como bien queda demostrado en el expediente clínico que le he hecho llegar, perteneciente a **VD** y a **VII**, se les proporcionó la debida asistencia médica, siguiendo los protocolos de atención correspondientes a su diagnóstico, teniendo como principal meta salvaguardar su estado de salud, atendiendo con el mayor profesionalismo, compromiso, eficacia y seguridad, haciendo todo lo posible para mantenerla con vida.*

De igual forma, se ha incrementado el capital humano, contratando médicos intensivistas para el manejo de pacientes obstétricas graves en la UCI; contratación de médicos especialistas en ginecoobstetricia para el fortalecimiento del servicio y reactivación de la consulta externa y embarazo de alto riesgo y también se incrementó la duración de la rotación de médicos internos de pregrado del servicio de ginecología y obstetricia...

Ahora, en cuanto a que se busquen los mecanismos necesarios para evitar el desabasto de medicamentos, le informo que la gestión de insumos y medicamentos se realiza de manera continua a través de la administración de este Hospital, para garantizar su existencia tanto en los diferentes servicios como en la farmacia interna, como también se ha fortalecido el abasto de

insumos y de los servicios de urgencias generales como de urgencias ginecológicas...

Por último, en cuanto a que también sean informados los familiares directos de **VD**, respecto del estado de salud tanto de ella como de **VII**, le informo que por parte del servicio de urgencias ginecológicas y obstétricas, existe un módulo de recepción que es el encargado de dar informes a los familiares, así también por ese mismo medio son llamados, para que el médico tratante explique la situación de salud de la paciente, información que se da cada que cambia la situación o hay una evolución del estado de salud, esto para no atrasar los procesos y protocolos propios del área..." (Sic).

7.2.- Informe pormenorizado -sin fecha-, suscrito por **APR15**, Director del Hospital General de Tapachula, en el que detalla los hechos suscitados en torno a la queja, materia de la presente recomendación: (Fojas 32-33)

"Con fecha 14 de septiembre de 2020, a las 14:20 horas, se me informó del ingreso de la paciente **VD** de 21 años de edad quien acude al servicio por presentar dolor abdominal, niega algia tipo obstétrica, presentando cefalea moderada que mejora con la ingesta de paracetamol, así mismo presentó evacuaciones líquidas verdosas con un promedio de cinco veces al día. Al momento de la valoración se perciben movimientos fetales, su estado neurológico consciente, orientada en sus tres esferas teniendo como diagnóstico a su ingreso: **EMBARAZO DE 35.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR USG TRANSPOLADO /PB GASTROENTERITISINFECCIOSA/VAGINOSIS.**

Al ser valorada nuevamente el 15 de septiembre de 2020 a la 15:30 horas, **VI2**, manifiesta que a las 15:00 horas la paciente **VD** pierde el estado de alerta presentando presión no controlada, refiere que presentó cefalea intensa, por lo que fue trasladada al servicio de urgencias del ISSSTE de donde fue referenciada a nuestro servicio de urgencias ginecológicas y se ingresó para protocolo y tratamiento urgente en la sala de choque.

Siendo abordada de forma inmediata por **APR**, médico especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito al Hospital General de Tapachula por sospecha de ruptura prematura de membranas, manifestando la paciente ser gesta dos, cesárea una, con 35 semanas de gestación se concluye que ante la sospecha de ruptura de membrana se ordenó pasar a **VD** a sala de urgencias ginecoobstétrica para vigilancia clínica y se deja esquema de inductores de madurez pulmonar fetal y que se valore toma de cristalografía con pronóstico reservado a certeza diagnóstica.

En fecha 15 de septiembre de 2020 nuevamente soy informado por el Dr. **APR**, que valora a la paciente **VD**, en la sala de valoración, exploración y preparación de urgencias obstétricas en cama con monitor, ahora por presentar GEPI (GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA) TABILIDA, CONVULSIONES y datos neurológicos, la encuentro consciente, sin respuesta a estímulos verbales, sin ejecutar órdenes, con signos vitales normales, tono uterino normal, no actividad uterina, se solicita tac craneal ante la alta sospecha de neuroinfección, se realiza punción lumbar por el servicio de anestesiología, se impregna con antibióticos y antivirales, esteroides y se indica nueva valoración con resultado con pronóstico grave. **Se determina la interrupción quirúrgica del embarazo para salvaguardar la vida del producto ya que las condiciones de VD son críticas**, con fecha 17 de septiembre de 2020 a las 13:50 encuentro a la paciente **VD** pos operada de cesárea, **neuroinfección con datos clínicos que sugieren probable muerte cerebral** sin respuesta a estímulos, con signos vitales estables, herida quirúrgica limpia, útero bien contraído, loquios normales, se comenta en laboratorio el cito químico del líquido cefalorraquídeo que confirma datos de neuroinfección quedando pendientes el cultivo; obstétricamente se encuentra estable y está pendiente el protocolo para muerte cerebral.

En lo que se refiere a la atención médica proporcionada a la paciente **VD** en el Servicio de Medicina Interna, solicité de manera inmediata la valoración por el médico internista **APR1**, médico especialista en medicina interna -adscrito al Hospital General de Tapachula-, que atendiera a **VD**. Con fecha 15 de septiembre de 2020 se encuentra a la paciente **VD** bajo los efectos de sedación dado que había sido llevada recientemente a estudio

tomográfico, quien por los antecedentes y datos clínicos reportados en notas se sospechó la probable **neuroinfección** por lo que se sugirió punción lumbar, la cual fue realizada por el servicio de anestesiología así **como interrupción del embarazo de manera urgente para poder iniciar con tratamiento antimicrobiano de amplio espectro sin poner en riesgo al producto por las dosis altas que requería la paciente**, por lo que siendo el día 17 de septiembre de 2020 encuentro a la paciente **VD** en terapia intensiva con diagnóstico de probable muerte cerebral y con apoyo mecánico ventilatorio por lo que en su momento se solicitó angiotac y revaloración neurológica en tercer nivel e infectología por el diagnóstico de neuroinfección bacteriana en tercer nivel, realizando los envíos los cuales fueron rechazados dado que contaba con valoración neurológica en esta unidad donde apoyaba el diagnóstico de muerte cerebral reportando un pronóstico de muerte a corto plazo por el diagnóstico de base dándole informe al familiar **VI3**, a quien expliqué de manera personal el estado grave en que se encontraba **VD** por lo que procedí a dar seguimiento a lo que se me indicó por parte del internista que **continúa con los diagnósticos de meningitis bacteriana y por clínica de muerte encefálica** estando aun ese día en espera de respuesta en tercer nivel para la angioresonancia y encefalograma; posteriormente, con fecha 22 de septiembre de 2020, **VD** es valorada pero ya con reporte de angioresonancia realizada en Ciudad Salud, el cual reporta **edema cerebral severo, lesión global hipóxico isquémico con generación hemorrágico en tálamo izquierdo y corteza bifrontal**, con ausencia de vascularidad intracraneal siendo a su vez valorada en tercer nivel, en donde descartaron la posibilidad de donación de órganos y tejidos; continuando con el manejo médico de soporte, en ese momento le di informes a **VI3**, el día 24 de septiembre de 2020 se valoró a **VD** con diagnóstico de **muerte cerebral, meningitis bacteriana, evento vascular isquémico hemorrágico en tálamo y corteza bifrontal**, con edema cerebral severo continuando con apoyo mecánico ventilatorio, proporcionando en todo momento la información a los familiares de manera específica y concreta.

Así mismo, quiero manifestar que los familiares de la paciente en varias ocasiones me solicitaron que se desconectara del ventilador, siendo categóricamente negada dicha petición. **Por lo**

que con fecha 24 de septiembre de 2020, siendo las 18:10 horas la paciente presentó asistolia y datos clínicos de muerte” (Sic).

7.3.- Informe pormenorizado, de 29 de diciembre de 2020, suscrito por el **Dr. APR2**, médico adscrito al nosocomio de referencia: (Foja 34)

“**VD** ingresó a esta unidad médica el 07-09-20 por algia obstétrica y esporádica, el 08-09-20 con diagnóstico de RPM y conrioamnionitis con inicio de maduración pulmonar, tratamiento con antimicrobiano, egresando el día 12-09-20 por mejoría, **reingresa a este hospital el 14-09-20 por dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y evacuaciones diarreicas verdosas**, se inicia manejo con antimicrobiano y sintomático egresando a su domicilio, se ingresa nuevamente el día 15-09-20 quien es traída en ambulancia, señalando pérdida del estado de alerta, cefalea intensa y al encontrarla indiferente es enviada a este hospital, se refiere además ruptura prematura de membranas 1 hr de evolución previo al ingreso, así como dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, nota a la llegada del actual internamiento describen a la paciente indiferencia al medio, pupilas con reflejo disminuido. Mucosa oral seca, con TA 100/70, Fr 24x, siendo necesaria la interrupción del embarazo por vía abdominal con los siguientes hallazgos: (producto masculino con peso de 2070 grs, talla 45 cm, Apgar 9/9, Capurro 36 semanas), posterior ingreso a la unidad de cuidados intensivos, ingresa con asistencia ventilatoria, sedación, bajo sospecha de meningitis bacteriana (Neuroinfección) motivo por el cual se inicia manejo antimicrobiano a base de doble esquema con Vancomicina y Cefalosporina de 3era generación asociado a tratamiento esteroideo, a pesar de la evolución tórpida, deterioro neurológico que hace sospechar la posibilidad de muerte encefálica, razón por la cual se suspende sedación y se observan datos de clínicos compatibles con lesión en tallo, por lo que el 18-09-20 se realiza angioresonancia en Ciudad Salud que concluye con **edema cerebral severo, lesión global hipoxico-isquémica con degeneración hemorrágica en tálamo y corteza bifrontal, con ausencia de vascularidad intracraneal** (circulación anterior y posterior).

IDX.- LESIÓN GLOBAL HIPOXICO-ISQUÉMICA CON DEGENERACIÓN HEMORRÁGICA EN TÁLAMO IZQUIERDO Y CORTEZA BIFRONTAL/MENINGITIS BACTERIANA CON EDEMA CEREBRAL SEVERO/PUERPERIO QUIRÚRGICO TARDÍO PATOLÓGICO.”

7.4.- Informe pormenorizado, de fecha 10 de diciembre de 2020, suscrito por el **Dr. APR3**, médico adscrito al Hospital General de Tapachula: (Fojas 35-36)

*“Encuentro a la paciente **VD** en área de tococirugía el día 08 09 2020 a las 14 hrs., asintomática, afebril, percibiendo movimientos fetales, sin actividad uterina, sin salida de líquido transvaginal, sin síntomas respiratorios. A la exploración física neurológicamente estable, cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero grávido por producto único vivo, FCF 145 x minuto, presentación cefálica, sin sangrado transvaginal, extremidades íntegras y funcionales, reflejos osteotendinosos normales.*

Laboratorios del día 08 09 2020: Hb. 9.2, Hcto. 26.8, plaquetas 319000 leucos de 14000, VSG de 10 mm-hr y PCR de 4.10.

Por lo anterior se establecen diagnósticos de embarazo de 34 semanas por USG actual, probable RPM y Síndrome anémico moderado, clínicamente y por laboratorios sin datos de corioamnionitis ya que cursa afebril, sin actividad o hipersensibilidad uterina sin leucocitosis arriba de 16000, por lo que se indica transfundir 1 paquete globular, dieta normal, y continuar con antibioticoterapia (ceftriaxona y clindamicina).

La vuelvo a encontrar el día 09 09 2020 14:15 hrs en tococirugía ya con envío a piso de ginecología, refiriendo movimientos fetales, sin datos de vasoespasmo con uresis y evacuaciones presentes, a la exploración física consciente, cooperadora con buena coloración de piel y tegumentos, sin actividad uterina. Miembros inferiores sin edema.

Cuenta con USG con 34.1 semanas; Índice de líquido amniótico de 19 cc, presentación pélvica, peso aproximado de 2348 grs. Por lo anterior, se establece diagnóstico de 34 semanas con pbe RPM (usg ILA normal) sin datos de corioamnionitis por lo cual continúa con el envío a piso de ginecología y amerita vigilar salida de líquido transvaginal con apósito testigo.

La vuelvo a encontrar el día 11 09 2020 en turno vespertino en piso de ginecología percibiendo motilidad fetal, sin datos de vasoespasmo (sin cefalea), afebril sin síntomas respiratorios ni pérdidas trasnvaginales, a la exploración física buen estado general, incluye deambulacion, cardiopulmonar sin compromiso, PUVI, presentación pélvica, fcf 147 *minuto.

Por último, encuentro paciente **VD** el día 15 09 2020 a las 15:30 hrs. en urgencias ginecológicas, neurológicamente no coopera, responde a estímulo doloroso, pupilas respuesta leve a luz, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con PUVI, cefálico, fcf 142 x minuto, no actividad uterina, tacto vaginal diferido, reflejos osteotendinosos aumentados.

Aun sin TAC para comentar, encuentro paciente **VD** grave ya valorada por Medicina interna con diagnósticos de embarazo de 34 semanas más probable neuroinfección, por lo cual amerita interrupción del embarazo vía abdominal, agrego DFH, verificar 2 Paquetes globulares y pasar a tococirugía para interrupción del embarazo."

7.5.- Informe pormenorizado, de fecha 09 de diciembre de 2020, suscrito por el **Dr. APR4:** (Foja 37)

"En respuesta a la solicitud de información de la paciente **VD** hago de su conocimiento que la paciente ingresó a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS de este hospital el 15 de septiembre tras interrupción del embarazo por vía quirúrgica bajo asistencia ventilatoria y sedación en donde se establece el **diagnóstico de Meningitis con evolución tórpida con disfunción neurológica que rápidamente evoluciona hacia la Muerte encefálica**, misma que es confirmada en Hospital de 3er nivel mediante resonancia

magnética, por lo que dados los hallazgos la paciente **VD** desarrolla deterioro circulatorio en forma progresiva hasta culminar en asistolia el 24 de septiembre a las 18:10 hrs. Los familiares no aceptan el otorgamiento de certificado de defunción refiriendo que han solicitado que la autoridad acudiera por el cuerpo."

7.6.- Informe pormenorizado del **Dr. APR5**, de fecha 11 de diciembre de 2020, en el cual precisó lo siguiente: (Foja 38)

"FEMENINO, DE 21 AÑOS DE EDAD, DE NOMBRE **VD** QUIEN INGRESÓ EL DÍA 14 DE SEPTIEMBRE DEL PRESENTE AÑO CON NÚMERO DE EXPEDIENTE 7103/20 EN EL ÁREA DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS, DURANTE EL INTERROGATORIO MENCIONÓ QUE ACUDÍA AL SERVICIO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL, NEGANDO ALGIA TIPO OBSTÉTRICA, REFIRIENDO CEFALEA MODERADA QUE MEJORA CON LA INGESTA DE PARACETAMOL, PRESENTÓ EVACUACIONES LÍQUIDAS VERDOSAS EN PROMEDIO DE 5 VECES AL DÍA, CUADRO DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NEGÓ TOS DISNEA Y CUADRO RESPIRATORIO, TAMBIÉN COMENTÓ QUE HABÍA ESTADO HOSPITALIZADA POR PROBABLE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, **PERO FUE DADA DE ALTA 4 DÍAS ANTES POR MEJORÍA**, CORROBORANDO QUE NO HABÍA RUPTURA DE MEMBRANAS, MANEJO DOMICILIARIO CON ANALGÉSICOS Y ANTIBIÓTICOS, REFIRIÓ QUE EN ESE MOMENTO PERCIBÍA MOVIMIENTOS FETALES.

EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA LA PACIENTE **VD** SE ENCONTRABA EN ESE MOMENTO ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, CON FUNCIONES MENTALES SUPERIORES CONSERVADAS, PARES CRANEALES NORMALES, GLASGOW DE 15 PUNTOS, SIN BABINSKI, SIN KERNING, NI BRUDINSKI, SENSIBILIDAD Y MOTRICIDAD NORMAL, MUCOSAS REGULARMENTE HIDRATADAS, PALIDEZ DE TEGUMENTOS, CAMPOS PULMONARES VENTILANDO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN DEPRESIBLE DISTENDIDO A EXPENSAS DE ÚTERO GESTANTE, PUVI CON FCF DE 142 LATIDOS POR MINUTO, AL TACTO VAGINAL CERVIX CERRADO CON SECRECIÓN BLANQUECINA ESCASA, PERISTALTISMO PRESENTE AUMENTADO EN FRECUENCIA, SIGNOS

DE BLOOMBERG, ROVSING, PSOAS, GIORDANO, MURPHY NEGATIVOS, SIN DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES ÍNTEGRAS Y FUNCIONANDO SIN EDEMA NI ERITEMA.

PACIENTE **VD** SE VALORÓ EN CONSULTORIO HABILITADO PARA PACIENTES SOSPECHOSOS DE SARS-COV2, Y CON EL TRAJE CORRESPONDIENTE, DEBIDO A QUE AL INGRESO SE INDICÓ QUE ERA SOSPECHOSA A DICHA PATOLOGÍA RESPIRATORIA VIRAL, SIN EMBARGO, POSTERIOR AL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA, SE DETERMINÓ QUE NO CUMPLÍA CON CRITERIOS OPERACIONALES EN ESE TIEMPO PARA SARS-COV2, PRESENTÓ MÁS SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, PORQUE TAMPOCO PRESENTABA ALGIA TIPO OBSTÉTRICA, SE DIAGNOSTICÓ COMO EMBARAZO DE 35.2 SDG POR USG TRASPOLADO, CON PROBABLE GASTROENTERITIS INFECCIOSA Y VAGINOSIS, DANDO MANEJO CON ANITBIÓTICOS, ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS, DEJANDO ABIERTA CITA A URGENCIAS GINECOLOGICAS ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD."

7.7.- Informe pormenorizado de la **Dra. APR6**, de fecha 10 de diciembre de 2020, en virtud del cual indicó lo siguiente: (Fojas 39-40)

*"El día 08 de septiembre del 2020, a las 08:30 horas durante mi pase de visita a piso, encuentro a la paciente **VD** como consta en el expediente clínico, se trata de paciente de 21 años de edad, con diagnóstico de embarazo de 33.3 semanas por ultrasonido traspolado 34 por ultrasonido actual, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, cesárea previa no reciente. La paciente refería percibir movimientos fetales y negaba otra sintomatología. Signos vitales ta 111/44 mmHg, FC115 min, temperatura 36.50C.*

*Encontrando a la paciente **VD** consciente orientada, frecuencia cardíaca fetal 150/min, no actividad uterina, sin pérdidas transvaginales en ese momento. Por laboratorio con leucocitosis, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación aumentada, dados los datos clínicos y de laboratorio concluyo que la*

paciente tiene datos de corioamnionitis e indico pase a tococirugía.

*El día 09 de septiembre del 2020, a las 08:47 horas encuentro a la paciente **VD** en el servicio de tococirugía, sus condiciones clínicas estables, percibe movimientos fetales, fcf 140 min, sin actividad uterina, cérvix formado, orificio cervical externo dehiscente, orificio cervical interno cerrado, control de laboratorios del día previo dentro de límites normales; por lo que solicito nuevamente control de laboratorio para verificar que no sea un error de laboratorio, solicito nuevo ultrasonido obstétrico. Ya no se encontraban datos clínicos de corioamnionitis.*

A las 11:57 horas recibo resultado de ultrasonido, el cual reporta embarazo de 34.1 semanas, presentación pélvica, índice de líquido amniótico 19 cc.

Los resultados de laboratorio no se reportan porque se nos informa que la máquina de laboratorio no está funcionando, se esperan resultados de laboratorio para normar conducta, la paciente nos refiere que solo le han aplicado una dosis de dexametazona (madurador pulmonar), dado que es un producto prematuro el plan es completar maduradores pulmonares, recabar laboratorios, lavado vaginal para toma de cristalografía.

*El día 10 de septiembre 2020, a las 07:00 horas encuentro a la paciente **VD** en piso de ginecología signos vitales ta 100/51 mmHg fr 20 min frecuencia cardiaca 83 min. La paciente **VD** refiere movimientos fetales, tolera la vía oral, uresis presente, evacuaciones presentes, se refiere asintomática.*

*Paciente **VD** neurológicamente estable, orientada, frecuencia cardíaca fetal 150 por minuto, sin actividad uterina, sin pérdidas transvaginales; laboratorios hb 10.9 mg/dl hematocrito 32.35: plaquetas 294 000, leucocitos 8100, velocidad de sedimentación globular 25mm/hora, proteína C reactiva 1:80.*

El día 22 de septiembre de 2020 a las 13:25 horas, encuentro a la paciente en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de puerperio mediato poscesárea, muerte encefálica. Signos vitales: frecuencia 49 por minuto TA 91/56 mmHg. Herida quirúrgica limpia, Pen Rose sin gasto el cual retiro, sin sangrado transvaginal, orina clara, se deja manejo establecido por medicina interna” (Sic).

7.8.- Informe pormenorizado de suscrito por el **Dr. APR7**, de fecha 19 de diciembre de 2020, en el cual consta lo siguiente: (Foja 41)

“Acudo a mis actividades de guardia especial de fines de semana; al acudir al área de Terapia Intensiva Adultos el día 19 de septiembre del presente año a las 07:30 hrs. me encuentro a la paciente **VD** con apoyo de ventilación mecánica sin sedación por más de 72 hrs. A la exploración, **paciente sin recuperación del estado de conciencia y sin reflejos de tallo, los cuales indican clínicamente muerte cerebral**. Además de que por laboratorios con datos de infección urinaria del cual ya estaba con manejo antimicrobiano.

Por notas previas ya había sido valorada por neurocirugía que por medio de TAC de cráneo exhibió datos sugestivos de proceso trombótico además de **datos de muerte cerebral**.

Por lo que sugiero continuar con manejo ya establecido mediante antimicrobianos, medidas generales, medidas hemodinámicas con amina presora, además de apoyo ventilatorio mecánico. Y en espera de realización de ANGIO TAC o de ELECTROENCEFALOGRAMA para diagnóstico de disfunción cerebral.

Para el día 20/09/20 a mi pase de visita a las 08:00 hrs. continúa paciente **VD** en Terapia Intensiva Adultos en mismas condiciones **generales sin recuperar estado de conciencia a pesar de 4 días sin sedación y acoplada a la ventilación mecánica sin reflejos de tallo, sugestivos de muerte cerebral**. Sin presentar fiebre y con adecuada hidratación. Con signos vitales con presión arterial de 127/72, frecuencia cardíaca de 91, frecuencia

respiratoria de 12 y con glicemia capilar de 130. Por lo que sugerí continuar con mismo manejo antimicrobiano, medidas generales, medidas hemodinámicas mediante amina presora y el apoyo ventilatorio mecánico. Esperando realización de ANGIO TAC en seguimiento de datos clínicos de muerte cerebral. Por lo que informo a familiar ampliamente de la situación clínica de la paciente”.

7.9.- Informe pormenorizado de 19 de diciembre de 2020, suscrito por el **Dr. APR8:** (Fojas 42-43)

“El día 12 de septiembre de 2020, por indicaciones de la Subdirección Médica, acudo a valoración de las pacientes hospitalizadas en el área de ginecología y obstetricia entre las cuales se encontraba la paciente **VD**, de 21 años de edad, ingresada desde el día 06 de septiembre de 2020 con el diagnóstico de: Gesta 2, Cesárea 1 / Embarazo de 33.3 SDG / manipulación por partera / Probable RPM; sin control prenatal previo, al momento de mi valoración clínica la paciente se encontraba en compañía de **VI3**, durante el interrogatorio manifestó encontrarse con mejoría, sin ningún síntoma, negó presentar cefalea, visión borrosa o zumbidos en los oídos, datos de vasoespasmo, que percibía los movimientos fetales, negó presentar contracciones uterinas, negó presentar salida de líquido por vía vaginal, refirió que toleraba la vía oral y deambulaba; así mismo a la exploración física la encontré sin alteraciones neurológicas, alerta y orientada; con signos vitales dentro de parámetros normales, sistema cardiopulmonar se encontró sin alteraciones, con abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, en presentación pélvica con frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto registrado con toco-cardiógrafo, sin actividad uterina, extremidades íntegras y funcionales; en esos momentos sin ningún signo o síntoma de patología neurológica.

Así mismo realicé un análisis del expediente clínico y de los estudios auxiliares de diagnóstico; ultrasonido abdominal obstétrico con fecha 11 de septiembre de 2020, el cual reporta: embarazo de 34.2 semanas por fetometría promedio,

presentación pélvico, placenta corporal posterior grado II, ILA normal, así como estudios de laboratorio con fecha 11 de septiembre de 2020, los cuales reportan hemoglobina 10.2, hematocrito 30.5, plaquetas 288, leucocitos 11.4, neutrófilos 66%, linfocitos 23.3%, velocidad de sedimentación globular 33 y PCR cuantitativa 0.5; además de los cuales son considerados dentro de parámetros de normalidad en la mujer embarazada, y con los que se descarta proceso infeccioso activo o respuesta inflamatoria sistémica, además con resultados antes comentados en el reporte de ultrasonido se corrobora bienestar del feto y el embarazo; además de resultado de Cristalografía negativa con la cual se descarta la presencia de líquido amniótico en el canal vaginal y por ende de ruptura prematura de membranas.

Por todo lo anterior se concluye que, al momento de mi valoración la paciente **VD** se encontraba en buen estado de salud y su evolución desde su ingreso fue hacia la mejoría, por lo que se expone y explica a **VI3** la posibilidad de dar de alta a la paciente, con la indicación de continuar su valoración a través de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia, y consumo de fumarato ferroso por vía oral para el tratamiento y prevención de la anemia ferropénica en el embarazo tal como lo marca la guía de práctica clínica, así como realización de estudio de gabinete (ultrasonido obstétrico) para el seguimiento y control prenatal subsecuente, a lo que ambos, la paciente **VD** y familiar estuvieron de acuerdo, motivo por el que finalmente se les explicaron los datos de alarma obstétrica y se deja cita abierta al servicio de urgencias de este hospital, firmando de enterado y de acuerdo a los procedimientos administrativos de esta institución en la realización del trámite de alta, **VI3**, tal como consta en la nota de egreso de trabajo social, contenida en la hoja 152 del expediente **EC**.

Finalmente, me permito agregar que, al momento del alta médica, **VI3** y la paciente **VD**, manifestaron no tener dudas al respecto de su condición clínica y se da el egreso sin ningún contratiempo, estando en dicho momento en buen estado

general de salud y sin la manifestación de ningún síntoma o signo indicativo de patología neurológica.”

7.10.- Informe pormenorizado suscrito por el **Dr. APR9**, de fecha 09 de diciembre de 2020, del cual se desprende lo siguiente: (Fojas 44-45)

*“Que, con fecha 21 de septiembre de 2020, se presentaron a la oficina 2 personas identificadas como **VI3** y **VI2**, familiares de la paciente **VD**. Quienes referían que **VD** no había sido apta para donación de órganos, solicitaron que se suspendieran los fármacos suministrados y se extubara para favorecer su fallecimiento...”.*

*Se les explicó, luego de revisar el expediente que efectivamente la paciente **VD**, presentaba muerte cerebral y no era apta para donación de órganos, sin embargo, su petición de desconectarla del ventilador mecánico no era procedente. Se les explicó que las leyes mexicanas no permiten la Eutanasia, mediante extubación. Sin embargo, que sí procedía el retiro de fármacos de soporte vital y que el fallecimiento sobrevendría en un promedio de 5 a 7 días. Motivo por el que indiqué la suspensión de los fármacos que la mantenían viva. Falleciendo la paciente **VD** en días posteriores.”*

7.11.- Informe pormenorizado suscrito por el **Dr. APR1**, de fecha 09 de diciembre de 2020: (Foja 46)

*“Con fecha 15 de septiembre de 2020, se solicita valoración por parte del servicio de urgencias ginecológicas, encontrando la paciente **VD** bajo efectos de sedación dado que habría sido llevada recientemente a estudio topográfico quien por los antecedentes y datos clínicos reportados en notas se sospechó en su momento de probable neuroinfección por lo que se sugirió estudio de función lumbar, el cual fue realizado por el servicio de anestesiología, así como interrupción del embarazo de manera urgente para poder iniciar con tratamiento antimicrobiano de amplio espectro sin poner en riesgo al producto por las dosis altas que requería la paciente.*

Siendo el día 17 de septiembre de 2020, nuevamente se revalora [a **VD**], la cual encuentro ya en terapia intensiva con **diagnóstico de probable muerte cerebral y con apoyo mecánico ventilatorio** por lo que en su momento se solicitó angiotac y revaloración neurológica en tercer nivel e infectología por el diagnóstico de neuroinfección bacteriana, realizándose los envíos los cuales fueron rechazados dado que contaba con valoración por neurocirugía en esta unidad donde apoyaba el diagnóstico de muerte cerebral, reportando un pronóstico de muerte a corto plazo por el diagnóstico de base dándole informe a **VI3** que en su momento se encontraba, reportándole el estado de salud y pronóstico de la paciente **VD**.

Nuevamente el 18 de septiembre de 2020 en el turno matutino le doy seguimiento al caso **continuando con los diagnósticos de meningitis bacteriana y por clínica de muerte encefálica** estando aun ese día en espera de respuesta en tercer nivel para la angioresonancia y encefalograma; en este día no hubo familiar a quien dar informe en el turno matutino, reportando el pronóstico malo para la vida, nuevamente el 22 de septiembre de 2020, acudo a valoración contando ya con reporte de angioresonancia realizado en Ciudad Salud, el cual reporta **edema cerebral severo, lesión global hipóxico isquémico con degeneración hemorrágico en tálamo izquierdo y corteza bifrontal con ausencia de vascularidad intracraneal** (circulación anterior y posterior) siendo a su vez valorada en tercer nivel, quienes descartaron la posibilidad de la donación de órganos y tejidos continuando con el manejo médico de soporte, dando informes a familiar el cual se encontraba en el turno.

El día 24 de septiembre de 2020 se valora con el diagnóstico de **muerte cerebral meningitis bacteriana**, evento vascular isquémico hemorrágico en tálamo y corteza bifrontal, así como edema cerebral severo continuando con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad asisto controlada y medida de soporte en todo momento; proporcioné información a los familiares presentes, siendo toda la atención médica brindada a la paciente."

7.12.- Informe pormenorizado suscrito por la **Dra. APR10**, emitido con fecha 21 de diciembre de 2020, en el cual hizo constar lo siguiente: (Foja 47)

*"[...] el día 08 de septiembre de 2020, a las 08:40 se valora a paciente **VD** que se encontraba cursando su primer día de estancia intrahospitalaria por diagnóstico comentado, al interrogatorio refiere algia obstétrica leve y esporádica, percibe movilidad fetal, refirió cefalea, refirió vaginosis desde el inicio del embarazo y negó cuadro respiratorio agudo.*

Refirió que acudió con partera un día previo quien realiza maniobras y posteriormente presenta salida de líquido transvaginal. A la exploración física, con signos vitales: TA 122/64 mm/Hg, FC 109 LPM, Fr 23 RPM, T 35.6 °C. La encuentro consciente, tranquila, orientada, cooperadora al interrogatorio, con buena coloración de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, con abdomen globoso por producto único vivo con fof de 150mlpm, con tono uterino normal.

Solicito hacer efectivo ultrasonido obstétrico, solicito estudios de laboratorio y valoración por ginecología. Paciente que amerita realizaciones PSS; sin embargo, no contamos con papel para su impresión desde hace varios meses, motivo por el cual no se realiza en ese momento, jefes del servicio y directivos enterados de la situación.

Pronóstico reservado a evolución. Se otorga información a familiar, quien firma al calce de la nota. A las 11:30 hr comentó reporte de ultrasonido: Por lo que se establece la impresión diagnóstica de: Gesta 2 Cesarea1 / embarazo de 34 semanas de gestación por ultrasonido actual / vaginosis, plan: solicito interconsulta con ginecología".

7.13.- Informe pormenorizado, suscrito por el **Dr. APR11**, médico de ultrasonidos, de fecha 08 de diciembre de 2020, en virtud del cual expuso lo siguiente: (Foja 48)

“POR MEDIO DEL PRESENTE HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE A LA PACIENTE **VD**, LE REALICÉ ULTRASONIDO OBSTÉTRICO A PETICIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS EL DÍA 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2020. EL DÍA MENCIONADO EL PERSONAL DE CAMILLAS BAJÓ CON LA PACIENTE AL ÁREA DE IMAGENOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE DICHO ULTRASONIDO, A LA CUAL LE REALICÉ SIN CONTRATIEMPOS DICHO ESTUDIO, EN EL CUAL ENCONTRÉ EMBARAZO DE 34.2 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON PRODUCTO ÚNICO VIVO, EN PRESENTACIÓN PÉLVICA, CON FRECUENCIA CARDÍACA FETAL DE 140 LATIDOS POR MINUTO, ÍNDICE DE LIQUIDO AMNIÓTICO DE 13.5 CC, PLACENTA CORPORAL POSTERIOR GRADO II, CON UN PESO APROXIMADO DE 2165 GRAMOS.”

7.14.- Informe pormenorizado suscrito por el **Dr. APR12**, de fecha 10 de diciembre de 2020, por el cual informó: (Foja 49)

“Lamentablemente me entero de la paciente **VD**, ya con **datos confirmados de muerte cerebral** que se mantenía en terapia intensiva ya dándose de alta por máximo beneficio, esto se refiere a que la paciente el **pronóstico es irreversible** que se espera la muerte legal que es la del **paro cardiorrespiratorio**, en mi nota solo pongo los diagnósticos ya conocidos, exploro clínicamente los datos confirman la muerte cerebral, aclarando que solamente la valoré una vez” (Sic).

7.15.- Informe pormenorizado, de fecha 10 de diciembre de 2020, suscrito por el **Dr. APR**, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia: (Fojas 50-51)

“La paciente **VD** fue vista por un servidor en varias ocasiones, la primera el día 07/09/2020 a las 14:20 horas, en la sala de valoración, exploración y preparación de parto de urgencias obstétricas, donde se solicita mi valoración por sospecha de ruptura prematura de membranas, manifestando la paciente ser G (gestaciones) 2 C (cesárea) 1 con FUR el 27/02/20, se interroga negando hipertermia y manifestando buena motilidad fetal, presenta signos vitales estables, se realiza exploración física encontrando FCF (frecuencia cardiaca fetal) de 150 por minuto,

no actividad uterina, se realiza tacto vaginal sin lubricante, encontrando cérvix uterino sin cambios con maniobras de Tarnier y Valsalva negativas, producto libre, se comentan laboratorios encontrando como dato importante leucocitosis y anemia leve, así como UESG (ultrasonido) obstétrico que reporta embarazo de 34 semanas con ILA (índice de líquido amniótico) de 16 cms, se concluye que ante la duda de RPM (ruptura prematura de membranas), pase la paciente a piso para vigilancia clínica y paraclínica de probable RPM, se deja esquema de inductores de madurez pulmonar fetal y que se valore toma de cristalografía con pronóstico reservado a certeza diagnóstica.

Veo nuevamente a **VD** el día 15/09/2020 a las 9:40 horas, en la sala de valoración, exploración y preparación de urgencias obstétricas, ahora por presentar GEPI (gastroenteritis probablemente infecciosa), **irritabilidad, convulsiones y datos neurológicos, la encuentro consciente, sin respuesta a estímulos verbales, sin ejecutar órdenes**, con signos vitales normales aunque refiere familiar haber presentado hipertermia en día previo. A la exploración física pupilas normorreflecticas, sin rigidez de nuca, campos pulmonares normales, AU (altura uterina) de 25 cm. FCF 140 por minuto, tono uterino normal, no actividad uterina, ROT (reflejos osteotendinosos) aumentados con signo de Babinsky positivo más acentuado en lado izquierdo.

Se comenta laboratorio con leucocitosis importante (25,700), hay neutrofilia, PFH (pruebas de función hepática) con TGP (transamina glutámica pirúvica) elevada, hipoalbuminemia, glucosa y azoados normales, electrolitos normales, con UESG del mismo día que reporta embarazo de 34.5 semanas, hipomotilidad fetal, placenta grado 2 e ILA (índice de líquido amniótico) de 22.8 cms., se integra el diagnóstico de G2 (gestaciones) C (cesárea), 1 embarazo de 34.5 semanas por UESG y probable neuroinfección, se solicita por lo tanto TAC craneal y de acuerdo a la misma punción lumbar, se impregna con antibióticos y antivirales, esteroides y se indica nueva revaloración con resultados con pronóstico grave.

Se anota en hoja de indicaciones médicas el uso de Dexametazona, Ceftriazona, Aciclovir, la realización de TAC craneal e Interconsulta a Medicina Interna, cabe mencionar que acudí al servicio de Radiología con la paciente para la realización de la TAC craneal, la cual reporta múltiples imágenes hipodensas en sustancia blanca de distribución difusa de predominio derecho en probable relación a neuroinfección y edema cerebral, misma que es necesaria previo a punción lumbar, debiéndose descartar cráneo hipertensivo antes de realizar esta última.

La siguiente valoración de la paciente **VD** por un servidor es el día 17/09/2020 a las 13:50 horas donde aclaro que realizo nota hasta esta hora por expediente ocupado, encuentro paciente postoperada de cesárea, **neuroinfección con probable muerte cerebral (MC)**, sin respuesta a estímulos, incluso dolorosos, con signos vitales estables, herida quirúrgica limpia, útero bien contraído, loquios normales, se comenta en laboratorio el citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) con datos de neuroinfección y estar pendiente el cultivo, obstétricamente se encuentra estable y está pendiente el protocolo para muerte cerebral.

El día 18/09/2020 a las 9:03 horas reviso nuevamente a **VD**, se trata de pos cesárea más oclusión tubárica bilateral (OTB), en su tercer día, con mismos diagnósticos de nota previa, sin cambios en el aspecto clínico, signos vitales estables, útero, herida quirúrgica y loquios así como extremidades normales, se comenta está pendiente protocolo para determinar MC, y que fue valorada por Neurología del tercer nivel (Ciudad Salud), será enviada a esa unidad para toma de electroencefalograma (EEG), continúa pendiente cultivo de LCR agregándose pronóstico malo a plazo no determinado para la vida.

El día 23/09/2020 a las 9:00 horas se revisa nuevamente a la paciente **VD**, en nota previa de Medicina Interna se había ya corroborado la MC, se retiran puntos de sutura, y se continuará

manejo de sostén, **con pronóstico malo para la vida**. Presenta signos vitales con tendencia a la hipotensión, bradicardia.

El día 25/09/2020 a las 10:29 horas nueva valoración de **VD** con diagnósticos ya referidos, sin cambios clínicos, hipotensión, frecuencia cardiaca normal, frecuencia respiratoria de 12 por minuto (ventilación asisto controlada), saturación de oxígeno del 100%, continúa manejo establecido, con pronóstico malo a corto plazo."

7.16.- Copias fotostáticas debidamente certificadas correspondientes al expediente clínico de **VD**, constantes de 163 fojas útiles. (Fojas 52-228)

7.17.- Copias fotostáticas debidamente certificadas correspondientes al expediente clínico del menor **VI1** constantes de 164 fojas útiles. (Fojas 229-392)

8.- El oficio **DDHFC/222/2021**, de fecha 05 de abril de 2021, por el cual la delegada de Derechos Humanos de Tapachula, adscrita a la Fiscalía General del Estado, puso de conocimiento a este Organismo la denuncia presentada por **VI2**, mediante registro de atención **RA**, el cual fue elevado a Carpeta de Investigación bajo el número **CI**. (Fojas 2-6 del Tomo II)

9.- Oficio número **CEDH/VARTAP/0611/2021**, de 07 de abril de 2021, en el que este organismo solicitó, en vía de colaboración, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, analizar y dictaminar el expediente clínico (**EC**) de **VD**, con la finalidad de determinar si la atención brindada por el personal médico del Hospital General de Tapachula estuvo apegada a la normativa aplicable en materia de salud. (Foja 7 del Tomo II)

10.- Informe técnico-médico, de fecha 04 de octubre de 2021, suscrito por la **Dra. MI**, médico general adscrita a esta Comisión Estatal, quien, tras un exhaustivo estudio de las constancias contenidas en el expediente clínico de **VD**, determinó lo siguiente: (Fojas 23-33 del Tomo II)

“De la interpretación lógica/gramatical de los resúmenes clínicos rendidos por los médicos que proporcionaron atención médica a **VD**, así también de los documentos contenidos en el expediente clínico, en comunión con los argumentos vertidos por la quejosa, se desprende lo siguiente:

- a) En relación con la atención brindada, **Sí existe responsabilidad médica por negligencia, dilación, omisión o mala práctica en la atención médica prestada a la agraviada [VD]**, basándose en la atención proporcionada el día 14 de septiembre del 2020 a las 14:20 horas, ya que la paciente presentaba "dolor abdominal, cefalea moderada que mejoraba con la ingesta de paracetamol, evacuaciones líquidas verdosas en un promedio de 5 veces al día, cuadro de 4 días de evolución", el médico inició tratamiento antibiótico y sintomático, egresándola a su domicilio, sin realizar estudios de laboratorio para conocer el diagnóstico definitivo y así establecer el tratamiento adecuado para el agente causal que estaba causando el cuadro clínico; no tomando en consideración el antecedente de hospitalización reciente, al tratarse de una mujer embarazada debió hospitalizarla para su observación correspondiente. Asimismo, no obra en expediente clínico hoja de notas de enfermería de ese día, sólo evaluación de triage obstétrico, en donde se observan signos vitales diferentes a los plasmados en nota de atención en urgencias ginecológicas, signada por el doctor **APR5**.
- b) Es importante hacer mención que la paciente desconocía fecha de última regla y no acudió a citas de control prenatal, el cual permite identificar complicaciones durante el embarazo y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de cada embarazada. **Contaba con antecedente de vaginosis³ crónica desde el inicio del embarazo.**

³ Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Ginebra: Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS; 2005: "Vaginosis bacteriana: La vaginosis bacteriana es la causa más común de infección vaginal. Está producida por diversas bacterias anaerobias entre las que destaca la Gardnerella vaginalis. La vaginosis bacteriana se produce por un desequilibrio de la flora vaginal debido a la proliferación de bacterias anaerobias y una ausencia de la flora lactobacilar. La vaginosis bacteriana durante el embarazo se asocia con resultados perinatales adversos y, en

- c) En notas médicas de fechas 16, 17 y 19 de septiembre se menciona haber dado informes a los familiares de la paciente; en nota médica de fecha 19 de septiembre de 2020 es **VI2** a quien se le proporcionó información sobre el estado de salud de la paciente.
- d) En el análisis del expediente clínico de la agraviada, se puede observar que NO CUMPLE con lo especificado en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, toda vez que no se encuentran: hojas de notas y registros clínicos de enfermería de los días 11, 14, 18 y 21 de septiembre del 2020, así como nota de indicaciones médicas de fecha 18 de septiembre del 2020. Asimismo, la atención brindada a la agraviada NO CUMPLE con lo especificado en la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, toda vez que a la agraviada no se le proporcionó la atención médica adecuada."

11.- Informe técnico-médico, de fecha 22 de marzo de 2022, emitido por el **Dr. MI1**, médico especialista en Medicina Legal, adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, quien dictaminó lo siguiente: (Fojas 63-86 del Tomo II)

MARCO TEÓRICO/NORMATIVIDAD

NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

Atención del embarazo y parto.

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

particular, con el parto prematuro. Tratamiento: La detección y el tratamiento pueden reducir el riesgo de parto prematuro y sus consecuencias.

5.5 Atención del parto. 5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico [...]

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea (...) y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.”

Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto; ocurre en el 10% de las gestaciones. La ruptura prematura de membranas de pretérmino (RPMP) es aquella que se presenta antes de las 37 semanas de gestación. Se clasifica en previsible, remoto del

término y cerca del término. La RPMP puede presentarse por diversos motivos, pero principalmente se debe a modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas. La etiología de la RPMP es multifactorial pero muchas mujeres pueden tener múltiples etiologías y factores asociados. El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se rompen las membranas (Scott T, 2001; Mercer B, 2003).

Dentro de los factores de riesgo para RPMP se encuentran infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales de cobre y ácido ascórbico, y sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo. El riesgo de recurrencia de RPMP es del 16 al 32% (ACOG, 2016; Mercer B, 2005). El riesgo de RPM en pacientes en quienes se realiza amniocentesis en el segundo trimestre es del 1.2% y el riesgo atribuible de pérdida del embarazo es del 0.6% (ACOG, 2016).

La RPMP previsible es la que ocurre antes de la viabilidad fetal. Este límite de viabilidad varía de acuerdo a cada institución y experiencia de su unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). En algunos países se le considera cuando es menor de 23 semanas de gestación. La RPMP que ocurre antes de las 26 semanas complica del 0.6 a 0.7% de los embarazos. El pronóstico neonatal es muy malo, ya que el nacimiento inmediato es letal (Mercer B, 2003)."

Diarrea aguda

La diarrea aguda, se define como el aumento en el contenido de líquido, volumen o frecuencia de las deposiciones (mayor que lo habitual para la persona), con una duración menor de 14 días. En adultos puede ser de origen infeccioso (virus, bacterias, parásitos y hongos), o no infeccioso (efectos adversos de medicamentos, enfermedades gastrointestinales, endócrinas, entre otras), la causa infecciosa más común es de etiología viral,

la cual suele ser autolimitada. Se debe realizar el historial clínico y de exposición detallado de las personas con diarrea, bajo cualquier circunstancia, incluso cuando existe un historial de enfermedades similares.

La historia clínica debe incluir el tipo y la duración de los síntomas, las condiciones médicas subyacentes, los viajes recientes y la terapia farmacológica reciente o actual. Se debe observar el inicio, duración, gravedad y frecuencia de la diarrea, con especial atención a las características de las evacuaciones (acuosa, con sangre, con moco, purulenta, entre otras).

El paciente debe ser evaluado en busca de signos de deshidratación que incluyan oliguria, sed, mareos y cambios en el estado mental. El vómito sugiere enfermedades virales o enfermedades causadas por ingestión de toxina bacteriana preformada. Los síntomas más sugestivos de diarrea bacteriana invasiva (inflamatoria) incluyen: fiebre, tenesmo y heces sanguinolentas.

Neuroinfección

La meningitis bacteriana aguda, es producto de la presencia de bacterias en el espacio subaracnoideo, con una consecuente reacción inflamatoria que comprende a su vez al parénquima (tejido) cerebral y las meninges.

Los factores de riesgo para adquirir meningitis aguda bacteriana dependen del agente causal. En los casos de meningitis neumocócica ocurre en pacientes con antecedentes de enfermedades como neumonía, otitis media aguda y sinusitis aguda. Los grupos con mayor riesgo incluyen pacientes de edad avanzada, fumadores, diabéticos, alcohólicos y quienes desarrollan rinorrea de líquido cefalorraquídeo posterior a una fractura de la base de cráneo.

El diagnóstico de una meningitis bacteriana aguda se basa en la exploración física completa. La tríada clásica constituida por fiebre, rigidez de cuello y alteraciones del estado mental

constituyen los síntomas más frecuentes en pacientes con meningitis bacteriana aguda. En un estudio prospectivo de 696 pacientes adultos con meningitis bacteriana adquirida en la comunidad, **se encontraron los siguientes signos y síntomas: cefalea (87%), rigidez de cuello (83%), fiebre >38°C (77%) y alteraciones del estado de conciencia (Escala de coma de Glasgow ≤14 puntos) en 69% de los casos.**

El diagnóstico de meningitis bacteriana aguda requiere de un alto índice de sospecha clínica. Se debe hacer diagnóstico diferencial con meningitis viral, micótica, tuberculosa, aséptica inducida por drogas o enfermedades inflamatorias (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, síndrome de Sjogren, etc), meningitis carcinomatosa o linfomatosa.

En casos con temperatura normal o moderadamente elevada acompañada de cefalea de inicio súbito considerar hemorragia subaracnoidea. En presencia de alteración del estado de conciencia, déficit neurológico focal o crisis convulsivas de reciente inicio aunadas a la presencia de la tríada clásica; el diagnóstico diferencial incluye encefalitis viral, trombosis del seno venoso, abscesos cerebrales y empiema subdural.

Muerte encefálica

La muerte encefálica es el equivalente a la ocasionada por un paro cardíaco, ya que el cerebro es esencial para la integración de todas las funciones críticas en el cuerpo. La definición de esta entidad es la siguiente: pérdida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como tronco encefálico. Este diagnóstico se realiza clínicamente.

La ausencia de reflejos de tallo determina la muerte encefálica. El tallo encefálico (o tronco encefálico) es la porción intermedia entre la médula espinal y el cerebro; está constituido por tres estructuras importantes:

a) Bulbo en donde se encuentran una gran cantidad de núcleos que controlan: 1. Ritmo respiratorio (núcleo respiratorio); 2. Núcleo cardíaco; 3. Núcleos de los pares craneales VI, VII, VIII, IX, X, XI y XII.

b) Protuberancia: se encuentra por arriba del bulbo con los núcleos IV, V, VI pares craneales.

c) Mesencéfalo porción más cefálica del tronco en donde encontramos los núcleos relacionados a la motricidad involuntaria, refleja y automatizada.

Los reflejos a investigar son los siguientes:

- Coma: escala de coma de Glasgow tres puntos.
- Reflejo pupilar: respuesta a la luz ausente, las pupilas permanecen en línea media, fija, con un tamaño entre 4 a 9 mm.
- Reflejos oculocefálicos y oculovestibulares.
- Ausencia de reflejos pontinos como reflejo corneal, mandibular, chupeteo.
- Reflejos bulbares como el reflejo nauseoso o carinal en estado patológico deben de estar ausentes.
- El bulbo controla eficientemente la respuesta vasoconstrictora manteniendo una frecuencia cardíaca adecuada, en ausencia de estímulos del centro circulatorio no habrá respuesta a la inyección de 0.5 mg de atropina o habrá la necesidad infundir vasoconstrictores para mantener una presión arterial adecuada.
- Finalmente, la ausencia de respuesta ante apnea, es uno de los criterios más importantes para determinar la muerte encefálica.

ANÁLISIS DEL CASO

*En el expediente enviado a revisión **no existe evidencia de que en la valoración del 8 de septiembre de 2020 a las 14:50 horas, se investigara el origen del proceso infeccioso** (al igual que en las valoraciones posteriores que se señalan más adelante), mismo que condicionó el incremento en el conteo de leucocitos para que con base en eso se ajustara el tratamiento antimicrobiano. Tal condición resulta relevante, ya que, desde*

su ingreso, la agraviada contaba con criterios de un proceso infeccioso.

El 9 de septiembre de 2020, la **Dra. APR13** de Ginecología y Obstetricia mencionó que la agraviada se encontraba con signos vitales dentro de parámetros normales (tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto) y señaló lo siguiente: "(...) sin actividad uterina, por el momento obstétricamente estable. En espera de completar manejo antibiótico, continúa con el mismo manejo (...)" En esta atención también **resulta evidente que se omitió buscar el origen del proceso infeccioso con el que cursaba la agraviada**, toda vez que, la ruptura prematura de membranas fue descartada, además [para ese momento] la paciente se encontraba bajo el cuidado del servicio especializado en Ginecoobstetricia."

(...)

En la nota de evolución del **11 de septiembre de 2020**, sin nombre de médico tratante, elaborada por el MIP (médico interno de pregrado), sin hora de elaboración, pero registrada como de turno vespertino; se señaló que la agraviada permanecía con buen estado general, con movimientos fetales y sin síntomas de elevación de la presión arterial, sin fiebre y sin pérdidas de líquido a través de vagina desde su ingreso. Describió que ese día le realizaron un nuevo ultrasonido en el cual no se observaron alteraciones, la cantidad de líquido amniótico era normal, además de que ya habían tomado el estudio de cristalografía, mismo que fue negativo (es decir, no tenía salida de líquido amniótico por vía vaginal, con lo que se descartó la ruptura prematura de membranas) y reportó **el resultado de la biometría hemática en el que presentaba leucocitos de 11,400 (elevados, ya que el límite normal es de 10800)**, lo que se traduce en **persistencia del proceso infeccioso; estableció el plan de vigilancia obstétrica sin realizar cambios en las indicaciones médicas;** respecto a la nota analizada en este párrafo, es menester señalar que el hecho de que solamente se encuentre firmada por el médico interno de pregrado sin firma del médico adscrito contraviene lo señalado

en la **Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado**; en relación a que las actividades de los médicos internos deben ocurrir sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión. Como se ha descrito previamente, la agraviada presentaba un proceso infeccioso, que si bien inicialmente presentó respuesta al tratamiento antimicrobiano empleado a pesar de que no identificaron la causa, **este día presentó de nueva cuenta incremento en el conteo de leucocitos sin que se describiera su trascendencia clínica y la posibilidad de falla del tratamiento antimicrobiano, o bien, de un nuevo proceso infeccioso en ciernes.**

Posteriormente, **el 12 de septiembre de 2020**, llama la atención que en el resumen clínico elaborado por el **Dr. APR8** (numeral 9) se detallan los antecedentes de **VD** en relación con esa hospitalización y mencionó que en ese momento se encontraba con signos vitales dentro de parámetros normales, tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto y temperatura de 36.8° c, además de que se encontraba "(...) neurológicamente estable, pupilas reactivas, buena coloración de tegumentos (...)", sin alteraciones a nivel abdominal y con una frecuencia cardíaca fetal normal de 145 latidos por minuto. Mencionó los hallazgos observados en el ultrasonido y en la biometría hemática del día previo, estableció los diagnósticos de egreso de gesta 2, cesárea 1 y embarazo de 34.2 semanas de gestación, **ordenó alta con cita a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia, aunque en indicaciones médicas registró cita a la consulta externa de Medicina Interna**, (numeral 10), **ultrasonido de control en una semana, cita abierta a urgencias y receta por fumarato ferroso 200 mg, sin tratamiento con antibiótico, cabe indicar que la paciente en su último reporte de laboratorios presentó cifras de leucocitos de 11,400, es decir fue dada de alta con proceso infeccioso activo.**"
(...)

Si bien, el conteo leucocitario durante el embarazo es elevado comparado con una persona no embarazada, **en este caso se encontraron cambios con incrementos bruscos, lo que se**

traduce en una falla del tratamiento antimicrobiano versus un nuevo foco infeccioso no identificado.

De este modo, es posible señalar que la atención proporcionada a la agraviada fue inadecuada a partir del 8 de septiembre de 2020 por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia: Dr. APR14, Dr. APR3, Dra. APR13, así como el médico que elaboró la nota del 10 de septiembre de 2020 (cuyo nombre aparece ilegible), médico a cargo de la agraviada el 11 de septiembre de 2020 (que no puso nombre en la nota de ese día), ya que ante datos de un proceso infeccioso no se investigó el origen del foco infeccioso y no se ajustó el tratamiento antimicrobiano. Del mismo modo, es posible señalar que el alta por mejoría indicada el 12 de septiembre de 2020 por el Dr. APR8 fue precipitada y el tratamiento indicado al egreso fue inadecuado, ya que aunque había presentado disminución en el conteo de leucocitos el día 9, el 11 de septiembre de 2020 se presentó una nueva elevación que aunque no era crítica ameritaba identificar la causa y se asociaba a una persistencia del proceso infeccioso; sin considerar su trascendencia clínica mencionando el posible origen, omitió solicitar estudios paraclínicos para identificar la causa, ni indicó tratamiento antimicrobiano ante la presencia de foco infeccioso al egreso (solo prescribió fumarato ferroso, suplemento con hierro para prevenir o tratar la anemia).

Las omisiones descritas previamente, condicionaron que no se identificara el foco infeccioso persistente ni se le administrara el tratamiento antimicrobiano específico, lo que produjo las complicaciones..., su deterioro y posterior defunción. Es menester señalar que estas omisiones contravienen lo estipulado en la literatura médica especializada; así como la normatividad médica vigente: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Posterior a la hoja de triage, obra nota de urgencias ginecológicas del 14 de septiembre de 2020 a las 14:20 horas (1 hora con 50 minutos de espera), realizada por el **Dr. APR5.**

(Numeral 12), quien describió que VD acudió por la presencia de dolor abdominal no obstétrico (es decir no ocasionado por contracciones uterinas), dolor de cabeza de intensidad moderada que mejora con la ingesta de paracetamol y evacuaciones líquidas verdosas en cantidad de 5 veces al día. Registró que negaba la presencia de tos, dificultad o síntomas respiratorios, además de que señaló el antecedente de que la agraviada había sido "... dada de alta hace 4 días por mejoría (...)".

Llama la atención que en la presente nota se aprecia que **el motivo de consulta descrito difiere con el registrado en la hoja de triage**, además de que también existe discrepancia con los signos vitales, ya que en esta valoración fueron descritos como normales: tensión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36.5°C, saturación de oxígeno 98%, por lo que se advierte que **existió una omisión por parte del Dr. APR5, al no tomar en consideración lo descrito por enfermería a su arribo a dicho nosocomio**.

Respecto de lo asentado en la nota en comento, es posible señalar que la atención médica fue **inadecuada**, debido a que omitió considerar el motivo de consulta asentado en la hoja de triage (cefalea intensa, dificultad respiratoria, evacuaciones diarreicas y tres días con fiebre), existió un interrogatorio médico incompleto en relación con la semiología (las características, es decir, tipo de dolor, duración, localización, irradiaciones, fenómenos acompañantes, atenuantes y exacerbantes) del dolor de cabeza, ya que solo mencionó que era de moderada intensidad y que cedía con paracetamol, condición que **contraviene lo señalado en 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. Dicha omisión es relevante, ya que como se analiza más adelante fue parte de la sintomatología persistente y asociada al padecimiento de gravedad que presentaba.**

Respecto del dolor abdominal, al igual que con el dolor de cabeza no estableció la semiología del mismo, en cuanto a la enfermedad diarrea, omitió investigar más elementos relacionados a ella como la terapia farmacológica reciente o actual, el inicio, duración, gravedad y frecuencia de la diarrea, con especial atención a las características de las evacuaciones (acuosa, con sangre, con moco o pus); al no especificar las características completas de la diarrea para sospechar una posible causa bacteriana, **la decisión de prescribir antibiótico fue inadecuada, además de que dicho antibiótico (amoxicilina) no se encuentra indicado para los microorganismos que más frecuentemente causan diarrea y que señala la literatura médica ad hoc**, entre la que se incluye la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención; del mismo modo, **ante la sospecha de "vaginosis", la indicación terapéutica de emplear amoxicilina fue inadecuada**, ya que los fármacos de elección para dicho padecimiento son metronidazol o clindamicina acorde con lo referido en la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de Atención.

En este sentido, es relevante indicar que las **omisiones** del **Dr. APR5**, al no considerar los signos vitales que fueron registrados en la hoja de triage y evidenciaban una paciente embarazada, con taquicardia, frecuencia respiratoria elevada y temperatura elevada de 37.7°C; cefalea intensa y dos días previos fue dada de alta del mismo hospital, **condicionaron que NO indicara su ingreso hospitalario para observación**; además, **en conjunto con el resto de las omisiones del 8 al 12 de septiembre del 2020, contribuyó a que no se le realizara un diagnóstico oportuno y se implementaran las acciones terapéuticas que ameritaba, lo que conllevó su deterioro y posterior defunción**. Es menester señalar que también estas omisiones contravienen lo estipulado en la Ley General de Salud (Artículo 51) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Artículos 8, 9, 72 y 73).

CONCLUSIONES

PRIMERA. La atención médica proporcionada a la extinta **VD** en el Hospital General de Tapachula "Dr. Manuel Velasco Suárez", perteneciente a la Secretaría de Salud de Chiapas **fue inadecuada** por los siguientes motivos:

- A partir del **8 de septiembre de 2020** por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia: **Dr. APR14, Dr. APR3, Dra. APR13**, así como el médico que elaboró la nota del 10 de septiembre de 2020 (cuyo nombre aparece ilegible), médico a cargo de la agraviada el 11 de septiembre de 2020 (que no puso nombre en la nota de ese día), **ya que no se investigó el origen del foco infeccioso que presentaba la agraviada y no se ajustó el tratamiento antimicrobiano.**

- **El alta por mejoría indicada el 12 de septiembre de 2020 por el Dr. APR8 fue precipitada y el tratamiento indicado al egreso fue inadecuado, ya que aunque había tenido disminución en el conteo de leucocitos el día 9, el 11 de septiembre de 2020 se presentó una nueva elevación que aunque no era crítica ameritaba identificar la causa; sin embargo no señaló su trascendencia clínica mencionando el posible origen, no solicitó estudios paraclínicos para identificar la causa, ni indicó tratamiento antimicrobiano ante la persistencia de foco infeccioso al egreso.**

Estas omisiones contravienen lo estipulado en la normatividad médica vigente que incluye la Ley General de Salud, Artículo 51, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 9.

- En la atención proporcionada el **14 de septiembre de 2020** por el **Dr. APR5**, existió un interrogatorio médico incompleto en relación con la semiología del dolor abdominal, la diarrea y prioritariamente el dolor de cabeza, así como una **inadecuada investigación de la causa y tratamiento.**

Dicha omisión es relevante ya que **el dolor de cabeza fue parte de la sintomatología persistente y asociada al padecimiento de gravedad (meningitis) que presentaba.** Estas omisiones contravienen lo estipulado en la literatura médica especializada relacionada entre las que se incluyen las Guías de Práctica Clínica: **Prevención, diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda en el paciente adulto en el Primer Nivel de Atención y**

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención; así como en la normatividad médica vigente que incluye la Ley General de Salud Artículo 51, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículos 9, 73 y 73, 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, numeral 5.3.1.3; tal como quedó asentado en el análisis de la presente opinión médica."

III.-SITUACIÓN JURÍDICA

12.- El 23 de septiembre de 2020, este Organismo radicó el expediente de queja **CEDH/0747/2020** en virtud de la comparecencia de **VI2**, quien interpuso queja a favor de **VD**, por presunta violación del derecho a la protección de la salud por parte del personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez", con residencia en Tapachula, de la Secretaría de Salud del Estado.

13.- El dictamen técnico-médico, de fecha 04 de octubre de 2021, emitido por la **Dra. MI**, médico general adscrita a esta Comisión Estatal, el cual permitió verificar la "[...] **responsabilidad médica por negligencia, dilación, omisión o mala práctica en la atención médica prestada a la agraviada [VD]** ...", debido a la atención médica deficiente recibida por VD el día 14 de septiembre de 2020, ya que "... el médico inició tratamiento antibiótico y sintomático, egresándola a su domicilio, sin realizar estudios de laboratorio para conocer el diagnóstico definitivo y así establecer el tratamiento adecuado para el agente causal que estaba causando el cuadro clínico; [...]".

14.- De modo coincidente con la opinión médica de la **Dra. MI**, el dictamen técnico-médico de 22 de marzo de 2022, suscrito por el **Dr. MI1**, médico especialista en Medicina Legal, adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, determinó que la atención médica proporcionada a **VD**, por parte del personal de

salud del nosocomio en comento resultó inadecuada a partir del **8 de septiembre de 2020** hasta el fallecimiento de la misma, toda vez que desde un inicio no se investigó el origen del foco infeccioso que presentaba **VD** y, por ende, no se realizó el ajuste correspondiente del tratamiento microbiano que permitiera reestablecer su salud.

15.- Los médicos tratantes de la hoy occisa **VD**, adscritos al Hospital General de Tapachula, de la Secretaría de Salud del Estado, incurrieron en **Responsabilidad profesional y negligencia médica**, al no haber indagado e investigado a profundidad sobre la posible causa de la persistencia en la sintomatología cursada por la paciente; de igual forma, incurrieron en una grave omisión al no ajustar los medicamentos prescritos para el tratamiento de sus malestares, ello al percatarse que los ya recetados no contribuían a mejora alguna en su estado de salud, indicando la prevalencia y agravamiento del cuadro infeccioso.

IV. OBSERVACIONES.

16.- Este Organismo es competente para conocer de quejas en contra de actos y omisiones de naturaleza administrativa que violen derechos humanos, cometidos por cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal, en términos de lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas.

17.- En ese sentido, en términos de lo dispuesto en el artículo 5o. de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, es competente para conocer de actos u omisiones de naturaleza administrativa, imputados a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un cargo o comisión de carácter estatal o municipal.

18.- En el caso concreto, nos encontramos ante una negligencia médica, que se traduce en responsabilidad administrativa y profesional, la cual surgió con motivo del menoscabo a la salud de **VD**, el cual tuvo su origen y es causa de la atención que le fue brindada.

19.- En tal virtud, el análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja **CEDH/0747/2020**, se desarrolló con un enfoque de máxima protección de los derechos humanos, a la luz de los estándares e instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en la materia, de criterios jurisprudenciales, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y tiene como objeto determinar que existieron violaciones al derecho a la protección de la salud, así como a la integridad personal por **negligencia médica** por parte del personal de salud adscrito al Hospital General de Tapachula, al no haber brindado la atención médica adecuada y oportuna para el mejoramiento del estado de salud de **VD**; dichas omisiones y mala praxis ocasionaron que **VD no recibiera un tratamiento adecuado** para atacar la neuroinfección que cursó.

20.- A tales efectos, la acreditación de la falta de garantía del derecho a la protección de la salud en perjuicio de **VD** se sustenta en el análisis de los informes médicos que realizó la **Dra. MI**, médico general adscrita a esta Comisión Estatal, en el cual precisó lo siguiente:

e) *En relación a la atención brindada, **SÍ existe responsabilidad médica, por negligencia, dilación, omisión o mala práctica en la atención médica prestada a la agraviada**, basándose en la atención proporcionada el día 14 de septiembre del 2020 a las 14:20 horas, **el médico inició tratamiento antibiótico y sintomático, egresándola a su domicilio y [omitió] realizar estudios de laboratorio para conocer el diagnóstico definitivo y así establecer el tratamiento adecuado para el agente causal que estaba causando el cuadro clínico; no tomando en consideración el antecedente de hospitalización reciente, al tratarse de una mujer embarazada debió de hospitalizarla para su observación correspondiente** (Sic).*

21.- La vulneración del derecho a la protección de la salud en agravio de **VD** fue confirmada por el dictamen técnico-médico de 22 de marzo de 2022, emitido por el **Dr. MI1**, médico especialista en Medicina Legal, adscrito a la Coordinación General de

Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. De manera muy puntual, el mencionado especialista fundamentó las razones técnicas y legales que llevaron a concluir que la atención proporcionada a **VD** en el Hospital General de Tapachula “Dr. Manuel Velasco Suárez” fue inadecuada. De tal suerte, **MI1** dictaminó lo siguiente:

- A partir del 8 de septiembre de 2020 por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia: **Dr. APR14, Dr. APR3, Dra. APR13**; así como el médico que elaboró la nota del 10 de septiembre de 2020 (cuyo nombre aparece ilegible); médico a cargo de **VD** el 11 de septiembre de 2020 (que no puso nombre en la nota de ese día), ya **que no se investigó el origen del foco infeccioso que presentaba la agraviada y no se ajustó el tratamiento antimicrobiano.**

- **El alta por mejoría, indicada el 12 de septiembre de 2020 por el Dr. MR8 fue precipitada y el tratamiento indicado al egreso fue inadecuado,** ya que aunque había tenido disminución en el conteo de leucocitos el día 9, [sin embargo,] el 11 de septiembre de 2020 se presentó una nueva elevación que, aunque no era crítica, **ameritaba identificar la causa;** [así también] **no señaló su trascendencia clínica mencionando el posible origen, no solicitó estudios paraclínicos para identificar la causa, ni indicó tratamiento antimicrobiano ante la persistencia de foco infeccioso al egreso.**

Estas omisiones contravinieron lo estipulado en la normatividad médica vigente que incluye la **Ley General de Salud, artículo 51, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 9.**

- En la atención proporcionada el **14 de septiembre de 2020** por el **Dr. APR5**, existió **un interrogatorio médico incompleto** en relación con la semiología del dolor abdominal, la diarrea y prioritariamente el dolor de cabeza, así como una **inadecuada investigación de la causa y tratamiento.**

Dicha omisión es relevante ya que el dolor de cabeza fue parte de la sintomatología persistente y asociada al padecimiento de gravedad (*meningitis*) que presentaba. **Estas omisiones contravienen lo estipulado en la literatura médica especializada**

relacionada;⁴ así como en la normatividad médica vigente que incluye la **Ley General de Salud (artículo 51); Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (artículos 9, 73 y 73) y 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, numeral 5.3.1.3...**"

Por lo anteriormente expuesto, puede deducirse la violación de los derechos humanos que a continuación se enlistan:

A. DERECHO A LA VIDA Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL, COMPRENDE EL DERECHO A LA SALUD.

22.- La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los demás derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. Asimismo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público (artículo 10). La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. Para lo que se requiere de la formación y aplicación efectiva de un orden normativo que respete y garantice plenamente el ejercicio de los derechos, y la supervisión eficaz y constante de la prestación de los servicios de salud de los que dependen la vida y la integridad de las personas.⁵

⁴ Guías de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en el primer nivel de atención y prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención.

⁵ Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 denoviembre de 2007. Serie C No. 171.

23.- Por su parte, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación precisa que el derecho a la protección de la salud posee naturaleza bidimensional ya que, por un lado, se halla la dimensión individual y, por otra parte, se proyecta la social. En este sentido, con relación al presente caso es de la mayor atingencia referir el siguiente criterio jurisprudencial:

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.

La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto de la protección de la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurar a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras".⁶

⁶ Tesis: 1a./J.8/2019 (10ª.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 63, t. I, 22 de febrero de 2019, p. 486.

24.- En otro orden de ideas, el artículo 1o., párrafos primero y tercero, de la Constitución Federal, preceptúa el deber de todas las autoridades del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la Constitución Federal y en los diversos tratados internacionales. En concordancia con ello, el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece el deber, por parte de los Estados, de respetar los derechos y libertades contenidos en ese instrumento regional, así como garantizar el libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a la jurisdicción estatal.

25.- En el caso que nos ocupa, la responsabilidad profesional y administrativa por parte de los médicos tratantes adscritos a una institución pública de salud del Estado, se actualizó por la falta de garantía del derecho a la salud de **VD**. Esto, debido a que el personal médico del Hospital General de Tapachula incumplió con la obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud de **VD** a causa una inadecuada y oportuna atención. Con relación a la problemática que nos ocupa, es pertinente traer a cuenta las siguientes consideraciones de la Primera Sala de la SCJN:

“DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE.

Criterio jurídico: La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determina que las autoridades del Estado que se encuentren directamente obligadas a garantizar el derecho humano a la salud deben brindar asistencia médica y tratamiento a sus pacientes usuarios de forma oportuna, permanente y constante; este último, además, debe ser entregado tomando en cuenta su estado de salud, así como sus requerimientos médicos y clínicos, tomando particular importancia cuando se trata de padecimientos en los que el éxito del tratamiento dependa, principalmente, del óptimo cumplimiento en la toma de medicamentos, es decir, en aquellos casos en los que la adherencia deficiente al tratamiento sea determinante para la progresión de la enfermedad.

Justificación: Ello, pues la lucha contra las enfermedades, en términos amplios, representa la práctica de esfuerzos individuales

y colectivos del Estado para facilitar la creación de condiciones que aseguren a las personas asistencia y servicios médicos, lo cual no se limita al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, sino también al tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades".⁷

V.- RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

26.- A partir de las evidencias analizadas, esta Comisión Estatal acreditó la **responsabilidad de carácter profesional y administrativa, atribuida a los médicos tratantes de VD, adscritos al Hospital General de Tapachula**; a consecuencia de la falta de cumplimiento del deber de diligencia para investigar el origen del foco infeccioso que cursó **VD** y, en consecuencia, la adecuación del tratamiento para combatir el proceso infeccioso severo (meningitis bacteriana).

Lo anterior contribuyó, en su conjunto, al agravamiento del cuadro infeccioso inicial presentado por **VD** desde la fecha de su primer ingreso al nosocomio en cuestión, favoreciendo la progresión de la meningitis bacteriana, así como la aparición de complicaciones secundarias que derivaron en el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

27.- Al respecto, resulta aplicable el siguiente criterio judicial sustentado por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito:

“RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del

⁷ Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 84, t. II, marzo de 2021, p. 1225.

médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término malpraxis (mala práctica médica) se ha acuñado para **señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la lex artis médica**, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; **este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada**. Por tanto, **la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado**".⁸

28.- En ese mismo sentido, y en referencia a las responsabilidades administrativas recaídas a dichos especialistas de la salud, cabe resaltar el pronunciamiento realizado por Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, el cual a la letra señala lo siguiente:

"RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE LABORAN EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD. SUS PARTICULARIDADES.

*En términos de los artículos **109, fracción III y 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, en su texto anterior a la reforma publicada en el Diario Oficial de la*

⁸ Tesis: I.4o.A.64 A (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XXV, t. III, octubre de 2013, p. 1890.

Federación el 27 de mayo de 2015, los servidores públicos que laboran en las instituciones públicas de salud tienen la obligación de acatar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones y, por ende, se encuentran sujetos a responder administrativamente cuando su actuación sea irregular. Así, aquéllos deben observar las obligaciones previstas en el artículo **8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos**, entre las cuales destaca la prevista en su fracción XXIV, que los constriñe a **abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público**, toda vez que la prestación de los servicios médicos es una de las ramas de la administración pública federal que mayor reglamentación tiene y cuya observancia por parte del personal médico, técnico y auxiliar, resulta ineludible, como es el caso de los artículos 32, 33, 166 Bis 15, fracciones VI y VIII, de la Ley General de Salud, **que definen a la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud**; establecen que las actividades de atención médica son preventivas, curativas (que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno), de rehabilitación y paliativas; e, imponen a los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, entre otras, **la obligación de garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento, así como respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la propia ley**".⁹

29.- En suma, las aludidas autoridades responsables incumplieron con el deber de garantizar o asegurar el derecho humano a la protección de la salud en perjuicio de VD. Garantizar un derecho humano conlleva la anulación de restricciones injustificadas, "así como la provisión de recursos o la facilitación de actividades que tiendan a

⁹ Tesis: I.10o.A.24 A (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 34, t. IV, septiembre de 2016, p. 2955.

lograr que todos se encuentren en aptitud de ejercer sus derechos fundamentales. La índole de las acciones dependerá del contexto de cada caso en particular; así, la contextualización del caso requiere que el órgano del Estado encargado de garantizar la realización del derecho tenga conocimiento de las necesidades de las personas o grupos involucrados, lo que significa que debe atender a la situación previa de tales grupos o personas y a las demandas de reivindicación de sus derechos".¹⁰

30. – En esta línea, la Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, ha explicitado que, con relación a la obligación de garantizar los derechos humanos, comporta al Estado el deber de “Tomar acciones que permitan a las personas el acceso a los derechos humanos y garantizar su disfrute cada vez que una persona (o grupo) no pueda, por razones ajenas a su voluntad, poner en práctica el derecho por sí misma con los recursos a su disposición. Implica crear la infraestructura legal e institucional de la que dependa la realización práctica del derecho; a diferencia de la obligación de proteger, el principal objetivo aquí es darles efectividad a los derechos. Esta obligación también incluye que los Estados deben tomar medidas para prevenir, investigar y sancionar las violaciones a los derechos humanos, así como reparar el derecho violado”.¹¹

31.- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha precisado que se actualiza una responsabilidad de las instituciones que conforman el aparato estatal, con independencia de aquella que corresponda de manera particular a las personas servidoras públicas, a quienes les compete conforme al marco jurídico aplicable el despliegue de acciones específicas para hacer efectivos esos derechos.¹²

¹⁰ Tesis: XXVII.3o. J/24 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 15, t. III, febrero de 2015, p. 2254.

¹¹ ONU-DH, 20 claves para conocer y comprender mejor los derechos humanos, 3ª Edición, 2016, p.14.

¹² Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 2/2017, 31 de enero de 2017, p. 451.

32.- En la presente Recomendación, los dictámenes médicos especializados permitieron acreditar la responsabilidad profesional y administrativa de los médicos tratantes en su carácter de servidores del sistema público de salud, al no haber brindado la atención médica adecuada y oportuna, al igual que necesaria para el restablecimiento del estado de salud de **VD**, así como el hecho de no brindarle la debida atención y eventual seguimiento clínico a la sintomatología persistente que presentaba. Dichas omisiones y mala praxis ocasionaron que **VD no recibiera el tratamiento adecuado y oportuno** para combatir el proceso infeccioso severo (**meningitis bacteriana**) que cursó, lo cual favoreció la progresión y agravamiento de la patología infecciosa y de sus complicaciones, ocasionando su eventual deceso.

33.- Por último, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos considera oportuno traer a cuenta las exigencias contenidas en las fracciones I y VII del artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Chiapas, las cuales fueron incumplidas por las personas servidoras públicas intervinientes en los hechos que dieron lugar a la vulneración del derecho a la protección de la salud en perjuicio de **VD**. De tal suerte, las normas inobservadas refieren lo siguiente:

Artículo 7. Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices:

I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

VI.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

34.- La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, a través de la presente Recomendación, considera que los hechos descritos configuraron la violación del deber de proteger y garantizar el derecho a la protección de la salud; dicha vulneración trascendió negativamente respecto de los derechos a la integridad personal y a la vida en perjuicio de **VD**. Por tanto, la consecuencia jurídica que comporta dicha vulneración actualiza la obligación de reparar, prevista por el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

35.- A este respecto es importante resaltar que el sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos constituye una de las vías previstas en el ordenamiento jurídico mexicano para lograr el derecho a la reparación integral en favor de las víctimas, el cual es consecuencia de la responsabilidad en que incurrieron los agentes del Estado. En la especie, las precitadas violaciones de los derechos humanos en agravio de **VD**, víctima directa de violación del derecho a la protección de la salud, obligan a la autoridad responsable a reparar el daño causado. En este sentido, de acuerdo con la Corte IDH, las reparaciones consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer, en lo posible, los efectos de las violaciones cometidas.¹³

36.- El deber de reparar las violaciones de derechos humanos de **VD**, víctima directa de violación del derecho a la protección de la salud, deriva de la responsabilidad del Estado por el incumplimiento de la normativa en materia de salud indicada en párrafos arriba y de las obligaciones contraídas en el marco jurídico internacional. Una violación de derechos humanos constituye una hipótesis normativa acreditable y declarable, siendo la reparación integral del daño la consecuencia jurídica de aquélla.¹⁴

¹³ Corte IDH, Caso Ximenes López vs. Brasil; Caso Baldeón García; Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay; y Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144, párr. 297.

¹⁴ García Ramírez, Sergio, *La Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2007, p. 303.

37.- Ahora, por lo que hace al marco regulatorio específico, la Ley General de Víctimas en el artículo 1o. establece que: "... La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del citado hecho victimizante".¹⁵

38.- Vinculado con lo anterior, la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, prevé en el artículo 1o. que tiene por objeto crear los procedimientos, mecanismos e instituciones que permitan garantizar su plena efectividad en el Estado, en materia de atención, ayuda, asistencia, acceso a la verdad, a la justicia y a la reparación integral de las víctimas de delitos del fuero común y de violaciones de derechos humanos cometidas por servidores públicos estatales o municipales. Y con relación al cumplimiento de los fines de la ley, dispone el artículo 19 que es la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas el organismo competente.

39.- En esta dirección, es la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para el Estado de Chiapas el organismo especializado y facultado por ley para desplegar e instrumentar las políticas, servicios y acciones encaminadas a garantizar los derechos en materia de atención y reparación a las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos que han sido perpetrados por servidores públicos del ámbito estatal y municipal. En tal virtud, y con fundamento en los artículos 1º, 2º, 88, fracciones II, VIII, XXIII, XXVII; 95, fracciones VII, VIII, XI; 96, 106 y 110, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, 46 y 47 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, es pertinente que dicha Comisión inscriba a las víctimas indirectas en el Registro Estatal

¹⁵ "Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: IX. Hecho victimizante: Actos u omisiones que dañan, menoscaban o ponen en peligro los bienes jurídicos o derechos de una persona convirtiéndola en víctima. Éstos pueden estar tipificados como delito o constituir una violación a los derechos humanos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales de los que México forme parte."

de Víctimas, por tal razón, se estima necesario remitir a dicho organismo una copia de la presente Recomendación para los efectos legales a los que haya lugar.

40.- Ahora bien, una vez determinadas las violaciones de los derechos humanos cabalmente acreditadas, corresponde a esta institución protectora de derechos humanos abordar lo relativo a las medidas reparatorias a las que tienen derecho las personas afectadas y son desprendibles de los hechos victimizantes que fueron expuestos en la presente recomendación. Por lo que, con base en el precepto 110, fracción IV de la Ley General de Víctimas, esta Comisión Estatal reconoce la calidad de víctima a **VI1, VI2, VI3, VI4, VI5**. Por tanto, este organismo determina procedente solicitar la implementación de medidas reparatorias de rehabilitación, satisfacción, compensación y de no repetición.

41.- En tal virtud, a consecuencia de la responsabilidad profesional y administrativa en que incurrieron los médicos tratantes adscritos al Hospital General de Tapachula de la Secretaría de Salud del Estado, las aludidas víctimas tendrán derecho a disfrutar de las siguientes medidas de reparación:

- a) **Rehabilitación:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 27, fracción II de la Ley General de Víctimas, la rehabilitación “busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos”. En tal virtud, se deberá garantizar a **V2, V13, V14, V15**, la atención psicológica y/o psiquiátrica que requieran, por la afectación que sufrieron derivada de las violaciones a los derechos humanos de **VD**. Dicha atención deberá ser proporcionada por personal especializado y prestarse de forma continua hasta su total sanación psíquica y emocional. Atención psicológica que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, en el lugar en que las aludidas víctimas se encuentren, o bien, en el centro público de salud más cercano a su residencia y bajo previo consentimiento informado de cada una de ellas.

De resultar necesario, brindar la atención y seguimiento médicos oportunos al menor de edad **VII**.

- b) **Satisfacción:** Por lo que hace a esta clase de medidas, la aludida legislación prevé que tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas (artículo 27, fracción IV). Por tal razón, esta Comisión Estatal solicita a la Secretaría de Salud que instruya al Órgano Interno de Control para que inicie el Procedimiento de Responsabilidad Administrativa en contra de las personas servidoras públicos que han incurrido en actividad administrativa irregular al no haberle brindado a la agraviada, la atención, seguimiento y tratamiento médico oportunos. En este contexto, dicho procedimiento deberá orientarse al esclarecimiento de la actividad administrativa irregular, así como a la determinación de responsabilidades y aplicación de sanciones que conforme a derecho correspondan.
- c) **Medidas de compensación:** consistente en una reparación integral, que incluya el concepto de daño emergente y lucro cesante, así como el daño inmaterial (afectación psicológica) a cargo de la Secretaría de Salud del Estado, que deriva directamente de la responsabilidad institucional de esa dependencia del Estado por las omisiones que han quedado sustentadas en el capítulo de Observaciones.

En este rubro, la Secretaría de Salud deberá realizar las gestiones necesarias ante la Secretaría de Educación a fin de que **VI5 y VI1**, puedan disponer de becas y los apoyos necesarios que les faciliten continuar con sus estudios.

- d) **No repetición:** la Secretaría de Salud del Estado deberá diseñar e impartir en un término razonable, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de

accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como concerniente al contenido de 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 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, dirigido a todo el personal médico del Hospital General de Tapachula, esto con el fin de prevenir que hechos similares a los del presente caso vuelvan a repetirse.

42.- Por otra parte, cabe añadir que este organismo público de derechos humanos exhorta a todas las autoridades del orden estatal y municipal a cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible contenidos en el instrumento Agenda 2030. En la especie, se demanda de esa Secretaría de Salud que, en el cumplimiento de las recomendaciones fijadas por este organismo, alinee sus actuaciones al Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, meta 3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y su correspondiente indicador 3.1.1 Tasa de mortalidad materna.

43.- Así como la meta 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos y su correlativo indicador 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos).

44.- Por tanto, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos con fundamento en lo establecido por los artículos: 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; igualmente, los artículos 18, fracciones IV y XVIII, 27, fracción XXVIII, 37, fracción V, 38, 43, 51, 64, 66, 67, 69, 71 y 72 de la Ley de la Comisión

Estatutal de los Derechos Humanos, determina procedente la formulación de las siguientes recomendaciones:

VII.- RECOMENDACIONES.

A Usted, **C. DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS**, en su carácter de Secretario de Salud, respetuosamente, se le solicita ordenar la cabal instrumentación de los siguientes puntos recomendatorios:

PRIMERO. - Instruir la inscripción de **VI1, VI2, VI3, VI4, VI5**, en el Registro Estatal de Víctimas con el objeto de que estén en posibilidad de acceder al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

SEGUNDO. - Que se proporcione a **VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5**, la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica especializada que requieran, por los daños causados derivados de las violaciones a los derechos humanos de **VD**.

TERCERO. - Realizar las gestiones necesarias ante la Secretaría de Educación del Estado de Chiapas, a fin de que **VI5 y VI1**, puedan disponer de becas y los apoyos necesarios que faciliten continuar con sus estudios.

CUARTO. - Instruir a la unidad administrativa o de apoyo competente de esa Secretaría de Salud, el diseño e impartición, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como concerniente al contenido de 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 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, dirigido a todo el personal médico del Hospital General de Tapachula, esto con el fin de prevenir que hechos similares a los del presente caso vuelvan a repetirse.

QUINTO. - Instruir al Órgano Interno de Control para que inicie el Procedimiento de Responsabilidad Administrativa en contra de las personas servidoras públicos que incurrieron en actividad

administrativa irregular al no haber brindado oportunamente a **VD**, la atención, seguimiento y tratamientos médicos necesarios.

SEXTO - Designar a una persona servidora pública que desempeñe la tarea de enlace con esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos con el fin de dar seguimiento y cumplimiento a los puntos recomendatorios arriba expuestos. En caso de que esta responsabilidad sea transferida a otra persona, tal circunstancia deberá ser notificada oportunamente a este Organismo Estatal.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene carácter público y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 67, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

Con el mismo fundamento jurídico, le solicito que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación sean enviadas a esta Comisión Estatal dentro del término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos

102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 27, fracción XVIII y 70, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Congreso del Estado, su comparecencia a efectos de que explique el motivo de su negativa.

LIC. JUAN JOSÉ ZEPEDA BERMÚDEZ
PRESIDENTE

C.c.p. Mtra. Alejandra Elena Rovelo Cruz, Directora General de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para el Estado de Chiapas.