

RECOMENDACIÓN NO. 127/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3 EN EL HOSPITAL REGIONAL “1 DE OCTUBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2023

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2021/7911/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Regional “1 de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo

segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas, son los siguientes:

Denominación	Claves
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto	GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor Hospitalizado	GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium
Hospital Regional “1 de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la Ciudad de México	HR “1 de Octubre”
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”	NOM-Del expediente clínico
Normal Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “De la Educación en Salud, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas”	NOM-De Residencias Médicas
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

5. El 27 de julio, 2 y 5 de agosto de 2021, QVI presentó quejas ante esta CNDH por la atención médica brindada a su **parentesco** V, de 66 años al momento de los hechos, en el HR “1 de Octubre”, al cual ingresó el 24 de mayo de esa anualidad para la práctica de una cirugía de columna que se llevó a cabo el 28 de ese mes y año por el servicio de Ortopedia, la cual les indicaron fue “exitosa”, por lo que aproximadamente tres semanas después fue dado de alta; sin embargo, el 28 de junio de 2021 ingresó al servicio de Urgencias de ese nosocomio por presentar fiebre, baja saturación de oxígeno y de presión arterial, pérdida de conocimiento y sofocamiento.

6. Agregó que una vez que ingresó V, se le realizaron estudios, los que arrojaron la presencia de una bacteria; asimismo, fue valorado por las especialidades de Medicina Interna, Geriátrica, Endocrinología e Infectología, pero ninguna de éstas le estaba dando seguimiento al estado de salud de V, quien se encontraba con infección en sangre, episodios de delirium, afectación neurológica, además de contar con sondas para alimentarlo y para evacuar, por lo que solicitó la intervención de este Organismo Nacional, a fin de que V recibiera una atención

médica oportuna y digna.

7. En atención a las quejas presentadas, el 27 y 28 de julio, así como 5 de agosto de 2021, este Organismo Nacional solicitó la intervención del personal del ISSSTE a efecto de que V recibiera la atención médica que necesitaba, instancia que en la última fecha citada informó que estaba siendo atendido en tiempo y forma por varios servicios de especialidades con motivo de sus comorbilidades, a pesar de lo cual se estaba deteriorando su salud; posteriormente, se informó que lamentablemente V, falleció el **fecha de fallecimiento** en la unidad de terapia intensiva.

8. Al respecto, QVI manifestó que el deceso de V se debió a la negligente atención médica que se le brindó y a las secuelas que presentó posterior a la operación de columna que se le realizó; por lo que con el propósito de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio, se inició el expediente **CNDH/1/2021/7911/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes respecto de la atención médica que se le brindó en el HR “1 de Octubre”, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escritos de queja de 27 de julio, 2 y 5 de agosto de 2021, en los que QVI señaló su inconformidad por la atención médica brindada a V en el HR “1 de Octubre”.

10. Correos electrónico de 27 y 28 de julio, así como 5 de agosto de 2021, por los cuales personal de este Organismo Nacional hizo del conocimiento del ISSSTE la problemática a efecto de lograr una solución a la queja planteada.

11. Correo electrónico de 5 de agosto de 2021, por el que personal del ISSSTE envió el oficio 090201/2.6.3.1/244/2021 de 3 de agosto de 2021, suscrito por el jefe del servicio de Ortopedia del HR “1 de Octubre”, a través del cual se brindó un informe respecto a la atención médica que se estaba otorgando a V.

12. Correo electrónico de **fecha de fallecimiento** por el que personal del ISSSTE hizo del conocimiento de esta CNDH, que en esa fecha falleció V en el área de Terapia Intensiva del HR “1 de Octubre”.

13. Acta circunstanciada de 1 de septiembre de 2021, en la que se asentó que QVI corroboró el fallecimiento de V y, señaló que el motivo de su deceso fue a causa de una negligencia médica en la operación de columna que se le practicó y en la atención de las secuelas que presentó, por lo que solicitó se investigaran los hechos.

14. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/626-3/22 de 4 de febrero de 2022, por el que el ISSSTE adjuntó el diverso 090201.1/228/Q-067/2021 de 27 de diciembre de 2021, mediante el cual se remitió copia del expediente clínico de V generado en el HR “1 de Octubre”, del cual destacó lo siguiente:

14.1 Nota de ingreso de 24 de mayo de 2021, suscrita por personal médico del servicio de Ortopedia, en la que se señaló a V con antecedentes

condición de salud

[REDACTED] y se inició el protocolo quirúrgico correspondiente para intervención el 28 de ese mes y anualidad.

14.2 Nota de evolución de 27 de mayo de 2021 elaborada por personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia, quien reiteró el diagnóstico de V e indicó que se le practicaría una instrumentación toracolumbar⁶.

14.3 Hoja de operaciones del Sistema de Estadística de Medicina Curativa, Hospitalaria y Preventiva de las 08:00 horas de 28 de mayo de 2021, elaborada por AR2, médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia, quien asentó que en esa fecha se realizó a V una descompresión posterior de L2, L3, L4⁷ e instrumentación de T11 a S1, durante la misma se requirió de la transfusión de cuatro concentrados de glóbulos rojos y cuatro de plasma fresco y mantuvo una presión arterial media.

14.4 Hoja de registro clínico de enfermería, Unidad de Recuperación Posanestésica elaborada a las 21:00 horas del 28 de mayo de 2021, por

¹ Enfermedad crónica controlable que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica por arriba de 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg.

² Se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo.

³ Es una desviación de la columna resultado de una degeneración progresiva de los elementos de una columna previamente recta, en la edad madura, tiene una prevalencia de 6 a 68%.

⁴ Décima segunda vértebra torácica.

⁵ También llamada base sacra, es el extremo superior más ancho del sacro de forma triangular.

⁶ El manejo quirúrgico a través de instrumentos especializados que tiene como objetivo descomprimir el tejido nervioso lo mejor posible y proveer estabilidad a la columna con el menor número de segmentos fusionados.

⁷ La columna lumbar está constituida por cinco vértebras (L1, L2, L3, L4 y L5) y son las vértebras más grandes de la columna vertebral.

personal de ese servicio, quien reportó a V con hipotensión⁸ de 87/50 mmHg, que fue manejada con solución fisiológica⁹ y solución de Hartman¹⁰.

14.5 Nota de alta de la Unidad de Cuidados Post anestésicos de las 21:30 horas de 28 de mayo de 2021, en la que personal de ese servicio reportó a V hemodinámicamente estable¹¹.

14.6 Solicitud de interconsulta del servicio de Traumatología y Ortopedia de 29 de mayo de 2021, en la que se asentó que V cursaba con hipotensión y somnolencia, por lo que requería valoración de Medicina Interna.

14.7 Nota de valoración del servicio de Medicina Interna de las 18:40 horas de 29 de mayo de 2021, en la que AR1, médico adscrito a ese servicio, reportó a V en estado grave, **condición de salud**

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] motivo por el cual sugirió cambio de antibiótico, uso

⁸ Sucede cuando la presión arterial es mucho más baja de lo normal (120/80 mmHg.).

⁹ La solución salina o suero fisiológico tiene como principio el cloruro de sodio, o sal, su uso está enfocado en combatir los estados de deshidratación por pérdidas salinas, además de ser el vehículo para administrar y rebajar los medicamentos y electrolitos.

¹⁰ Proporciona agua y los tres cationes de mayor importancia en el organismo (sodio, potasio y calcio), usada para terapia intravenosa.

¹¹ Presión arterial normal y estable.

¹² Normalmente el corazón late entre 60 y 100 veces por minuto.

¹³ La frecuencia respiratoria normal para una persona adulta es de entre 12 y 20 respiraciones por minuto.

¹⁴ La sepsis ocurre cuando las sustancias químicas liberadas en el torrente sanguíneo para combatir una infección desencadenan una inflamación en todo el cuerpo.

¹⁵ Afección en la que los riñones dejan de filtrar los residuos de la sangre repentinamente.

¹⁶ Respuesta del organismo ante una infección de tracto urinario, en la que ocurre una disfunción orgánica.

de aminos vasoactivas¹⁷.

14.8 Nota de evolución de 30 de mayo de 2021, en la que AR2, reportó a V consciente, orientado, cardiovascular estable con presencia de aminos, micciones presentes, evacuaciones pendientes, dolor toracolumbar 6/10 de EVA¹⁸ con analgésicos¹⁹, reflejos osteotendinosos²⁰ nulos bilaterales; solicitó interconsulta a Cardiología y continuar manejo médico a base de soluciones, protector de mucosa gástrica, analgésicos, antibióticos²¹, diuréticos²², antiinflamatorios, antihipertensivo²³, antineurítico²⁴, amina vasoactiva y anticoagulante²⁵.

14.9 Nota de evolución de 31 de mayo de 2021 de las 10:00 horas, en la que AR2 describió que V se encontraba recién operado de abordaje lumbar, posterior e instrumentación de T11-S1, con diagnóstico de escoliosis degenerativa toracolumbar, probable urosepsis²⁶, delirium²⁷ postquirúrgico,

¹⁷ Medicamento utilizado para tratar el choque circulatorio y aumentar la presión arterial baja.

¹⁸ Escala visual analógica del dolor (EVA), permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad, se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: 1 dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3; 2 dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7; 3 dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

¹⁹ Medicamentos para suprimir o aliviar la sensación dolorosa.

²⁰ Son aquellos en los que la respuesta se obtiene por la aplicación de un estímulo mecánico (golpe con el martillo de reflejos) sobre los tendones y ocasionalmente, sobre el hueso o el periostio.

²¹ Medicamentos utilizados para tratar infecciones bacterianas.

²² Tipo de medicamento que hace que los riñones produzcan más orina.

²³ Medicamento para el control de la hipertensión arterial.

²⁴ Medicamentos que actúan inhibiendo los impulsos dolorosos de la médula espinal.

²⁵ Medicamento que evitan la formación de coágulos sanguíneos.

²⁶ Infección de las vías urinarias.

somnolencia, sujeción a la cama, estado de hidratación deficiente, poco cooperador; Glasgow de 14 puntos²⁸; miembros pélvicos con fuerza muscular 5/5 bilateral²⁹; sin datos de liberación piramidal³⁰; resto de exploración asignológica³¹; solicitó nuevos laboratorios, urocultivo y hemocultivo.

14.10 Nota de valoración de las 17:32 horas de 31 de mayo 2021, en la que PMR adscrito al servicio de Cardiología reportó a V sin sintomatología cardiovascular, electrocardiograma³² normal, troponina³³ ligeramente elevada concordante con patología de choque séptico³⁴, riesgo de lesión miocárdica³⁵, se descartó síndrome isquémico coronario agudo³⁶; se indicó manejo por Medicina Interna por múltiples comorbilidades como choque séptico, lesión renal aguda y endocrinopatías³⁷.

²⁷ Alteración grave de las capacidades mentales que resulta en pensamientos confusos y una consciencia reducida del entorno.

²⁸ Método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8.

²⁹ La escala de Daniel es una herramienta utilizada para medir la fuerza de los músculos en el cuerpo humano, especialmente en pacientes con trastornos neuromusculares o lesiones localizada. En el punto 5 el músculo se contrae y efectúa el movimiento en toda su amplitud.

³⁰ También conocido como síndrome piramidal es un trastorno con síntomas diversos provocado por la lesión de neuronas involucradas en el control muscular.

³¹ Se utiliza para indicar que no presenta signos o síntomas de enfermedad.

³² Procedimiento simple que registra la actividad eléctrica del corazón.

³³ Es un tipo de proteína que se encuentra en los músculos del corazón, normalmente, la troponina no está en la sangre. Cuando el músculo del corazón sufre un daño, libera troponina al torrente sanguíneo; a medida que el daño en el corazón aumenta, se libera más troponina en la sangre. Los niveles altos de troponina en la sangre pueden indicar que la persona está teniendo o que ha tenido recientemente un ataque al corazón.

³⁴ Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

³⁵ Afección que se manifiesta con una elevación de las troponinas cardíacas.

³⁶ Es un conjunto de padecimientos del corazón, caracterizado por un aporte insuficiente de sangre al músculo cardíaco (miocardio) debido a una obstrucción en el flujo sanguíneo.

³⁷ Alteración hormonal fisiológica.

14.11 Nota de valoración de las 11:30 horas de 1 de junio de 2021, en la que AR3, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, reportó a V con deterioro hemodinámico y neurológico, delirium y agitación psicomotriz, consciente, orientado, atado a la cama, entiende y comunica órdenes, campos pulmonares con hipoventilación³⁸ basal³⁹ bilateral y estertores subcrepitantes⁴⁰ bilaterales, aun con apoyo de aminas, tendencia a la somnolencia, leucocitos⁴¹ elevados, azoemia prerrenal leve⁴², datos de sepsis importante, por lo que, sugirió continuar con antibiótico, agregar esteroides⁴³ en dosis bajas, rayos x de tórax, gasometría⁴⁴ y revaloración por el servicio de Medicina Interna.

14.12 Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 2 y 3 de junio de 2021, en las que AR2 reportó a V somnoliento, desorientado, la herida quirúrgica con secreción serohemática abundante y señaló que de los resultados de laboratorio se advirtió anemia leve; prescribió transfundir

³⁸ Respiración demasiado superficial o demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo. Si una persona se hipoventila, el nivel de dióxido de carbono en el cuerpo se eleva. Esto ocasiona una acumulación de ácido y muy poco oxígeno en la sangre.

³⁹ Que forma parte de la base o la parte inferior de algo, o de la magnitud de una función orgánica, en relación con su nivel mínimo para que subsista: capa basal, membrana basal, metabolismo basal.

⁴⁰ Se originan por la presencia de líquido o exudado en los bronquios y alvéolos, son intermitentes o discontinuos, predominan en la inspiración. Los crepitantes finos o subcrepitantes se originan en los alvéolos, se imita el ruido de estos al efectuar fricción entre el dedo y el índice de un mechón de cabello.

⁴¹ Son un tipo de célula que pertenece al torrente sanguíneo y que tiene funciones relacionadas con la protección del organismo ante agentes infecciosos, bacterias o virus.

⁴² Es un nivel anormalmente elevado de productos de desechos nitrogenados en la sangre. La azotemia ocurre cuando la presión del flujo sanguíneo hacia el riñón se reduce, provocando que los desechos que procesan y excretan los riñones a través de la orina, se detenga, esto provoca la acumulación de sustancias nitrogenadas, cuando estas sustancias quedan en el organismo, empiezan a lesionar órganos y tejidos.

⁴³ Utilizados para ayudar con la inflamación, la rigidez y el dolor del cuerpo.

⁴⁴ Una prueba de gasometría arterial mide la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre, así como la acidez en la sangre, a esto se le llama equilibrio ácido-base o nivel de pH.

paquete globular⁴⁵ y plasma fresco congelado; y señaló que el servicio de Medicina Interna sugirió incremento de corticoide⁴⁶.

14.13 Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 4 de junio de 2021, en la que AR2 reportó a V estable, con uresis⁴⁷ a través de sonda Foley⁴⁸, región abdominal blanda depresible⁴⁹, espasmo muscular⁵⁰ paravertebral⁵¹, sensibilidad 1 izquierda y 2 derecha⁵² en L3, L4, L5, S1, anemia leve, disminución de sangrado, así como de uso de aminas vasoactivas y mejoría del delirium, por lo que, indicó continuar con el mismo manejo médico.

14.14 Notas de evolución del Servicio de Traumatología y Ortopedia de los días 6 al 15, 17, 18 y 21 de junio de 2021, elaboradas por AR4 y AR2, en las que diagnosticaron a V con escoliosis degenerativa T12-S1, post operado de artrodesis posterior instrumentada⁵³ y descompresión neurológica⁵⁴; se le

⁴⁵ Son todas las células rojas que están presentes en la sangre (eritrocitos o hematíes), son los elementos más numerosos (cuantitativamente) presentes, uno de sus componentes principales es la hemoglobina y su función principal es la de transportar el oxígeno hacia los diferentes tejidos en un ser.

⁴⁶ Ayudan a reducir la inflamación, esto puede reducir los síntomas de las afecciones inflamatorias, como la artritis, el asma o los sarpullidos. Los corticoides también inhiben el sistema inmunitario, lo que puede ayudar a controlar las afecciones en las que el sistema inmunitario ataca por error sus propios tejidos.

⁴⁷ Proceso de secreción y eliminación de la orina.

⁴⁸ Es una sonda que se coloca en el cuerpo para drenar y recolectar orina de la vejiga.

⁴⁹ Que no presenta resistencia a la presión.

⁵⁰ Contracción involuntaria de un músculo, el cual se tensa de manera rápida y brusca y forma un bulto duro. Los espasmos musculares son muy dolorosos.

⁵¹ Que se sitúa al lado de la columna vertebral para sostenerla y permitir su movimiento.

⁵² Se destaca la importancia de que la sensibilidad de ambos lados sea la misma.

⁵³ Cirugía para fusionar de manera permanente dos o más huesos en la columna vertebral para que no haya movimiento entre ellos.

⁵⁴ La enfermedad por descompresión es un trastorno en el cual el nitrógeno, disuelto en la sangre y los tejidos debido a la alta presión, forma burbujas cuando la presión disminuye. El tipo más grave de enfermedad por descompresión (tipo II) suele producir síntomas neurológicos, que van desde

encontró con uresis a través de sonda Foley y evacuaciones presentes, palidez de mucotegumentaria⁵⁵, hidratado, consciente, desorientado, cooperador, con tendencia a la somnolencia, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso blando depresible, con peristalsis⁵⁶ presente, no doloroso, columna con arcometría⁵⁷ disminuida por dolor y espasmo muscular paravertebral, con herida quirúrgica en región toracolumbar cubierta por apósito estéril, con abundante trasudado serohemático⁵⁸; cursando buena evolución, con persistencia de leucocitosis⁵⁹, cultivos negativos a desarrollo bacteriano y posible proceso infeccioso en tejidos blandos⁶⁰.

14.15 Notas de evolución de 9, 10, 11, 14, 15, 18, 21 de junio de 2021, elaboradas por AR2, en las que señaló los niveles de fuerza muscular, sensibilidad y reflejos osteotendinosos que presentó V en esas fechas.

14.16 Hojas de indicaciones médicas del Servicio de Traumatología y Ortopedia elaboradas a las 08:00 horas de los días 6, 14 y 21 de junio de 2021, en las que AR2 prescribió a V un manejo médico a base de protector

un leve entumecimiento hasta parálisis y la muerte. La médula espinal es especialmente vulnerable.

⁵⁵ Pérdida anormal del color de la piel o de las membranas mucosas.

⁵⁶ Contracciones musculares que trasladan los alimentos al tracto digestivo.

⁵⁷ La medición de la movilidad articular, deber ser realizada diferenciando las mediciones por articulaciones para identificar las razones de la disminución de la amplitud de movimiento.

⁵⁸ Masa o bulto resultado de una acumulación de líquido transparente en un tejido, órgano o cavidad corporal.

⁵⁹ Recuento alto de glóbulos blancos en sangre.

⁶⁰ Los tejidos blandos del cuerpo conectan, sostienen y rodean los órganos y otras partes del cuerpo. Los tejidos blandos del cuerpo son los siguientes: mezcla de hueso y cartílago, tejido fibroso, músculos, tendones (cintas de fibra que conectan los músculos con los huesos), grasa, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios y tejidos que rodean las articulaciones.

de la mucosa gástrica, analgésicos antipiréticos⁶¹, remplazo de hormona de la tiroides⁶², antiinflamatorio esteroideo, antihipertensivo⁶³, antidepresivo, analgésico, analgésico opioide⁶⁴ (buprenorfina, tramadol), antihipertensivo ocular, antibiótico, anticoagulante, mejorador del tránsito intestinal, proteína plasmática⁶⁵ y laxante.

14.17 Hoja de egreso hospitalario de las 10:53 horas del 22 de junio de 2021, en la que AR2 hizo constar el alta de V por mejoría tras 29 días de estancia en el HR “1 de Octubre”, con postoperatorio tardío de adecuada evolución, herida a nivel de columna lumbar sin datos de infección o sangrado activo; indicó cita para revisión en consulta externa del servicio de Traumatología y Ortopedia de ese hospital en 2 semanas, con cita abierta a Urgencias.

14.18 Nota de ingreso al servicio de Urgencias de 28 de junio de 2021, suscrita por AR5, médica adscrita a ese servicio, quien reportó a V con ansiedad, desorientación, alucinaciones, periodos de agitación e inquietud intermitente, descenso de saturación hasta 80%, inmovilidad por cirugía de columna, con diagnósticos de delirium hipoactivo⁶⁶ a determinar causa,

⁶¹ Los analgésicos son fármacos que están indicados para el manejo sintomático del dolor; los antipiréticos son agentes útiles para descender la temperatura corporal en caso de fiebre (no suelen disminuir más de la temperatura corporal normal).

⁶² Se utiliza para tratar el hipotiroidismo (una afección donde la glándula tiroidea no produce suficiente hormona de la tiroides).

⁶³ Sustancia o procedimiento que reduce la presión arterial.

⁶⁴ Se conocen como analgésicos opiáceos los fármacos cuya acción analgésica se produce gracias a su interacción con los receptores opiáceos de las neuronas del sistema nervioso central, son los fármacos analgésicos más potentes con los que contamos en la actualidad.

⁶⁵ Son proteínas con un papel clave dentro del complejo proceso de reparación y regeneración de los tejidos. Su aplicación favorece y acelera los procesos de cicatrización y regeneración tisular.

⁶⁶ Dominado por síntomas de somnolencia e inactividad.

hipotiroidismo⁶⁷, insuficiencia suprarrenal⁶⁸; e indicó ingreso de V a observación.

14.19 Nota de evolución del servicio de Urgencias de 29 de junio de 2021, en la que AR6, médico adscrito a ese servicio, hizo constar que los laboratorios de ingreso de V arrojaron leucocitos elevados y tras 12 horas en observación lo diagnosticó con: delirio⁶⁹ vs encefalopatía metabólica⁷⁰, probable sepsis, cardiopatía isquémica⁷¹; a la exploración física observó al paciente con dolor en región dorsal, dehiscencia de herida quirúrgica⁷² de aproximadamente 2 cm con salida de pus en cantidad moderada, extremidades con monoparesia⁷³ de miembro pélvico izquierdo 2/5 (secuela de la cirugía), bolsa recolectora con presencia de sangre en orina.

14.20 Hoja de indicaciones médicas de las 08:00 horas del 29 de junio de 2021, en la que la AR5 prescribió a V continuar con manejo médico indicado el 28 del mismo mes y año, y agregó solución fisiológica intravenosa, antibiótico, solicitó interconsulta al servicio de Ortopedia y UCI, así como laboratorios y pruebas de función hepática.

⁶⁷ También denominado tiroides hipoactiva, ocurre cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del cuerpo.

⁶⁸ La insuficiencia suprarrenal, que incluye la enfermedad de Addison, es un trastorno que se presenta cuando las glándulas suprarrenales no producen la cantidad suficiente de ciertas hormonas; estas incluyen el cortisol, que es fundamental para la vida y conocido a veces como la "hormona del estrés".

⁶⁹ Estado mental que causa confusión, desorientación y no poder pensar o recordar con claridad.

⁷⁰ Es un problema en el cerebro, causado por un desequilibrio químico en la sangre producto de una enfermedad o por órganos que no funcionan correctamente.

⁷¹ Se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo.

⁷² Separación posoperatoria de la incisión; puede volver a suturarse o dejarse abierta para que cure por segunda intención después de eliminar el tejido necrótico (si está presente).

⁷³ Parálisis parcial o total de un miembro, ya sea superior o inferior (brazo o pierna) de nuestro cuerpo.

14.21 Nota de interconsulta de la UCI de las 13:20 horas de 29 de junio de 2021, elaborada por AR7, médico adscrito a ese servicio, quien reportó a V con proceso séptico, pero al momento de la valoración sin descompensación de enfermedad cardíaca de base ni falla orgánica, por lo que no cuenta con criterio para manejo en esa unidad y sugirió seguimiento por médico tratante.

14.22 Nota de interconsulta e ingreso al servicio de Traumatología y Ortopedia de 30 de junio de 2021, en la que AR2 reportó a V con herida quirúrgica con dehiscencia de 2 cm, presencia de exudado seropurulento⁷⁴ con mal olor, y solicitó su ingreso a piso de Ortopedia a cargo del servicio de Cirugía de Columna de ese hospital para tratamiento con impregnación de antibiótico y valoración de tratamiento quirúrgico.

14.23 Hoja de indicaciones médicas de las 13:45 horas de 30 de junio de 2021, en la que AR2 añadió al tratamiento establecido de V un tranquilizante, enema jabonoso⁷⁵, así como medidas antiescara⁷⁶, vendaje de miembros pélvicos y solución Hartman intravenosa.

14.24 Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 1 de julio de 2021, en la que AR2 asentó que V cursaba probable panhipopituitarismo⁷⁷; a la exploración física se advirtió desorientado, con puritan⁷⁸, exudado serohemático en zona proximal de herida abundante;

⁷⁴ Indica la presencia de una infección bacteriana.

⁷⁵ De agua jabonosa: compuesto por agua templada y jabón disuelto en ella. Se utiliza para dilatar el intestino, estimular el peristaltismo y lubricar las heces para fomentar los movimientos de intestino.

⁷⁶ Medidas para prevenir las úlceras por presión.

⁷⁷ Afección poco frecuente por la que la hipófisis deja de elaborar la mayoría de las hormonas. Las hormonas hipofisiarias ayudan a controlar el modo en que funcionan muchas partes del cuerpo.

⁷⁸ Apoyo mecánico ventilatorio.

solicitó interconsulta al servicio de Medicina Interna por estado neurológico y séptico agudo y laboratorios de control; pronosticó alto riesgo de complicaciones y morbilidad⁷⁹.

14.25 Nota de valoración del servicio de Medicina Interna de las 13:00 horas de 1 de julio de 2021, en la que AR8, médico adscrito a ese servicio, hizo constar que V presentaba febrícula y desaturación desde días previos; reportó a V con desorientación, somnolencia, herida dehiscente con secreción purulenta; por lo que, solicitó cultivo de herida quirúrgica, urocultivo, hemocultivo, perfil tiroideo, cortisol sérico e indicó continuar con manejo médico prescrito.

14.26 Nota de evolución de 3 de julio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia, elaborada por AR9, médico adscrito a ese servicio, quien reportó a V con dolor en herida quirúrgica, secreción purulenta hemática, sugirió manejo con antibióticos ya empleados, así como estrecha vigilancia, pronóstico reservado a evolución.

14.27 Nota de evolución de 6 de julio de 2021 del servicio de Geriatria, en la que AR10, médico adscrito a ese servicio, asentó que V cursaba con datos de infección de herida e hipoxia⁸⁰, con desorientación en tiempo lugar y persona, lengua húmeda no Brudzinski⁸¹, tórax con campos pulmonares hipoventilados, abdomen asigológico, sonda Foley drenando orina ámbar,

⁷⁹ Desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.

⁸⁰ Trastorno en el que hay una disminución del suministro de oxígeno a un tejido.

⁸¹ Término médico que proviene de la neurología, referido a un signo útil en la detección de meningitis.

herida en columna con secreción purulenta, miembros pélvicos no Babinski⁸², con datos de infección de herida quirúrgica, delirium, Katz G-Funcionalidad⁸³ dependiente y dolor; sepsis, probable infección de vías urinarias; solicitó diversos estudios y vigilar datos neurológicos.

14.28 Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de los días 7, 8 y 9 de julio de 2021, en las que AR2 reportó a V con diagnósticos de escoliosis degenerativa T12-S1, post operado artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica⁸⁴, cardiopatía isquémica y probable panhipopituitarismo; desorientado, poco cooperador; herida quirúrgica con exudado serohemático; bradicardia⁸⁵, rudeza respiratoria con mal manejo de secreciones, oxígeno suplementario a través de mascarilla reservorio⁸⁶, espasmo muscular paravertebral, solicitó interconsulta al servicio de Medicina Interna para ajuste de indicaciones, e indicó curación de herida cada 8 horas con antiséptico.

14.29 Nota de valoración de 9 de julio de 2021 del servicio de Medicina Interna, en la que AR11, médico adscrito a ese servicio, señaló que familiar refirió eventos de agitación psicomotriz, desorientación y agresividad de

⁸² Hallazgo clínico que se presenta cuando existen lesiones en las vías piramidales del sistema nervioso central.

⁸³ Valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Índice G-dependiente en todas las funciones.

⁸⁴ Es un problema en el cerebro, causado por un desequilibrio químico en la sangre derivado de una enfermedad u órganos que no funcionan tan bien como debieran, no por una lesión en la cabeza.

⁸⁵ La bradicardia es la frecuencia cardíaca baja. El corazón de los adultos en reposo suele latir entre 60 y 100 veces por minuto, una persona con bradicardia tiene un corazón que late menos de 60 veces por minuto.

⁸⁶ Sistema de bajo flujo que permite concentraciones próximas al 90% en óptimas condiciones, se emplea en la insuficiencia respiratoria porque permiten el aporte de altas concentraciones de O₂.

forma intermitente, obnubilado⁸⁷, desorientado, quemosis, orofaringe regularmente hidratada; solicitó electrocardiograma, cálculo de déficit de agua.

14.30 Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de las 11:00 horas de 11 de julio de 2021, suscrita por AR9, quien reportó a V con dolor lumbar, presencia de herida quirúrgica con dehiscencia a nivel de L1-12 y secreción purulenta fétida, con eritema⁸⁸ perilesional⁸⁹, en impregnación con antibiótico⁹⁰ altas probabilidades de complicarse debido a los diagnósticos que presentaba.

14.31 Nota de evolución y gravedad de 12 de julio de 2021, suscrita por AR2, quien lo reportó desorientado, poco cooperador, con puntas nasales, columna con arcometria disminuida por dolor y espasmo muscular para vertebral; herida quirúrgica con exudado serohemático en borde proximal de herida; con buena evolución general; interconsulta al servicio de Medicina Interna para ajuste de indicaciones, reiteró curación cada 8 horas con antiséptico en herida quirúrgica aún infectada; reportó a V con disminución de fuerza muscular, de la sensibilidad y de los reflejos, pronóstico reservado al ser paciente con alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

14.32 Nota de valoración del 12 de julio de 2021, en la que AR12, médica adscrita a ese servicio, reiteró los diagnósticos de V y asentó los resultados

⁸⁷ Estado de la persona que sufre una pérdida pasajera del entendimiento y de la capacidad de razonar.

⁸⁸ Inflamación superficial de la piel.

⁸⁹ Es aquella que se sitúa en los bordes de una herida, siendo un tejido especialmente vulnerable al daño.

⁹⁰ Se llama así al tope de la dosis terapéutica de un medicamento o tratamiento que un paciente puede recibir sin causarle efectos secundarios inaceptables.

de los laboratorios, de los que se advirtió hemocultivo⁹¹ sin desarrollo de bacterias, elevación de leucocitos; solicitó cultivos de herida quirúrgica, urocultivo y sugirió interconsulta al servicio de Infectología.

14.33 Notas de evolución y gravedad del servicio de Traumatología y Ortopedia de los días 13 al 16 y 18 de julio de 2021 elaboradas por AR2, así como de 17 del mismo mes y año, por AR4, quienes reportaron a V con escoliosis degenerativa T12-S1, postoperado artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica (sepsis), probable encefalopatía metabólica y panhipopituitarismo y uresis por sonda Foley; a la exploración desorientado, poco cooperador, con estado de consciencia alterado.

14.34 Nota de valoración del servicio de Infectología de 19 de julio de 2021, en la que AR13, médico adscrito a ese servicio, diagnosticó a V con síndrome confusional secundario a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica⁹², infección de herida quirúrgica, osteomielitis⁹³, infección en vías respiratorias bajas, con bacteriemia⁹⁴; señaló que los estudios arrojaron presencia de staphylococcus⁹⁵ y urocultivo contaminado.

14.35 Notas de evolución y de gravedad del servicio de Traumatología y Ortopedia de 19, 20, 21 y 22 de julio de 2021, en las que AR2 reportó a V

⁹¹ Es un examen de laboratorio para verificar si hay bacterias u otros microbios en una muestra de sangre.

⁹² Afección grave por la que se inflama todo el cuerpo.

⁹³ Inflamación del hueso ocasionada por una infección.

⁹⁴ Presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, puede producirse espontáneamente durante la infección de determinados tejidos, por el uso de sondas gastrointestinales o catéteres venosos o después de procedimientos odontológicos, digestivos, la curación de una herida u otras maniobras.

⁹⁵ Es un tipo de microbio que puede causar infecciones casi en cualquier parte del cuerpo.

desorientado, ocasional agresivo, cooperador, con mascarilla y sonda nasogástrica para nutrición enteral, atrofia muscular en 4 extremidades y equimosis probables asociadas a anticoagulante; solicitó estudio hematológico para interconsulta por servicios de Hematología y Medicina Interna.

14.36 Nota de valoración del servicio de Hematología de las 20:37 horas de 21 de julio de 2021, en la que AR14, médico adscrito a ese servicio, señaló que no se contaba con paraclínicos suficientes para la determinación de CID⁹⁶, por lo que se solicitarían para inicio de abordaje; encontró a V con anemia grado II⁹⁷ normocítica normocrómica⁹⁸, probablemente secundaria a deficiencia de hierro y enfermedades crónicas; sin indicaciones de apoyo transfusional de urgencia; indicó laboratoriales; con alto riesgo de sangrado y trombosis⁹⁹ asociada a estado actual; diagnóstico defecto de la coagulación no especificada.

14.37 Nota de valoración de las 09:30 de 22 de julio de 2021, en la que AR15, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, señaló que el motivo de la valoración fue por descontrol hipertensivo¹⁰⁰ y petequias¹⁰¹; familiar refirió a V inquieto, desorientado y con periodos de ansiedad, quejumbroso,

⁹⁶ *Coagulación Intravascular Diseminada*, trastorno que afecta la capacidad de coagulación de la sangre para detener el sangrado.

⁹⁷ Afección en la que la sangre no cuenta con suficientes glóbulos rojos sanos. La anemia grado II se caracteriza por ictericia (piel amarillenta ocasionada por la acumulación de bilirrubina en la sangre) y esplenomegalia (inflamación del bazo), a menudo provoca sobre carga de hierro y cálculos biliares.

⁹⁸ Un paciente con glóbulos rojos de color y forma normales.

⁹⁹ Formación de un coágulo en un vaso sanguíneo (arteria o vena), que impide el flujo de la sangre hacia los tejidos.

¹⁰⁰ Un aumento repentino y grave de la presión arterial.

¹⁰¹ Puntos redondos y pequeños de color púrpura o marrón debido al sangrado debajo de la piel.

con hiperactividad; regular estado de hidratación; con respuesta inflamatoria sistémica de origen sepsis de tejidos blandos; solicitó interconsulta a Endocrinología una vez obtenidos los cultivos de V, a Nutrición para ajuste de dieta, a Infectología por probable efecto secundario de antibiótico.

14.38 Nota de valoración del servicio de Hematología de las 17:29 horas de 23 de julio de 2021, en la que AR14 diagnosticó a V con anemia normocítica normocrómica grado III¹⁰², sepsis de tejidos blandos¹⁰³, candidato a eritropoyetina alfa¹⁰⁴; solicitó diversos estudios, así como transfusión de un concentrado eritrocitario¹⁰⁵, se reportó a V con grave, pronóstico malo para la vida y función a corto mediano plazo, alto riesgo de sangrado y trombosis.

14.39 Notas de valoración del servicio de Traumatología y Ortopedia de 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29 de julio de 2021, en las que AR2 y AR4, señalaron que se encontró a V desorientado en espacio y tiempo, familiar refirió malestar general, presencia de rigidez articular generalizada, dificultad para articular palabras, insomnio, dolor leve en sitio de la herida quirúrgica, letárgico; advirtieron atrofia muscular de las 4 extremidades, con deterioro neurológico.

¹⁰² En este tipo de anemia, los valores de los índices eritrocitarios son normales, al igual que el tamaño y color, pero la cantidad de hemoglobina es baja.

¹⁰³ Representan un conjunto de cuadros clínicos de etiología infecciosa con distinta expresión y gravedad, que afectan la piel y tejido celular; pueden ser leves hasta infecciones con elevada mortalidad, como la fascitis necrotizante.

¹⁰⁴ Medicamento que se usa para el tratamiento de la anemia causada por la enfermedad renal crónica; la epoetina alfa es una forma de eritropoyetina (sustancia que los riñones elaboran de manera natural) que se produce en el laboratorio; ayuda a la médula ósea a producir más glóbulos rojos.

¹⁰⁵ Tratamiento sustitutivo coadyuvante a un tratamiento primario de la causa que origina la anemia.

14.40 Nota de evolución del servicio de Hematología de las 18:47 horas de 29 de julio de 2021, elaborada por AR14, quien reportó a V con riesgo de coagulación intravascular diseminada¹⁰⁶, hipocalemia¹⁰⁷ severa; presencia de hematuria macroscópica¹⁰⁸, anemia corregida con apoyo transfusional y estado grave con pronóstico malo para la vida.

14.41 Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de los días 30, 31 de julio y 1 de agosto de 2021, suscritas por AR2 y AR4, quienes señalaron los diagnósticos ya descritos, así como probable hipopituitarismo¹⁰⁹; indicaron uso de sonda nasogástrica para alimentación enteral de V, quien presentó diarrea, palidez, desorientación, manejo de puntas nasales; se prescribió manejo antibiótico y antifúngico¹¹⁰.

14.42 Nota de valoración de 30 de julio de 2021, en la que personal médico del servicio de Endocrinología reportó a V con hipotiroidismo e hipocortisolismo¹¹¹.

14.43 Nota de evolución de 3 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia, elaborada por AR2, quien reportó a V con datos

¹⁰⁶ Enfermedad en la que se forman coágulos de sangre y trombos que obstruyen las venas pequeñas, dicha circunstancia altera todo el proceso de coagulación, lo que provoca hemorragias y sangrados excesivos.

¹⁰⁷ Nivel de potasio bajo en la sangre.

¹⁰⁸ Presencia de sangre en la orina, puede ser visible a simple vista o microscópica. La hematuria puede causar un trastorno del sangrado o ciertos medicamentos, o piedras, infecciones o tumores y se puede deber a una lesión en los riñones, en el tracto urinario, en la próstata o en los genitales.

¹⁰⁹ Afección en la cual la hipófisis no produce cantidades normales de algunas o todas sus hormonas.

¹¹⁰ Se usa para tratar las infecciones por hongos.

¹¹¹ Afección por la que hay demasiado cortisol (hormona que se elabora en la capa exterior de la glándula suprarrenal) en el cuerpo.

de delirium hipoactivo¹¹², probable conjuntivitis vs queratitis¹¹³, motivos por los cuales solicitó valoración por Psiquiatría, Oftalmología y Endocrinología, así como, revaloración por Medicina Interna.

14.44 Nota de valoración del servicio de Psiquiatría de las 14:30 horas de 3 de agosto de 2021, en la cual AR16, médico adscrito a ese servicio, reportó a V con delirium hipoactivo, somnoliento, con alteraciones en el estado de alerta y sensopercepción de tipo alucinatorias; se indicó manejo farmacológico.

14.45 Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 4, 5 y 6 de agosto de 2021, en las que AR2 reportó a V con descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica, probable panhipopituitarismo, delirio hipoactivo, con picos febriles, dolor a la movilización en bloque; la exploración física lo advirtió con dificultad respiratoria compensada con mascarilla y nebulizador, espasmo muscular paravertebral, así como atrofia muscular en 4 extremidades con equimosis; azoados¹¹⁴ por encima de los niveles.

14.46 Notas de evolución y gravedad del servicio de Traumatología y Ortopedia de 9, 11, 12 y 13 de agosto de 2021, en las que AR2, una vez que valoró a V lo señaló con picos febriles persistentes; con dolor a la movilización; evacuaciones semilíquidas; continúa hipoactivo con el entorno;

¹¹² El delirium hipoactivo está dominado por síntomas de somnolencia e inactividad, mientras que el delirio hiperactivo se caracteriza por inquietud y agitación.

¹¹³ Inflamación de la córnea.

¹¹⁴ Compuestos nitrogenados no proteicos que se encuentran en bajas concentraciones en suero y en altas concentraciones en orina.

semihidratado; poco cooperador; con nebulizador; herida quirúrgica con tejido de granulación con exudado seroso ligeramente turbio; atrofia muscular en 4 extremidades; sarcopenia¹¹⁵ marcada, fuerza muscular disminuida, con apoyo de nebulizador de 4 litros por hora; solicitó valoración por Medicina del Dolor y apoyo por Clínica de Heridas para solicitud de VAC¹¹⁶, además de revaloración por Endocrinología.

14.47 Notas médicas de 14 y 15 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia, en las que AR4 señaló que familiar lo refirió inquieto, en ocasiones agresivo; alimentación por sonda nasogástrica; con deshidratación leve; dehiscencia de herida con datos de infección con secreción seropurulenta; extremidades con atrofia muscular y sarcopenia; fuerza muscular 3/5 escala de Daniels¹¹⁷, lo reportó con alto grado de complicaciones.

14.48 Nota de valoración del servicio de Infectología de 16 de agosto de 2021, elaborada por AR13, quien señaló el diagnóstico de neumonía asociada a la atención por gram negativo, infección de herida quirúrgica no resuelta a pesar de tratamiento específico, neuro infección por escherichia coli¹¹⁸; solicitó se le practicara a V una resonancia magnética de cráneo, TAC de columna con foco en área afectada o ultrasonido de partes blandas, cultivo de tejido de área quirúrgica y de lavado bronquial, urocultivo con

¹¹⁵ Afección que se caracteriza por la pérdida de masa, fuerza y funcionamiento de los músculos en los adultos mayores. Los signos y síntomas incluyen debilidad, cansancio, falta de energía, problemas de equilibrio y dificultades para caminar y mantenerse de pie.

¹¹⁶ El sistema VAC es un manejo de heridas no invasivo, que utiliza presión negativa localizada y controlada para ayudar a acelerar la curación de heridas.

¹¹⁷ Movimiento completo que vence la gravedad sin resistencia.

¹¹⁸ Bacteria que vive en el intestino.

técnica estéril, procalcitonina¹¹⁹; prescribió terapia anti-staphylococcus, y terapia anti-gram negativo¹²⁰.

14.49 Notas trans y postanestésica del servicio de Anestesiología de 18 de agosto de 2021, en la que personal médico de ese asentó que V fue sometido a lavado quirúrgico y colocación de sistema VAC.

14.50 Notas de evolución y gravedad del servicio de Traumatología y Ortopedia de 17 y 19, 21 y 22 de agosto de 2021, elaboradas por AR2 y AR4, en las que reportaron a V sin dolor, ni fiebre, con molestias en sitio quirúrgico, cooperador, desorientado, evacuaciones de consistencia disminuida, sarcopenia, herida quirúrgica cubierta por sistema VAC funcional; se administró paquete globular por resultados de laboratorios postquirúrgicos.

14.51 Nota de valoración del servicio de Cuidados Paliativos de las 11:05 de 19 de agosto de 2021, en la que AR17, médico adscrito a ese servicio, hizo constar que V fue valorado por “Clínica de Dolor”, con diagnóstico post operado de instrumentación lumbar, lo reportó encamado, despierto, orientado, con familiar acompañante (parentesco) refirió buen control del dolor (motivo de la consulta) EVA 2/10¹²¹, se indicó manejo analgésico a base de buprenorfina parche.

¹¹⁹ La prueba ayuda a averiguar si una bacteria o virus está causando la infección.

¹²⁰ Las bacterias gramnegativas son un tipo específico de bacterias con características únicas; como la mayoría de las bacterias, pueden causar infecciones en todo el cuerpo. Las zonas de infección más frecuentes incluyen los pulmones, las vías urinarias, el torrente circulatorio, el sistema nervioso y las partes blandas.

¹²¹ La valoración será: **1** dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3; **2** dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7; **3** dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

14.52 Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 23, 24 y 26 de agosto de agosto de 2021, en las que AR2 señaló que familiar de V lo refirió hipoactivo, con dolor a la movilización, herida quirúrgica con presencia de VAC funcional, atrofia muscular en 4 extremidades, sarcopenia marcada, fuerza muscular miembro izquierdo 3, miembro derecho 4; con reajuste de tratamiento por Infectología, Psiquiatría y Medicina Interna; con indicaciones por parte de Neumología y Hematología; Gastroenterología por incremento en evacuaciones indicó dieta; solicitud de valoración por Neurocirugía por lesión frontal derecha con incremento de edema¹²² con relación a resonancia magnética previa.

14.53 Notas de valoración del servicio de Medicina Interna de los días 23, 24 y 25 de agosto de 2021, de las que se desprende que V fue examinado por AR18, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, se indicó que se realizó ajuste de hipertensivo, se solicitó nuevamente reporte de cortisol para ajuste de hidrocortisona, resultados de laboratorios con potasio bajo y glucosa ligeramente elevada, por lo que se indicaron electrolitos séricos de control y aporte mayor en soluciones.

14.54 Nota de valoración de las 11:53 horas de 26 de agosto de 2021, elaborada por AR13, en la que señaló los diagnósticos de osteomielitis de columna por staphylococcus oxacilino resistente, neuro infección por escherichia coli, bacteriemia secundaria, apertura ocular espontanea, no establece diálogo, fuerza muscular disminuida en 4 extremidades, sitio de inserción del catéter eritematoso¹²³, rudeza respiratoria, herida de columna

¹²² Hinchazón causada por la acumulación excesiva de líquidos dentro del cuerpo.

¹²³ Enrojecimiento de la piel.

con sistema VAC con material hemático.

14.55 Resumen clínico y nota de informe médico a familiares de las 19:00 horas de 26 de agosto de 2021, elaborada por personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia, en la que se señaló que el servicio de enfermería reportó grave a V, con hipotensión, se envió interconsulta al servicio de Medicina Interna, el cual solicitó esperar cambio de turno; en el turno nocturno se solicitó nuevamente la valoración a ese servicio de Medicina Interna, pero indicó que no era posible valorar a V hasta que estuviese intubado, se realizó intubación, por lo que se requirió interconsulta nuevamente al servicio de Medicina Interna, pero AR19 se negó por segunda ocasión.

14.56 Nota de ingreso de V a la UCI de 26 de agosto de 2021, elaborada por personal médico de esa unidad, en la que se señalaron los diagnósticos de V, así como proceso infeccioso a nivel del sistema nervioso central, con mal pronóstico por múltiples comorbilidades y altas probabilidades de fallecimiento.

14.57 Nota de egreso por defunción de 28 de agosto de 2021 de la UCI, en la que se asentó como hora de defunción de V las narración de hec horas, por tiempo de evolución choque séptico 12 horas y meningitis bacteriana¹²⁴ 17 días.

15. Opinión Médica de 20 de abril de 2023 elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V

¹²⁴ Inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, sus agentes causantes pueden ser bacterias.

en el HR “1 Octubre” del 29 de mayo al 26 de agosto de 2021 fue inadecuada e incumplió con la NOM-Del expediente clínico.

16. Acta circunstanciada de 12 de junio de 2023, en la cual personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con QVI (parentesco de V), quien proporcionó los datos de VI1 (parentesco de V), VI2 (parentesco de V) y VI3 (parentesco de V), además de señalar que por la inadecuada atención médica que se brindó a V por personal médico del ISSSTE, no formuló ninguna denuncia ante la Fiscalía General de la República, Queja Médica o Administrativa ante el OIC-ISSSTE.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 12 de junio de 2023, QVI informó a esta Comisión Nacional que por la inadecuada atención médica que se le brindó a V por personal médico del ISSSTE, no presentó denuncia administrativa o penal y tampoco se cuenta con evidencia de que el propio Instituto lo hubiese hecho.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2021/7911/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la

vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, personal médico del HR “1 de Octubre”, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹²⁵ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a la protección de la salud, definida en el artículo 1 Bis de la LGS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

20. La SCJN ha establecido que:

*(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*¹²⁶

¹²⁵ CNDH. Recomendaciones: 1/2023, párr. 34; 158/2022, párr. 31; 156/2022, párr. 22; 92/2022, párr. 18; 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.

¹²⁶ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

21. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

22. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

23. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como:

*(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) [OMS] o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*¹²⁷

¹²⁷ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

24. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “Caso Vera y otra vs Ecuador”,¹²⁸ consideró que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

25. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, personal médico adscrito al HR “1 de Octubre”, derivado de su respectiva calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, así como 22 del Reglamento del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V requería para integrar un diagnóstico de certeza, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo que vulneró su derecho humano a la protección de la salud, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Antecedentes clínicos de V

26. El presente caso es sobre V, persona del **sexo, edad** años al momento de los hechos, con el antecedente de **condición de salud**

¹²⁸ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

condición de salud

❖ Atención médica brindada a V en el HR “1 de Octubre”

Primer Internamiento del 24 de mayo al 22 de junio de 2021

27. El 24 de mayo de 2021, V ingresó al área de consulta externa del servicio de Ortopedia del HR “1 de Octubre”, con el diagnóstico de escoliosis degenerativa T12-S1 y cirugía programada para el 28 de ese mes y anualidad.

28. En el expediente clínico no constan las notas médicas de evolución de los días 25 y 26 de mayo de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

29. El 27 de mayo de 2021 fue revisado por personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia, el cual reiteró el diagnóstico de V e indicó que se le practicaría una instrumentación toracolumbar.

30. El 28 de mayo de 2021, previas valoraciones por los servicios de Medicina Interna y Anestesiología, así como el llenado del consentimiento informado respectivo, personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia le realizó a V una descompresión posterior de L2, L3, L4 e instrumentación de T11 a S1, durante la misma se requirió de la transfusión de cuatro concentrados de glóbulos rojos y cuatro de plasma fresco y mantuvo una presión arterial media; en el postoperatorio presentó hipotensión que fue manejada con solución fisiológica y

¹²⁹ Es un pequeño tubo de malla de metal que se expande dentro de una arteria del corazón que se haya cerrado u obstruido.

Hartman, egresó a las 21:30 horas de la Unidad de Cuidados Posanestésicos hemodinámicamente estable; al día siguiente se le reportó con hipotensión, por lo que se solicitó su valoración por el servicio de Medicina Interna.

31. El 29 de mayo de 2021, a las 18:40 horas, V fue valorado por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien lo reportó con tensión arterial de 70/40, frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C, saturación de oxígeno a 95%; tendiente a la somnolencia, regular estado de hidratación y muy probablemente cursando con sepsis; sugirió cambio de antibiótico, uso de aminas vasoactivas, incremento de soluciones y resto de manejo sin cambios, así como solicitar nueva interconsulta por la noche de ser necesario para ajuste de aminas vasoactivas; lo diagnosticó grave, sepsis con foco urinario y lesión renal aguda.

32. El 30 de mayo de 2021, V fue valorado por AR2, médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia, quien lo reportó consciente, orientado, cardiovascular estable con presencia de aminas, micciones presentes, evacuaciones pendientes, dolor toracolumbar 6/10 de EVA con analgésicos, reflejos osteotendinosos nulos bilaterales; valorado por Medicina Interna por datos de hipotensión; solicitó interconsulta a Cardiología; indicó continuar con manejo médico a base de soluciones, protector de la mucosa gástrica, analgésico/antipirético, antibióticos diurético, antiinflamatorio esteroideo, antihipertensivo, antineurítico, analgésicos, amina vasoactiva y anticoagulante.

33. El 31 de mayo de 2021, V fue valorado por AR2, quien lo señaló con diagnóstico de **condición de salud**

condición de salud

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] solicitó nuevos

estudios de laboratorio completos, urocultivo y hemocultivo para revaloración; lo reportó como muy delicado.

34. En la misma fecha, a las 17:32 horas, se realizó a V interconsulta por PMR, adscrito al servicio de Cardiología, en la que se le reportó sin sintomatología cardiovascular y con electrocardiograma normal, con troponina ligeramente elevada en concordancia con patología de choque séptico que puede ocasionar lesión miocárdica, se descartó síndrome isquémico coronario agudo, se indicó que requería de manejo por Medicina Interna por múltiples comorbilidades como choque séptico, lesión renal aguda y endocrinopatías; en opinión del personal médico de esta CNDH omitió solicitar valoración por la UCI y el servicio de Infectología ante la gravedad de los diagnósticos.

35. En el expediente clínico no obran notas médicas de evolución de 1 de junio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

36. No obstante, a las 11:30 horas de esa fecha, V fue valorado por AR3, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien en su nota de valoración refirió a V con deterioro hemodinámico y neurológico, con delirium y agitación psicomotriz, consciente, orientado, atado a la cama, entiende y comunica órdenes, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral y estertores subcrepitantes

bilaterales, con apoyo de aminos, discreta tendencia a la somnolencia, laboratorios de esa fecha con leucocitos discretamente elevados, azoemia prerrenal leve, rayos x de tórax sin datos de foco neumónico, pero con datos de sepsis importante. Plan: mantener infusión de aminos, hidrocortisona, continuar tratamiento con antibiótico establecido, rayos x de tórax, gasometría y revaloración por el servicio de Medicina Interna en caso necesario.

37. El 2, 3 y 4 de junio de 2021, V fue valorado por AR2, quien los dos primeros días lo reportó somnoliento, desorientado y herida quirúrgica con secreción serohemática abundante, por lo que indicó como plan analgesia y antibióticos intravenosos, además de la transfusión de un paquete globular y un paquete de plasma fresco congelado; el tercer día señaló que V se encontraba afebril, con signos vitales estables, uresis a través de sonda Foley y evacuaciones ausentes, con disminución de sangrado, del requerimiento de aminos vasoactivas y del delirium, por lo que indicó continuar con el mismo manejo.

38. Nuevamente, en el expediente clínico de V no constan notas médicas de evolución de 5 de junio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

39. Del 6 al 21 de junio de 2021, V fue valorado por AR2 y AR4, médicos adscritos al citado servicio, quienes lo señalaron con signos vitales estables, uresis a través de sonda Foley y evacuaciones presentes, palidez de mucotegumentaria, hidratado, consciente, desorientado, cooperador, con tendencia a la somnolencia, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso blando depresible, con peristalsis presente, no doloroso, columna con areometría disminuida por dolor y espasmo muscular paravertebral, con herida quirúrgica en región toracolumbar cubierta por apósito estéril, con abundante trasudado

serohemático, fuerza muscular 3 de 4, sensibilidad 1 izquierda y 2 derecha en L3, L4, L5, S1, reflejos osteotendinosos izquierdo 3 y derecho 2 en L4, S1; con buena evolución; persistencia de leucocitosis; se indicó valorar posible proceso infeccioso en tejidos blandos, cultivos negativos a desarrollo bacteriano.

40. Durante este periodo se le dio a V manejo a base de protector de la mucosa gástrica, analgésico antipirético, remplazo de hormona de la tiroides, antiinflamatorio esteroideo, antihipertensivo, vasoconstrictor, antidepresivo, analgésico, analgésico opioide (buprenorfina, tramadol), antihipertensivo ocular, antibiótico, anticoagulante, mejorador del tránsito intestinal, ansiolítico, proteína plasmática y laxante.

41. Ahora bien, en la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que del 29 de mayo al 21 de junio de 2021, V recibió atención médica de AR1, AR2, AR3 y AR4, quienes fueron coincidentes en omitir solicitar que fuera valorado por la UCI ante la gravedad y diagnóstico de sepsis y por el servicio de Nefrología por la presencia de insuficiencia renal aguda o su transferencia al servicio de Medicina Interna ante la gravedad de ambos diagnósticos; tampoco solicitaron la toma de cultivos e interconsulta al servicio de Infectología y a los servicios de Neurocirugía y/o Neurología para descartar choque medular debido a la ausencia de reflejos osteotendinosos bilaterales y de evacuaciones, como por el desarrollo de hipotensión posteriores a la cirugía de columna.

42. De igual forma, no identificaron o interrogaron los factores de riesgo desencadenantes de V para desarrollar delirium, ni aplicaron los criterios de

CAM¹³⁰ y/o DSM V¹³¹ para confirmar o descartar el delirium; no solicitaron valoración por el servicio de Geriatría, no evitaron la sujeción mecánica ni el uso de opioides catalogados como factores precipitantes del delirium y tampoco indicaron actividades cognitivamente estimulantes (leer, charlar, resolver crucigramas).

43. Con ello, incumplieron con lo establecido en los artículos 27, 32, 33 y 51 de la LGS; 7, 8, 9 y 48 del Reglamento LGS; y 8 del Reglamento del ISSSTE, en los que se señala que para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, la atención médica que se proporcione debe comprender acciones de carácter preventivo y curativas, incluyendo la atención de urgencias, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, además de ser oportunas y de calidad idónea, profesional y éticamente responsable.

44. Asimismo, dejaron de observar lo recomendado en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave, en la que se señala que:

La presencia de alteraciones generales, inflamatorias asociadas a infección documentada o su sospecha, establecen clínicamente el diagnóstico de sepsis, que para su confirmación requieren de estudios de laboratorio. (...)

La falla circulatoria aguda caracterizada por hipotensión persistente secundaria no explicable por otras causas es definitoria de choque séptico. (...)

Para confirmar el diagnóstico de SRIS, y los procesos sépticos,

¹³⁰ *Confusion Assestmen Method*, método de evaluación de confusión para el diagnóstico de delirium.

¹³¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.

además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de: leucocitosis >12,000 (...)

Se debe realizar toma de hemocultivos en forma obligada previo al inicio de la terapia antimicrobiana y conocer el patrón de resistencia. (...)

Para la prescripción de antimicrobianos se recomienda basarse en el diagnóstico infectológico, el o los microorganismos identificados o su sospecha y en los patrones de resistencia y sensibilidad propios del hospital y NO utilizar esquemas cíclicos de antimicrobianos. (...)

Criterios de ingreso a UCI por disfunción aguda de órganos: Necesidad de fármacos vasoactivos (choque séptico) (...)

45. Además de los ordenamientos ya citados, también dejaron de atender lo referido en la GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium, en la que se establece:

Cuando se presenta un paciente con delirium se debe buscar intencionadamente el o los factores predisponentes y los precipitantes, así como tener en cuenta las presentaciones atípicas de la enfermedad en el adulto mayor. (...)

Para hacer el diagnóstico de delirium se requiere de una herramienta formal como los criterios de CAM o Confusion Assestment Method y/o del DSM V; se sugiere el uso del CAM como prueba de diagnóstico a nivel hospitalario, debido a su adecuada sensibilidad especificidad y facilidad de aplicación. (...)

La intervención en delirium debe incluir la valoración de un equipo interdisciplinario que este entrenado y familiarizado con la presentación de delirium (ej. Especialista en geriatría) para orientar las acciones de acuerdo con las necesidades específicas del paciente. (...)

Se debe mantener una comunicación efectiva con el adulto mayor hospitalizado y reorientarlo en forma continua en tiempo, persona y espacio, además de apoyarse con la participación de familiares, amigos y cuidadores para este fin. (...)

Realizar actividades que sean cognitivamente estimulantes (ej. Favorecer las reminiscencias, leer el periódico, discutir las noticias o eventos del día, resolver crucigramas, sopa de letras, etc.). (...)

Permitir las visitas de familiares y amigos, las sujeciones mecánicas y restricciones físicas deben evitarse para el manejo del paciente con delirium hiperactivo porque puede incrementar el riesgo de lesiones y de agitación, en lugar de las sujeciones mecánicas y restrictivas, se deben implementar medidas para tranquilizar al paciente de una manera amable y respetuosa. (...)

Ante la presencia de dolor, se debe evaluar y manejar en todos los pacientes en que se sospeche y si se detecte y debe tratarse, revisar que el tratamiento analgésico sea el apropiado y a dosis óptimas, evitar fármacos analgésicos que han sido catalogados como factores precipitantes del delirium, evitar el uso de nalbufina ya que es el opiáceo que más se ha asociado al desarrollo de delirium. (...)

46. El 22 de junio de 2021, a las 10:53 horas, después de 29 días de estancia hospitalaria, V fue dado de alta por AR2, quien en la hoja de egreso señaló que su diagnóstico de admisión fue escoliosis degenerativa, cursaba posoperatorio tardío con adecuada evolución, tolerando la vía oral, uresis y evacuaciones presentes, afebril, a la exploración física lo encontró consciente, orientado, con buena coloración de tegumentos e hidratación de mucosas y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen asignológico, con herida a nivel de columna lumbar sin datos de infección o sangrado activo, sin datos de compromiso neurovascular distal, se decidió egreso por mejoría; se dio cita en consulta externa del servicio de Ortopedia en 2 semanas.

47. En la misma nota en el rubro de “Problemas pendientes de diagnóstico-tratamiento y recomendaciones” se señaló cita abierta a Urgencias, con las medidas de alarma de fiebre mayor a 38.5°C, dolor intenso que no ceda a dosis usuales de analgésicos, salida de líquido, sangre o exudado a través de herida quirúrgica, deterioro neurológico o del estado de alerta, se indicó la toma buprenorfina parches.

48. En la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se destacó el hecho de que después de más de 15 días de haber presentado periodos de somnolencia, dolor, secreción por la herida, así como no haber recuperado la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, lo que ameritaba valoración por el servicio de Neurología o Neurocirugía, AR2 reportó a V en franca recuperación de un día a otro e inexplicablemente indicó su alta hospitalaria, con la recomendación de acudir al servicio de Urgencias en caso de presentar la sintomatología referida en la hoja de egreso.

49. Asimismo, aun cuando los servicios de Medicina Interna y Cardiología establecieron el diagnóstico de sepsis, AR2 señaló que V no cursó con infecciones durante su internamiento y con el diagnóstico de delirium no fue valorado por el servicio de Geriátrica previo a su alta a domicilio, con lo que dejó de observar lo establecido en los artículos 27, 32, 33 y 51 de la LGS; 7, 8, 9 y 48 del Reglamento LGS; y 8 del Reglamento del ISSSTE; así como lo recomendado en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave y GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium ya referidos.

Segundo internamiento del 28 de junio al 28 de agosto de 2021

50. El 28 de junio de 2021, seis días después de su egreso hospitalario, V ingresó al servicio de Urgencias, en donde fue valorado por AR5, quien señaló que lo llevaron por haber presentado un día antes ansiedad y posteriormente desorientación, alucinaciones y agitación, periodos de inquietud intermitentes, relajación de esfínteres en 2 ocasiones y descenso de saturación hasta el 80%; lo describió con inmovilidad por cirugía de columna, despierto, respuestas incongruentes; señaló los diagnósticos de delirium hipoactivo a determinar causa, hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal; indicó manejo farmacológico, laboratoriales, examen general de orina, gasometría, electrocardiograma e interconsulta al servicio de Traumatología y Ortopedia para seguimiento de cirugía de columna.

51. El 29 de junio de 2021, V fue valorado por AR6, médica adscrita al servicio de Urgencias, quien señaló los diagnósticos de deterioro neurológico agudo (delirio vs encefalopatía metabólica), probable sepsis y post operado tardío de escoliosis dorsal; lo reportó con dolor en región dorsal, consciente, orientado, dehiscencia de herida quirúrgica de aproximadamente 2 cm con salida de pus en moderada cantidad, extremidades con monoparesia de miembro pélvico izquierdo 2/5 (secuela de la cirugía); observó en bolsa recolectora con presencia de sangre en orina discreta; indicó solución fisiológica intravenosa, cuidados de paciente neurológico, oxígeno por puntas nasales, cuidados de sonda Foley, manejo farmacológico, curación de herida quirúrgica y vigilar datos de sangrado a cualquier nivel, también solicitó interconsulta al servicio de Ortopedia y a la UCI, así como biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, prueba de función hepática, tiempos de coagulación y gasometría arterial.

52. En la misma fecha, a las 13:20 horas, V fue atendido por AR7, médico adscrito a la UCI, quien lo encontró con el diagnóstico de sepsis de tejidos blandos, mucosa oral con regular hidratación y con proceso séptico; al momento de la valoración, sin descompensación de enfermedad cardiaca de base ni otra falla orgánica, por lo que consideró que no se contaba con criterios para manejo en esa unidad y quedó a cargo del servicio tratante.

53. El 30 de junio de 2021, V fue valorado por AR2, quien lo reportó con herida quirúrgica en región toracolumbar con datos de dehiscencia; señaló los diagnósticos de deterioro neurológico agudo, probable sepsis de tejidos blandos, cardiopatía isquémica en tratamiento y panhipopituitarismo en tratamiento; mucosa oral con regular estado de hidratación; herida quirúrgica con dehiscencia de 2 cm con presencia de exudado seropurulento, fétido; miembros pélvicos íntegros, simétricos con fuerza muscular 3/5, sensibilidad 2/2; impresión diagnóstica: post operado de descompresión posterior e instrumentación de T11-S1 secundaria a escoliosis degenerativa T12-S1, infección de herida quirúrgica; como plan indicó ingreso a piso de Ortopedia a cargo del servicio de Cirugía de Columna para continuar con tratamiento de impregnación con antibiótico y valorar tratamiento quirúrgico; añadió antihipertensivo, ansiolítico, enema jabonoso, monitoreo continuo, así como medidas antiescara, vendaje de miembros pélvicos y solución Hartman intravenosa.

54. El 1 de julio de 2021, V fue valorado por AR2, quien señaló los diagnósticos de escoliosis degenerativa T12-S1, post operado artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica, probable panhipopituitarismo; con uresis a través de sonda Foley, palidez mucotegumentaria, desorientado, poco

cooperador, con puritan, arcometría disminuida por dolor y espasmo muscular paravertebral; con buena evolución general, se realizó curación de herida con mínimo exudado en puntos proximales, se inició movilización en bloque y sedestación en cama; se solicitó interconsulta al servicio de Medicina Interna, la cual se realizó ese mismo día a las 13:00 horas por AR8, quien indicó como plan tomar cultivo de herida quirúrgica, urocultivo, hemocultivo en pico febril, hidrocortisona, programar perfil tiroideo y cortisol sérico, ajustó tratamiento antimicrobiano, curación diaria, sujeción a cama, sonda Foley a derivación, solución Hartman intravenosa y manejo farmacológico.

55. En el expediente clínico no consta la nota médica del procedimiento relacionado con el inicio y suspensión del apoyo mecánico ventilatorio, es decir, la implementación de equipo puritan, ni las notas médicas de evolución del día 2 de julio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

56. El 3 de julio de 2021, V fue valorado por AR9, médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia, quien lo reportó con los diagnósticos de post operado de descompresión posterior, instrumentación de T11/S1, infección de herida quirúrgica; con dolor en herida quirúrgica, mucosa y tegumentos con deshidratación moderada, herida quirúrgica con dehiscencia, con salida de secreción purulenta y hemática, arcos de movilidad disminuidos, fuerza muscular 4/5, sensibilidad conservada; indicó continuar con manejo de antibiótico y en estrecha vigilancia, hemodinámicamente estable.

57. En el expediente clínico no constan las notas médicas de evolución de los días 4, 5 y 6 de julio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

58. No obstante, el 6 de julio de 2021 V fue valorado por AR10, médico adscrito al servicio de Geriátrica, quien lo reportó con desorientación en tiempo lugar y persona, lengua húmeda, no Brudzinski, tórax con campos pulmonares hipoventilados, abdomen asignológico, sonda Foley drenando orina ámbar, herida en columna con secreción purulenta, miembros pélvicos no Babinski, con datos de infección de herida quirúrgica, delirium, Katz G-Funcionalidad dependiente y dolor; indicó laboratorios de control, electrolitos séricos, biometría hemática, química sanguínea, urocultivo, perfil tiroideo, hemocultivo, vigilar datos neurológicos; señaló que el delirio era multifactorial, hipoxia, fármacos, infecciones, sepsis, probable infección de vías urinarias.

59. Del 7 al 9 de julio de 2021, V fue valorado por AR2, quien señaló los diagnósticos de escoliosis degenerativa T12-S1, post operado artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica, cardiopatía isquémica y probable panhipopituitarismo; desorientado, poco cooperador; herida quirúrgica con exudado serohemático; fuerza muscular de miembro izquierdo 3, fuerza muscular de miembro derecho 4, sensibilidad en miembro izquierdo 2, sensibilidad en miembro derecho 2, reflejos osteotendinosos en miembro izquierdo 2, reflejos osteotendinosos en miembro derecho 2; se indicó interconsulta al servicio de Medicina Interna por estado neurológico y sepsis aguda, desequilibrio hidroelectrolítico; Medicina Interna indicó estudios de laboratorios nuevos

hemocultivo, urocultivo, perfil tiroideo; curación cada 8 horas con antiséptico; valorar aseo quirúrgico al contar con mejoría de condiciones.

60. Continuando con la atención de V, el 9 de julio de 2021 también fue valorado por AR11, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien señaló que

familiar refirió eventos de agitación psicomotriz, desorientación y agresividad de forma intermitente, obnubilado, desorientado, quemosis, orofaringe regularmente hidratada; con datos clínicos de encefalopatía metabólica, pero al no contar con pruebas de función tiroidea ni con cortisol, química sanguínea y electrolitos séricos, sugirió la práctica de estudios para ajustar tratamiento y saber las condiciones del perfil tiroideo, además de toma de electrocardiograma y cálculo de déficit de agua para ajustar las soluciones.

61. En el expediente no obra constancia de las notas médicas de evolución del 10 de julio de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

62. El 11 de ese mes y año, V fue valorado por AR9, quien lo reportó con dolor lumbar, presencia de herida quirúrgica con dehiscencia a nivel de L1-12 y secreción purulenta fétida, con eritema perilesional, en impregnación con antibiótico, con altas probabilidades de complicarse.

63. El 12 de julio de 2021, V fue valorado por AR2, quien lo reportó desorientado, poco cooperador, con puntas nasales, columna con arcometría disminuida por dolor y espasmo muscular para vertebral; herida quirúrgica con exudado serohemático en borde proximal de herida; con buena evolución general; interconsulta al servicio de Medicina Interna para ajuste de indicaciones, el cual indicó estudios de laboratorios nuevos, hemocultivo y urocultivo, perfil tiroideo; curación cada 8 horas con antiséptico; pronóstico reservado a evolución, paciente con alto riesgo de complicaciones y morbilidad.

64. El 12 de julio de 2021, V también recibió atención médica de AR12, médica adscrita al servicio de Medicina Interna, la cual lo reportó con infección de herida

quirúrgica (sepsis), hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal, desequilibrio hidroelectrolítico no corregido, desorientado en sus tres esferas, hemocultivos sin desarrollo así como urocultivos, leucocitosis importante; indicó ajuste de soluciones y solicitó cultivos de herida quirúrgica así como urocultivo, además de sugerir interconsulta a Infectología para manejo de escalonamiento de antibiótico.

65. Del 13 al 18 de julio de 2021, AR2 y AR4, quienes señalaron los diagnósticos de escoliosis degenerativa T12-S1, post operado artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probables encefalopatía metabólica y panhipopituitarismo; lo encontraron desorientado, poco cooperador, con estado de consciencia alterado, herida quirúrgica con exudado serohemático abundante con datos de infección, fuerza muscular de miembro izquierdo 3, fuerza muscular de miembro derecho 4, sensibilidad en miembro izquierdo 1, sensibilidad en miembro derecho 2, reflejos osteotendinosos en miembros 2.

66. El 19 de julio de 2021, V fue valorado por AR13, médico adscrito al servicio de Infectología, quien lo encontró con los diagnósticos de síndrome confusional secundario a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, infección de herida quirúrgica, osteomielitis, infección de vías respiratorias bajas; se indicó completar protocolo de estudio consistente en hemocultivo pareado, radiografía de tórax, TAC¹³² de columna dorsal, urocultivo con técnica estéril, cultivo de expectoración y procalcitonina; y continuar con tratamiento de terapias antistaphylococcus y

¹³² Tomografía Axial Computarizada, prueba diagnóstica que combina el uso de los rayos X con tecnología de computadora.

antigram negativo productor de BLEE¹³³.

67. Los días 19, 20, 21 y 22 de julio de 2021, V fue valorado por AR2, quien lo señaló desorientado, ocasional agresivo, cooperador, con mascarilla y sonda nasogástrica para nutrición enteral, atrofia muscular en 4 extremidades y equimosis probables asociadas a anticoagulante; fuerza muscular de miembro izquierdo 3, fuerza muscular de miembro derecho 4, sensibilidad en ambos miembros 2, reflejos osteotendinosos en miembros 2: solicitó estudio hematológico para interconsulta con los servicios de Hematología y Medicina Interna; pronóstico reservado a evolución, con alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

68. El 21 de julio de 2021, V fue valorado por AR14, médico adscrito al servicio de Hematología, quien señaló que no se contaba con paraclínicos suficientes para la determinación de CID, por lo que se solicitarían para inicio de abordaje; lo encontró con anemia grado II normocítica normocrómica, probablemente secundaria a deficiencia de hierro y enfermedades crónicas; sin indicaciones de apoyo transfusional de urgencia; indicó laboratoriales; con alto riesgo de sangrado y trombosis asociada a estado actual; diagnóstico defecto de la coagulación no especificada.

69. El 22 de julio de 2021, V fue valorado por AR15, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien señaló que el motivo de la valoración fue por descontrol hipertensivo y petequias; familiar refirió a V inquieto, desorientado y con periodos de ansiedad, quejumbroso, con hiperactividad; regular estado de hidratación; con

¹³³ *Betalactamasas de espectro extendido*, son enzimas producidas por cierto tipo de bacterias, las cuales descomponen varios tipos de antibióticos, por lo que la infección a causa de una bacteria BLEE es más difícil de tratar.

respuesta inflamatoria sistémica de origen sepsis de tejidos blandos; sugirió recabar cultivos, realizar estudios solicitados por los servicios de Hematología e Infectología; solicitar perfil hormonal y una vez que se contara con los resultados pedir interconsulta a la especialidad de Endocrinología; interconsulta al servicio de Nutrición para ajuste de dieta; valoración por Infectología por probable efecto secundario de antibiótico; se ajustó manejo farmacológico.

70. El 23 de julio de 2021, V fue valorado por AR14, quien lo reportó con anemia normocítica normocrómica grado III arregenerativa por enfermedades crónicas, sospecha de coagulación intravascular diseminada, sepsis, infección de tejidos blandos, encefalopatía metabólica, probablemente delirium hipoactivo, desnutrición proteico calórica severa, probable panhipopituitarismo, desorientado, discurso no coherente; ingresó al servicio de Ortopedia por sepsis de tejidos blandos, que continúa sin ser resuelta, lo cual es factor de riesgo para presencia de CID manifiesta y no manifiesta con puntaje de 4, candidato a inicio de eritropoyetina alfa para disminución de dependencia transfusional; grave con pronóstico malo para la vida y función a corto mediano plazo, con alto riesgo de sangrado y trombosis asociados a su estado.

71. Del 23 al 29 de julio de 2021, V fue valorado por AR2 y AR4, quienes señalaron que se le encontró desorientado en espacio y tiempo, familiar refirió malestar general, presencia de rigidez articular generalizada, dificultad para articular palabras, insomnio, dolor leve en sitio de la herida quirúrgica, letárgico; con sonda nasogástrica para alimentación enteral; evacuaciones diarreicas; dehiscencia de herida quirúrgica; atrofia muscular en las cuatro extremidades; fuerza muscular en miembro izquierdo de 3, en miembro derecho 4; sensibilidad de miembro izquierdo 1, en miembro derecho 2; reflejos osteotendinosos en

ambos miembros 2; pendiente valoración por Medicina Interna por tos productiva y deterioro neurológico, así como Endocrinología por probable secreción inadecuada de hormonas e Infectología para ajuste de medicamento; alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

72. El 29 de julio de 2021, V fue valorado por AR14, quien lo reportó con riesgo de coagulación intravascular diseminada, sepsis, infección de tejidos blandos, encefalopatía metabólica probablemente delirium hipoactivo, desnutrición proteico calórica leve, hipocalemia severa, probable panhipopituitarismo; familiar refirió hemorragia conjuntival derecha, hematuria macroscópica; desorientado, discurso no coherente; moderado estado de deshidratación; con riesgo de CID; anemia corregida con apoyo transfusional; grave, pronóstico malo para la vida y función a corto mediano plazo con alto riesgo de sangrado y trombosis asociado a su estado.

73. Los días 30 y 31 de julio, así como 1 de agosto de 2021, V fue valorado por AR2 y AR4, quienes señalaron los diagnósticos de post operado de artrodesis posterior instrumentada, descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica, probable hipopituitarismo; con sonda nasogástrica para alimentación enteral; evacuaciones diarreicas abundantes fétidas; desorientado; con puntas nasales; con dehiscencia de herida quirúrgica; atrofia muscular en 4 extremidades así como con equimosis; fuerza muscular miembro izquierdo 3, miembro derecho 4; sensibilidad miembro izquierdo 2, derecho 2; reflejos osteotendinosos en ambos miembros 2; continúa bajo vigilancia con manejo de antibiótico y antifúngico; con alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

74. El 30 de julio de 2021, V fue valorado por personal médico del servicio de Endocrinología, en la nota se señaló que V era conocido por esa especialidad con hipotiroidismo e hipocortisolismo, pero no había exámenes completos por lo que se pospuso la valoración.

75. En el expediente no existe constancia de las notas médicas de evolución de 2 de agosto de 2021 del Servicio de Traumatología y Ortopedia.

76. El 3 de agosto de 2021, V fue valorado por AR2, quien señaló que familiar lo refirió hipoactivo, con tendencia a la somnolencia, un día antes no interactuó con su medio externo; continúa con evacuaciones líquidas; fuerza muscular en miembros pélvicos izquierdo 3/5, derecho 4/5; con datos de delirium hipoactivo y conjuntivitis; se solicitaron valoraciones por Psiquiatría por el delirium y Oftalmología por probable conjuntivitis vs queratitis; valoración por Endocrinología para manejo de hipopituitarismo central de base, así como revaloración por Medicina Interna.

77. Posteriormente, a las 14:30 horas del mismo día, V fue valorado por AR16, médico adscrito al servicio de Psiquiatría, quien lo reportó con delirium hipoactivo, el cuidador refirió que V presentaba en ocasiones alucinaciones visuales, agitación psicomotriz, ideas de no encontrarle sentido a la vida; al momento de la entrevista lo encontró somnoliento, no responde a preguntas, con alteraciones en el estado de alerta; alteraciones de sensopercepción de tipo alucinatorias y talante depresivo ansioso con agitación psicomotriz por momentos; con alteraciones en el ciclo sueño vigilia; se indicó manejo farmacológico.

78. Los días 4, 5 y 6 de agosto de 2021, V fue valorado por AR2, quien lo reportó con descompresión neurológica, infección de herida quirúrgica, sepsis, probable encefalopatía metabólica, probable panhipopituitarismo, delirio hipoactivo, con picos febriles, dolor a la movilización en bloque; evacuaciones aun con tendencia a ser líquidas; estado de alerta fluctuante; hipoactivo con el entorno; con tendencia a la somnolencia; con nebulizador; dificultad respiratoria que se compensa con mascarilla reservorio; atrofia muscular en 4 extremidades con equimosis; fuerza muscular miembro pélvico izquierdo 3, miembro derecho 4; azoados por encima de los niveles.

79. En el expediente clínico no se cuenta las notas médicas de evolución de los días 7 y 8 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

80. El 9, 11, 12 y 13 de ese mes y anualidad, V fue valorado por AR2, quien señaló picos febriles persistentes; con dolor a la movilización; evacuaciones semilíquidas; continúa hipoactivo con el entorno; semihidratado; poco cooperador; con nebulizador; herida quirúrgica con tejido de granulación con exudado seroso ligeramente turbio; atrofia muscular en 4 extremidades; sarcopenia marcada; se solicitó valoración por Medicina del Dolor para manejo y apoyo de Clínica de Heridas para solicitud de VAC; con alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

81. En el expediente clínico no obra constancia de la nota médica de evolución de 10 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

82. El 14 y 15 de ese mes y año, V fue valorado por AR4, quien señaló que familiar lo refirió inquieto, en ocasiones agresivo; alimentación por sonda

nasogástrica; con deshidratación leve; dehiscencia de herida con datos de infección con secreción seropurulenta; extremidades con atrofia muscular y sarcopenia; fuerza muscular 3/5 escala de Daniels; con alto grado de complicaciones.

83. En el expediente clínico no obra constancia de la nota médica de evolución de 16 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

84. Sin embargo, en esa misma fecha, V fue valorado por AR13, quien señaló diagnóstico de neumonía asociada a la atención por gram negativo, infección de herida quirúrgica no resuelta a pesar de tratamiento específico, neuro infección por escherichia coli; como plan: resonancia magnética de cráneo, tomografía axial computada de columna con foco en área afectada o en todo caso ultrasonido de partes blandas, con el objetivo de identificar colecciones que ameriten debridación, nuevo cultivo de tejido de área quirúrgica, previa asepsia y antisepsia, cultivo de lavado bronquial por broncoscopia, urocultivo con técnica estéril, procalcitonina; tratamiento: terapia anti-staphylococcus y avisar del nuevo cultivo de tejido de herida quirúrgica; revisión física el 18 de agosto del 2021.

85. Los días 17, 19, 21 y 22 de agosto de 2021, V fue valorado por AR2 y AR4, quienes lo reportaron con diagnósticos ya comentados, toma de cultivo y colocación de sistema VAC, sin dolor, sin fiebre, con molestias en el sitio quirúrgico, letárgico, cooperador, desorientado, con sonda nasogástrica, evacuaciones de consistencia disminuida, fuerza muscular disminuida de forma generalizada por sarcopenia 4/5, herida quirúrgica cubierta por sistema VAC funcional, con laboratorios postquirúrgicos con leucocitosis asociada a la respuesta metabólica al trauma, hemoglobina 8.3 por lo cual se administró un

paquete globular, sin incremento de los azoados y sin trastorno hidroelectrolítico, en espera de tiempo para la realización de resonancia magnética para completar valoración por Neurología.

86. En el expediente clínico no existe constancia de las notas médicas de evolución de 18 y 20 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

87. No obstante, el 18 de ese periodo, de acuerdo con nota trans y posanestésica, V fue sometido a lavado quirúrgico y colocación de sistema VAC, sin que se encuentre en el expediente clínico la nota médica referente a tal evento quirúrgico.

88. El 19 de agosto de 2021, V fue valorado por AR17, personal médico adscrito al servicio de Cuidados Paliativos “Clínica de Dolor”, quien lo reportó encamado, despierto, orientado, con familiar acompañante (parentesco) refirió buen control del dolor (motivo de la consulta) EVA 2/10, se indicó manejo analgésico a base de buprenorfina parche, pregabalina y paracetamol.

89. Los días 23, 24 y 26 de agosto de 2021, V fue valorado por AR2, quien señaló que familiar lo refirió hipoactivo, con dolor a la movilización, herida quirúrgica con presencia de VAC funcional, atrofia muscular en 4 extremidades, sarcopenia marcada, fuerza muscular miembro izquierdo 3, miembro derecho 4; con reajuste de tratamiento por Infectología, Psiquiatría y Medicina Interna; con indicaciones por parte de Neumología y Hematología; Gastroenterología por incremento en evacuaciones indicó dieta; solicitud de valoración por Neurocirugía por lesión frontal derecha con incremento de edema con relación a resonancia magnética

previa; con alto riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

90. En el expediente clínico no obra constancia de la nota médica de evolución de 25 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia.

91. Del 23 al 25 de agosto de 2021, V fue valorado por AR18, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, el cual señaló que se le había estado valorando de manera recurrente, con ajuste de hipertensivo; se solicitó reporte de cortisol para revaloración por Endocrinología; se realizó resonancia magnética y tomografía axial computada de columna solicitada por Infectología; familiar refirió a V con diarrea, por lo que se solicitaron estudios; hipotenso se suspendió antihipertensivo.

92. El 26 de agosto de 2021, V fue valorado por AR13, quien señaló los diagnósticos de osteomielitis de columna por staphylococcus oxacilino resistente, neuro infección por escherichia coli, bacteriemia secundaria, apertura ocular espontanea, no establece diálogo, fuerza muscular disminuida en 4 extremidades, sitio de inserción del catéter eritematoso, rudeza respiratoria, herida de columna con sistema VAC con material hemático; se indicó plan terapéutico.

93. El mismo día a las 19:00 horas, V fue valorado por personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia, quien señaló que el servicio de enfermería lo reportó grave, con hipotensión, por lo que se envió interconsulta al servicio de Medicina Interna, el cual solicitó esperar cambio de turno para realizar entrega de la misma; en el turno nocturno se solicitó nuevamente la valoración a los servicios de Medicina Interna y de Terapia Intensiva, indicando el primero de éstos que no era posible valorar a V hasta que estuviese intubado, por lo que se solicitó

interconsulta al servicio de Anestesiología y se realizó intubación previo consentimiento de familiar, por lo que se requirió interconsulta nuevamente al servicio de Medicina Interna, pero AR19 se negó por segunda ocasión, a las 22:00 horas acudió personal del servicio de Terapia Intensiva. En la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que quedó documentada la negación de la atención por parte de AR19.

94. Por lo que hace a la atención médica que se proporcionó a V del 28 de junio al 26 de agosto de 2021 por AR2, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que:

95. Ante el diagnóstico de delirium omitieron solicitar valoración por el servicio de Geriátrica e identificar los factores de riesgo modificables desencadenantes en V para desarrollar delirium (déficit sensorial, polifarmacia, inmovilidad) y no se indicaron actividades que fueran cognitivamente estimulantes (leer, charlar, resolver crucigramas, colocación de un reloj, colocación de un calendario, acompañamiento de familiar las 24 horas), evitar la polifarmacia, evitar la sujeción mecánica y, en su momento, pedir la revaloración de ese servicio ante la agudización del delirium, así como revisar que el tratamiento analgésico fuera el apropiado, evitando fármacos catalogados como factores precipitantes del delirium.

96. Asimismo, tampoco solicitaron valoración por los servicios de Urología o Cirugía General por la presencia de sangre en la orina y a las especialidades de Neurología o Neurocirugía por el desarrollo de parestesias en pierna izquierda secundarias a la cirugía de columna; en su caso, AR6 se limitó a señalar que V no

cumplía con criterios para ingresar a la UCI, aun cuando cursaba con sepsis y con alto riesgo de complicaciones, lo cual sucedió en días posteriores.

97. Respecto al diagnóstico de probable sepsis con origen en tejidos blandos y la negativa de la UCI de ingresar a V a su servicio, se debió ordenar la toma de muestras para cultivo y pedir interconsulta al servicio de Infectología; por lo que hace al deterioro neurológico agudo y la infección a nivel de la cirugía de columna acompañada de disminución de la fuerza, sensibilidad y reflejos de miembros inferiores, se debió solicitar valoración por los servicios de Neurología o Neurocirugía.

98. De igual forma, se omitió solicitar revaloración por la UCI ante el deterioro de la función respiratoria que ameritó apoyo mecánico ventilatorio e interconsulta al servicio de Infectología ante el desarrollo de herida quirúrgica infectada con pobre respuesta al tratamiento a base de antibióticos, al continuar con abundante material seropurulento en la herida y picos febriles, o la transferencia de V al servicio de Medicina Interna ante la gravedad de sus diagnósticos.

99. También se debió solicitar al servicio de Endocrinología valoración de patología de base (hipotiroidismo, hipocortisolismo) y pedir estudios de laboratorio en preparación para la valoración por ese servicio.

100. Con lo anterior, se contravino lo establecido en los artículos 27, 32, 33 y 51 de la LGS; 7, 8, 9 y 48 del Reglamento LGS; y 8 del Reglamento del ISSSTE; así como lo recomendado en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave y GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium ya referidos.

101. Continuando con la atención de V, el 26 de agosto de 2021, sin que se pueda establecer la hora, V ingresó a la UCI, en donde se le recibió con los diagnósticos de neuroinfección por escherichia coli, coagulación intravascular diseminada, anemia severa grado III, osteomielitis de columna lumbar, escoliosis degenerativa T11-S1, postoperado de artritis posterior instrumentada, infección de herida quirúrgica no resuelta, encefalopatía multifactorial (delirium, encefalopatía metabólica), panhipopituitarismo (hipotiroidismo), cardiopatía isquémica crónica, en malas condiciones generales con anemia severa, con leucocitosis, proceso infeccioso documentado a nivel del sistema nervioso central; mal pronóstico por múltiples comorbilidades y con altas probabilidades de fallecimiento.

102. Esta Comisión Nacional en su Opinión Médica señaló que V fue ingresado tardíamente a la UCI, es decir a 90 días de la sospecha de sepsis de foco urinario, a 59 días de su reingreso al servicio de Urgencias con la sospecha de sepsis a nivel de herida quirúrgica y a 58 días de haber sido rechazado su ingreso a esa Unidad a pesar de cursar con el diagnóstico de sepsis.

103. El 27 y 28 de agosto de 2021, V continuó siendo atendido en la UCI, en la última fecha señalada, se le indicó con apoyo mecánico ventilatorio, oligoanuria¹³⁴, datos de hipoperfusión¹³⁵ generalizada, hiperlactatemia¹³⁶ con instauración de esquema de antibiótico sugerido por Infectología, a expensas de manejo médico óptimo presentó mayor deterioro hemodinámico que no respondió a doble vasopresor¹³⁷ dosis máxima, presentó alteraciones del ritmo cardiaco con posterior asistolia, se inició reanimación cardiopulmonar avanzada durante 20

¹³⁴ Situación en la que la cantidad de orina eliminada es insuficiente para la eliminación completa de las sustancias tóxicas producidas por el organismo.

¹³⁵ Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano.

¹³⁶ Aumento de la concentración de lactato en sangre se asocia con choque séptico.

¹³⁷ Fármaco que causa un aumento en la presión arterial.

minutos sin retorno espontaneo de la circulación, por lo que se determinó como hora de defunción las narración de hec horas; diagnósticos de defunción y tiempo de evolución choque séptico 12 horas, meningitis bacteriana 17 días; en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional se señaló que el personal médico de la UCI cumplió con lo señalado en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave.

104. En ese sentido, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, así como 9 y 26 del Reglamento de la LGS, en concordancia con el artículo 22 del Reglamento del ISSSTE, disposiciones en las que se señala la importancia de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, haciendo uso de los recursos físicos, tecnológicos y humanos con los que se cuenta, en atención a que los médicos tratantes son responsables de sus diagnósticos y tratamientos, así como de proteger, promover y restaurar la salud de quienes acuden ante ellos para recibir atención, bajo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

A.2. Personas Médico Residentes

105. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión

adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

106. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que el 31 de mayo de 2021, PMR, médico residente de tercer año en la especialidad de Cardiología, realizó una interconsulta a V sin la supervisión de un médico de base de ese servicio, lo que incumplió con los numerales 9.3.1, 9.3.4, 10.3, 10.5 y 11.4 de la NOM-De Residencias Médicas, en los que se establece que los profesores titulares y adjunto deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales de los médicos residentes, así como supervisar el desarrollo de los programas académico y operativo de la residencia médica; la educación de posgrado se debe recibir bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos; los médicos residentes deben contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias; participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes, siempre sujetos a las indicaciones y asesoría de los profesores y médicos adscritos.

107. Asimismo, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que PMR no sugirió solicitar valoración por la UCI y el servicio de Infectología ante la gravedad de los diagnósticos de V, omisiones que son responsabilidad del personal médico del servicio de Cancerología con carácter de jefe de servicio o médico adscrito que en esa fecha no supervisó las actividades del residente médico.

B. DERECHO A LA VIDA

108. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

109. Al respecto la CrIDH ha establecido que: “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”¹³⁸.

110. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021¹³⁹, señaló que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica

¹³⁸ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

¹³⁹ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.

111. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

112. La SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”¹⁴⁰.

113. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 personal médico del HR “1 de Octubre”,

¹⁴⁰ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

114. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que aunado a las patologías base del agraviado, la inadecuada e inoportuna atención médica que se brindó a V al no solicitar su valoración por la UCI a pesar de establecer el diagnóstico de sepsis con foco urinario; no requerir su transferencia al servicio de Medicina Interna debido a la gravedad y naturaleza de sus patologías; no pedir valoración por el servicio de Geriátrica ante el desarrollo de delirium; darlo de alta de manera anticipada aun con datos de delirium; no gestionar valoración por el servicio de Infectología de manera oportuna y cuando se realizó fue sin estudios de laboratorio y no se siguieron las indicaciones de dicho servicio; no solicitar valoración por el servicio de Endocrinología de manera oportuna ante el antecedente de panhipopituitarismo y al momento de requerirla fue sin resultados de control y nunca se concluyó el protocolo de estudio; negarle un primer ingreso a la UCI aun cuando ya se contaba con el diagnóstico de sepsis de origen en tejidos blandos; así como no realizar un seguimiento adecuado de la herida quirúrgica, lo que permitió evolucionar a osteomielitis y posteriormente a neuroinfección, diagnósticos que fueron advertidos y no fueron tratados de forma oportuna por el personal de salud, omisiones que en su conjunto, originaron un importante deterioro en la salud, calidad de vida de V y su posterior fallecimiento.

115. Por lo anterior, a las [redacted] horas de 28 de agosto de 2021, se determinó la muerte de V, señalando como diagnósticos de defunción y tiempo de evolución choque séptico (12 horas) y meningitis bacteriana (17 días).

116. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19

vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; constitucional; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

117. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona de 66 años al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del HR “1 de Octubre”.

118. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los

derechos y libertades de las personas”; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

119. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer:

(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.

120. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹⁴¹ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

¹⁴¹ Ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador.

121. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México¹⁴², explica con claridad que:

*(...) para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.*¹⁴³

122. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores¹⁴⁴, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

123. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su

¹⁴² Publicado el 19 de febrero de 2019.

¹⁴³ Párrafo 418.

¹⁴⁴ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

124. Además, en el artículo 18 del citado ordenamiento normativo indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

125. Por otra parte, es importante señalar que en la Recomendación 8/2020, se destacó:

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.¹⁴⁵

126. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos¹⁴⁶; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado

¹⁴⁵ Párrafo 93.

¹⁴⁶ CNDH. Recomendación 260/2022, párrafo 86.

de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

127. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”¹⁴⁷. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

128. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”¹⁴⁸.

129. Esta Comisión Nacional considera que, las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

¹⁴⁸ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

¹⁴⁹ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

130. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...)”¹⁵⁰, coincidiendo la Organización Mundial de la Salud al precisar que son de “(....) larga duración (...)”¹⁵¹.

131. La OMS ha establecido que cuando una persona presenta hipertensión significa que su tensión arterial es demasiado elevada. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular. También puede causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular¹⁵².

132. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica establece que dicho padecimiento multifactorial es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes mayor que 140/90 mmHg, en caso

¹⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

¹⁵¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

¹⁵² OMS. “Hipertensión”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada>.

de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes mayor que 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal mayor que 125/75 mkg, además de que entre 1.5 a 5% de todas las personas hipertensas mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica¹⁵³.

133. De igual forma, la OMS ha señalado que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo que cobran 17,9 millones de vidas cada año. Estas enfermedades constituyen un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas. (...) Para prevenir defunciones prematuras es preciso identificar a las personas expuestas a altos riesgos de enfermedades cardiovasculares y velar por que reciban el tratamiento adecuado.¹⁵⁴

134. La cardiopatía isquémica crónica es un síndrome caracterizado por una disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio que desde un punto de vista estructural, funcional o estructural y funcional afecte el libre flujo de sangre de una o más arterias coronarias epicárdicas o de la microcirculación coronaria¹⁵⁵;

135. Por lo expuesto, con motivo de la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y cardiopatía isquémica crónica, se le debió de haber brindado una atención adecuada y oportuna, a fin de evitar que su condición evolucionara a una osteomielitis y posteriormente a una neuroinfección,

¹⁵³ CNDH. Recomendación 255/2022, párrafo 28.

¹⁵⁴ [Enfermedades cardiovasculares \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-risk-factors)

¹⁵⁵ Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica.

que derivaron en su fallecimiento.

136. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona¹⁵⁶ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país¹⁵⁷.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

137. El artículo 6o., párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

138. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹⁵⁸, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida

¹⁵⁶ El principio pro persona se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona> consultado el 24 de noviembre de 2021.

¹⁵⁷ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

¹⁵⁸ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

integración del expediente clínico”¹⁵⁹.

139. Resulta aplicable la sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “[...] la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.¹⁶⁰

140. La NOM-Del expediente clínico establece:

[...] el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos [...], mediante los cuales se hace constar [...] las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social [...].

141. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico,

¹⁵⁹ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

¹⁶⁰ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.¹⁶¹

142. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁶²

143. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

¹⁶¹ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017.

¹⁶² CNDH, *Ídem*, párrafo 34.

144. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico y de enfermería, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

145. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

146. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

147. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió en la Opinión Médica las siguientes irregularidades:

147.1 En el expediente clínico no obran las notas médicas de evolución de los días 25 y 26 de mayo, 1 y 5 de junio, 2, 4, 5, 6 y 10 de julio, 2, 7, 8, 10, 16, 18, 20 y 25 de agosto de 2021 del servicio de Traumatología y Ortopedia, lo que no permitió establecer de manera fehaciente el tratamiento completo brindado a V.

147.2 AR4, AR6, AR8, AR9, AR11, AR12, AR15, AR17 y AR18 en las notas médicas de 6, 12, 13 y 29 de junio, 1, 3, 9, 11, 12, 22, 23 y 31 de julio, así como 1, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 26 de agosto de 2021, no señalaron sus nombres o lo hicieron en forma incompleta.

147.3 En el expediente no constan las notas médicas relativas al inicio y suspensión del apoyo mecánico ventilatorio implementado a V, a través del equipo puritan y tampoco la nota médica correspondiente al evento quirúrgico en el que se le sometió a un lavado quirúrgico y colocación del sistema VAC.

148. Con lo anterior, se incumplió con los numerales 5.1, 5.3 y 5.10 de la NOM-Del expediente clínico¹⁶³.

149. Es así, que resulta relevante la observancia obligatoria de la Norma-Del expediente clínico por parte del personal médico, a efecto de brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual no sólo se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud sino también al derecho que tienen los familiares de los pacientes a conocer la verdad.

¹⁶³ 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal. (...) 5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional. 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. (...).

E. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

150. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

150.1 AR1, AR3, AR11 y AR12, omitieron solicitar valoración por la UCI ante el diagnóstico de sepsis e insuficiencia renal aguda o indicar la transferencia de V al servicio de Medicina Interna; así como pedir valoración por el servicio de Infectología.

150.2 AR2, AR4, AR5, AR9 y AR10, omitieron solicitar valoración por la UCI ante el diagnóstico de sepsis e insuficiencia renal aguda o solicitar la transferencia de V al servicio de Medicina Interna; recolectar muestras para cultivos e interconsulta al servicio de Infectología; pedir interconsulta a los servicios de Neurocirugía y/o Neurología para descartar choque medular; al servicio de Geriatría ante el desarrollo de delirium.

150.3 AR2 dio de alta prematuramente a V aun con sintomatología de delirium, sin haber recuperado la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, así como con el diagnóstico de sepsis indicado por las especialidades de Medicina Interna y Cardiología.

150.4 AR6 omitió solicitar valoración por el servicio de Geriatría ante el diagnóstico de delirium; a los servicios de Urología o Cirugía General por la presencia de hematuria (sangre en la orina) y al servicio de Neurología o Neurocirugía por desarrollar parestesias en pierna izquierda secundarias a la cirugía de columna.

150.5 AR7 negó el ingreso de V a la UCI, aun cuando estableció el diagnóstico de sepsis y se contaban con elementos sugestivos de mal pronóstico y con alto grado de complicación.

150.6 AR2 y AR8, omitieron solicitar valoración por la UCI ante el deterioro de la función respiratoria de V que ameritó apoyo mecánico ventilatorio; debieron solicitar interconsulta a los servicios de Geriatría, Infectología, Neurología o Neurocirugía por los posibles diagnósticos de delirium, sepsis con origen en tejidos blandos, además de deterioro neurológico agudo y la infección a nivel de la cirugía de columna acompañada de disminución de la fuerza, sensibilidad y reflejos de miembros inferiores.

150.7 AR13 y AR14, omitieron solicitar valoración por la UCI ante la presencia de sepsis o indicar la transferencia de V al servicio de Medicina Interna por la gravedad y naturaleza de sus patologías; pedir valoración por el servicio de Geriatría al desarrollar delirium, así como valoración por el servicio de Endocrinología para manejo de patologías de base (hipotiroidismo, hipocortisolismo).

150.8 AR15 omitió solicitar interconsulta por la UCI por la presencia de sepsis o indicar la transferencia de V al servicio de Medicina Interna ante la

gravedad y naturaleza de sus patologías; así como indicar medidas antidelirium o pedir revaloración al servicio de Geriatría.

150.9 AR16 omitió identificar los factores de riesgo modificables desencadenantes en V para desarrollar delirium, no indicó actividades que fueran cognitivamente estimulantes o solicitar valoración por el servicio de Geriatría, así como valoración por la UCI o su transferencia al servicio de Medicina Interna ante la gravedad y naturaleza de los diagnósticos.

150.10 AR17 omitió revisar las notas médicas previas, en las que se señalaba el desarrollo de delirium, indicando manejo a base de buprenorfina, contrario a lo referido en la GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium.

150.11 AR18 omitió solicitar valoración por la UCI o la transferencia de V al servicio de Medicina Interna ante la gravedad y naturaleza de los diagnósticos.

150.12 En nota médica del servicio de Medicina Interna de las 19:00 horas de 26 de agosto de 2021, quedó documentada la negación de la atención médica que le fue solicitada a AR19.

150.13 Las personas servidoras públicas del servicio de Cancerología con carácter de jefe de servicio o médico adscrito, que el 31 de mayo de 2021 no supervisaron las actividades de PMR, quien no solicitó la valoración de V por la UCI y el servicio de Infectología ante la gravedad de sus diagnósticos, lo que vulneró la NOM-De Residencias Médicas.

151. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR4, AR6, AR8, AR9, AR11, AR12, AR15, AR17 y AR18, así como para el personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia de quienes no constan en el expediente las notas médicas de evolución de los días 25 y 26 de mayo, 1 y 5 de junio, 2, 4, 5, 6 y 10 de julio, 2, 7, 8, 10, 16, 18, 20 y 25 de agosto de 2021, además de las notas relativas al inicio y suspensión del apoyo mecánico ventilatorio implementado a V, a través del equipo puritan y la correspondiente al evento quirúrgico en el que se le sometió a un lavado quirúrgico y colocación del sistema VAC, con lo cual, como ya se precisó, infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del expediente clínico.

152. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que:

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...

Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución (...).

153. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

154. Con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia administrativa ante el OIC-ISSSTE, en contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 por la inadecuada atención médica brindada a V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

155. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una

violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

156. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, por lo que se deberá inscribir a V, QVI (parentesco de V), VI1 (parentesco de V), VI2 (parentesco de V) y, VI3 (parentesco de V), en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

157. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al

considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

158. En el “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”¹⁶⁴.

159. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que: “[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las

¹⁶⁴ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

condiciones propias de cada Estado Parte [...]”¹⁶⁵.

160. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

161. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la Ley General de Víctimas, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.

162. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, atención psicológica y tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género, ello con motivo del fallecimiento de V.

¹⁶⁵ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

163. Esta atención psicológica y tanatológica deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciendo información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

164. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"¹⁶⁶.

165. Por lo que, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, con la finalidad de que V, así como QVI, VI1, VI2 y VI3, sean inscritas en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral

¹⁶⁶ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Lo anterior para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

166. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

167. De ahí que, el ISSSTE deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el OIC-ISSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, por no proporcionar una atención médica adecuada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello, lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

iv. Medidas de no repetición

168. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

169. Las autoridades del ISSSTE, deberán implementar en el plazo de seis meses, contados 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 relacionado con el derecho a la protección de la salud, así como la debida observancia de la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave, GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium y de la NOM-De Residencias Médicas, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Cancerología, Geriátría, Infectología, Hematología, Psiquiatría, Cuidados Paliativos y UCI del HR “1 de Octubre”, al que asistan en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, en caso de seguir activos, además de la especial observancia de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico de los citados servicios, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas

facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

170. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Cancerología, Geriátría, Infectología, Hematología, Psiquiatría, Cuidados Paliativos y UCI del HR “1 de Octubre”, en la que se haga hincapié en la importancia de observar las recomendaciones contenidas en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave y GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium, que permitan diagnosticar y ofrecer tratamientos adecuados, oportunos e idóneos; además de describir las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, a fin de que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

171. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjuntan valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, atención psicológica y tanatológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con su

consentimiento, ofreciendo información previa, clara suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado; debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el OIC-SSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, por no proporcionar una atención médica adecuada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello, lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derechos proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados 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 relacionado con el derecho a la protección de la salud, así como la debida observancia de la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave, GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium y de la NOM-De Residencias Médicas, dirigido al personal médico de los servicios

de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Cancerología, Geriátría, Infectología, Hematología, Psiquiatría, Cuidados Paliativos y UCI del HR “1 de Octubre”, al que asistan en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, en caso de seguir activos, además de la especial observancia de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico de los citados servicios, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Cancerología, Geriátría, Infectología, Hematología, Psiquiatría, Cuidados Paliativos y UCI del HR “1 de Octubre”, en la que se haga hincapié en la importancia de observar las recomendaciones contenidas en la GPC-Diagnóstico y Tratamiento Sepsis Grave y GPC-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Delirium, que permitan diagnosticar y ofrecer tratamientos adecuados, oportunos e idóneos; además de describir las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, a fin de que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Designe a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

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

174. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

176. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM