

RECOMENDACIÓN NO. 71/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 180, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA, JALISCO.

Ciudad de México, a 30 de abril de 2025.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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, primer párrafo, 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; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2022/10833/Q**, relacionado con el caso de V.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64 y 115 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 1, 6, 7, 9,10,11 y 12 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, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Persona Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Personas Servidoras Públicas	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, dependencias, instancias de gobierno y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política, CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Expediente de Investigación Administrativa en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	Expediente Administrativo
Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico de apendicitis aguda	GPC-de apendicitis aguda
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto en el primer y segundo nivel de atención, SS-210-09	GPC-de la epilepsia en el adulto
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer, 2009	GPC-de la infección aguda del tracto urinario en la mujer

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en adulto; 2009	GPC-de sepsis grave y choque séptico
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento del desequilibrio ácido-base, IMSS-411-10	GPC-del desequilibrio ácido-base
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y reparación de la hernia umbilical; 2008	GPC-de la hernia umbilical
Guía de Práctica Clínica: laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto; IMSS-509-11	GPC-laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo
Guía de Práctica Clínica: tratamiento médico del estreñimiento funcional en el escolar y adolescente, IMSS-643--18	GPC-médico del estreñimiento funcional
Guía de Práctica Clínica: tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención. ISSSTE-359-12	GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas
Guía de Práctica Clínica: valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto; IMSS-455-11	GPC-valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de hipotensión ortostática en el adulto mayor, guía de referencia rápida; IMSS-778-15	GPC-diagnóstico y tratamiento de hipotensión ortostática en el adulto mayor
Hospital General Regional No. 180 del IMSS en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco.	HGR-180
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Laparotomía exploratoria	LAPE
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2013 Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	NOM-De Cuidados intensivos
Opinión Especializada en Materia de Medicina elaborada por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH	Opinión Médica Especializada
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. En 2015, V fue intervenida quirúrgicamente de la vesícula en el HGR-180 del IMSS, en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. No obstante, años después comenzó a presentar dolor abdominal y, durante los meses de julio y agosto de 2022, ingresó en diversas ocasiones al referido nosocomio, donde se omitió la realización oportuna de estudios que permitieran identificar el origen de su padecimiento. Posteriormente, al serle practicados dichos estudios, fue sometida a un procedimiento quirúrgico, durante el cual se le encontró una gasa en la cavidad abdominal, por lo que requirió de múltiples intervenciones adicionales.

6. Durante el seguimiento de la queja, se estableció comunicación telefónica en diversas ocasiones con QVI. El 12 de octubre de 2022, informó a este Organismo Nacional que, lamentablemente, V falleció el 5 del mismo mes y año en el HGZ-180. Por tal motivo, solicitó a esta Comisión Nacional que se investigara la atención médica brindada, al considerar que fue inoportuna y contribuyó a su fallecimiento.

7. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento de que, como resultado de la cirugía practicada a V, se le extrajo material textil (gasa) que había sido olvidado durante el procedimiento de colecistectomía abierta realizado en 2015 en el HGZ-180. Dicha gasa permaneció en su cavidad abdominal por más de siete años, lo que provocó el cuadro clínico que deterioró progresivamente su estado de salud, originando la queja presentada ante este Organismo Nacional y que culminó en su lamentable fallecimiento.

8. A causa de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2022/10833/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el HGR-180, 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. Escrito de queja presentada por QVI el 23 de agosto de 2022, en este Organismo Nacional.

10. Acta circunstanciada de 7 de septiembre de 2022, en la que se hizo constar la llamada telefónica entre personal de este Organismo Nacional y QVI, para participarle los hechos motivo de la inconformidad.

11. Acta circunstanciada de 12 de octubre de 2022, en la cual se hizo constar la llamada telefónica de personal de esta Comisión Nacional con QVI, quien informó que V lamentablemente falleció el 5 del mismo mes y año.

12. Oficio 095217614D15/251 de 14 de noviembre de 2022, mediante el cual personal del IMSS envió el expediente clínico de V integrado en el HGR-180, del que se destacó lo siguiente:

12.1. Copia del certificado de defunción a nombre de V elaborado el 5 de octubre de 2022, en el HGR-180, en el cual se estableció como causa directa de la defunción insuficiencia respiratoria aguda de un día, secundaria a choque séptico de 3 días de evolución y neumonía bacteriana de 17 días.

12.2. Nota de atención médica por el servicio de Urgencias elaborada el 26 de agosto de 2015 a las 10:27 horas, elaborada por AR1, personal médico adscrito a ese servicio.

12.3. Nota de Interconsulta al servicio de Cirugía General de 19 de julio de 2022 a las 10:40 horas, AR9, personal médico de ese servicio.

12.4. Nota de egreso del servicio de Urgencias elaborada el 19 de julio de 2022 a las 17:15 horas, por personal médico de ese servicio.

12.5. Nota inicial del servicio de Urgencias de 22 de julio de 2022 a las 9:11 horas, en el que personal médico adscrito al mismo, registró el reingreso de V.

12.6. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 22 de julio de 2022 a las 23:46 horas, elaborada por AR2 personal médico adscrito a ese servicio.

12.7. Nota de egreso (alta) de 23 de julio de 2022 a las 5:46 horas, suscrita por AR12 personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

12.8. Nota inicial urgencias de 25 de julio de 2022 a las 14:53 horas, elaborada por AR13 personal médico adscrito a ese servicio.

12.9. Reporte de ultrasonido de pared abdominal de 25 de julio de 2022, elaborado por personal médico del servicio de Radiología.

12.10. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 26 de julio de 2022 a las 00:41 horas, suscrita por AR2, personal médico adscrito a ese servicio.

12.11. Nota de egreso (alta) del servicio de Urgencias de 26 de julio de 2022 a las 12:35 horas, suscrita por AR3 personal médico adscrito a ese servicio.

12.12. Nota inicial del servicio de Urgencias de 1 de agosto de 2022 a las 13:18 horas, suscrita por AR4 personal médico adscrito a ese servicio.

12.13. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 1 de agosto de 2022 a las 16:40 horas, elaborada por AR8, personal médico adscrito a ese servicio.

12.14. Nota de solicitud de interconsulta de 1 de agosto de 2022, para una tomografía simple de abdomen, realizada por AR4, personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

12.15. Nota de egreso del servicio de Urgencias de 2 de agosto de 2022 a las 00:02 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.16. Nota de Interconsulta inicial al servicio de Cirugía General de 2 de agosto de 2022 a las 10:02 horas, elaborada por AR9, personal médico de ese servicio.

12.17. Nota de evolución del servicio de Urgencias de 2 de agosto de 2022 a las 10:15 horas, suscrita por AR3 personal médico adscrito a ese servicio.

12.18. Nota agregada de 2 de agosto de 2022 a las 12:22 horas, elaborada por AR9, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General.

12.19. Nota de evolución del servicio de Urgencias de 2 de agosto de 2022 a las 16:25 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.20. Nota de evolución del servicio de Urgencias de 3 de agosto de 2022 a las 00:13 horas, elaborada por AR13, personal médico adscrito a ese servicio.

12.21. Nota de historia clínica del servicio de Cirugía General de 3 de agosto de 2022 a las 3:49 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.22. Nota de egreso (alta) del servicio de Cirugía General de 4 de agosto de 2022 a las 8:40 horas, suscrita por AR11, personal médico adscrito a ese servicio.

12.23. Nota inicial del servicio de Urgencias de 6 de agosto de 2022 a las 21:04 horas, elaborada por AR5 personal médico adscrito a ese servicio.

12.24. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 7 de agosto de 2022 a las 2:40 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.25. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 8 de agosto de 2022 a las 13:30 horas, elaborada por AR11 personal médico adscrito a ese servicio.

12.26. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 10 de agosto de 2022 a las 20:05 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.27. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 11 de agosto de 2022 a las 17:30 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.28. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 13 de agosto de 2022 a las 9:35 horas, elaborada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.29. Nota del servicio de Cirugía General de 14 de agosto de 2022 a las 18:29 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.30. Nota preoperatoria del servicio de Cirugía General de 14 de agosto de 2022 a las 8:45 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.31. Nota postoperatoria del servicio de Cirugía General de 14 de agosto de 2022 a las 18:34 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.32. Nota de solicitud de Interconsulta del servicio de Cirugía General de 14 de agosto de 2022 a las 19:03 horas, elaborada personal médico adscrito a ese servicio.

12.33. Nota de interconsulta al servicio de Terapia Intensiva de 14 de agosto de 2022 a las 19:03 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.34. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 15 de agosto de 2022 a las 05:57 horas, realizada por AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.35. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 17 de agosto de 2022 a las 14:29 horas, elaborada por AR7 personal un médico adscrito a ese servicio.

12.36. Notas de evolución del servicio de Cirugía General del 18 al 22 de agosto de 2022 a las 14:29 horas, realizadas por AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.37. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 23 de agosto de 2022 a las 18:26 horas, elaborado por AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.38. Notas de evolución del servicio de Cirugía General del 24 de agosto al 1 de septiembre de 2022, realizadas por AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.39. Nota de interconsulta al servicio de Anestesiología de 2 de septiembre de 2022 a las 18:11 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

12.40. Notas de evolución del servicio de Cirugía General del 3 al 9 de septiembre de 2022, realizadas por personas servidoras públicas de ese servicio.

12.41. Nota postoperatoria de 9 de septiembre de 2022 a las 20:11 horas, suscrita por AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.42. Nota médica de 10 de septiembre de 2022 a las 10:12 horas, si bien se encuentra a nombre de V, no corresponde a su atención.

12.43. Notas de evolución del servicio de Cirugía General del 11 al 14 de septiembre de 2022, realizadas por AR6 y AR7 personal médico adscrito a ese servicio.

12.44. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 15 de septiembre de 2022 a las 10:55 horas, elaborada por AR6 personal médico adscrito a ese servicio.

12.45. Nota solicitud de interconsulta de 15 de septiembre de 2022 a las 19:00 horas, suscrita por AR7 personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva.

12.46. Nota solicitud de interconsulta de 15 de septiembre de 2022 a las 20:27 horas, suscrito por personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva.

12.47. Nota de solicitud de interconsulta al servicio de Terapia Intensiva de 15 de septiembre de 2022 a las 23:35 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.48. Nota de ingreso al servicio de Terapia Intensiva de 16 de septiembre de 2022 a las 6:46 horas, elaborada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.49. Nota de evolución del servicio de Terapia Intensiva de 17 de septiembre de 2022 a las 6:48 horas, suscrito por personal médico adscrito a ese servicio.

12.50. Nota de evolución del servicio de Terapia Intensiva de 17 de septiembre de 2022 a las 11:28 horas, realizada por personal médico adscrito a ese servicio.

12.51. Nota de evolución del servicio de Terapia Intensiva de 18 de septiembre de 2022 a las 14:47 horas, personal médico suscrito por ese servicio.

12.52. Nota de interconsulta al servicio de Cirugía General de 18 de septiembre de 2022 a las 19:32 horas, elaborada por una doctora adscrita a ese servicio.

12.53. Notas de evolución del servicio de Terapia Intensiva del 19 al 23 de septiembre de 2022, realizadas por personal médico adscrito a ese servicio.

12.54. Notas de evolución de los servicios de Cirugía General y Terapia Intensiva, de los periodos del 24 de septiembre al 5 de octubre de 2022, realizadas por personal médico del HGR-180.

13. Correo electrónico de 27 de abril de 2023, mediante el cual personal del IMSS remitió nuevas constancias del expediente clínico de V integrado en el HGR-180, de lo que se destacó lo siguiente:

13.1. Nota inicial de Urgencias de 18 de julio de 2022 a las 22:18 horas, elaborada por personal médico adscrito a ese servicio.

13.2. Informe de ultrasonido apendicular de 19 de julio de 2022 a las 05:37 horas, suscrito por personal médico adscrito al servicio de Radiología.

13.3. Nota de evolución del servicio de Urgencias de 22 de julio de 2022 a las 17:10 horas, suscrita por personal médico adscrito a ese servicio.

13.4. Reporte de patología de 22 de agosto de 2022, elaborado por personal médico adscrito al servicio de Patología.

14. Opinión Médica de 18 de enero de 2024, en la que personal de esta CNDH concluyó que la atención médica que se brindó a V en el HGR-180 fue inadecuada, además de observarse omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.

- 15.** Acta circunstanciada de 16 de febrero de 2024, en la que QVI informó respecto de la relación filial entre VI1 y VI2 con V; así como de la interposición de una Queja Médica, la cual se determinó que la atención brindada a V fue adecuada; al igual que de la denuncia penal que presentó por los mismos hechos, radicándose la Carpeta de Investigación respectiva.
- 16.** Acta circunstanciada de 22 de febrero de 2024, por el que QVI informó de VI3, además indicó que en breve enviaría las constancias con que cuenta la Carpeta de investigación.
- 17.** Oficio FGR/FEMDH/USQCR/1328/2024 de 15 de marzo de 2024, por el cual personal de la Fiscalía General de la República, indicó que no contaban con antecedentes de la existiera una Carpeta de investigación por los hechos relacionados a V.
- 18.** Correo electrónico de 22 de abril de 2024, por el que personal del OIC-IMSS informó de la radicación del Expediente Administrativo por la vista presentada por este Organismo Nacional respecto de la inadecuada atención médica brindada a V y las omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico en el HGR-180.
- 19.** Correo electrónico de 29 de mayo de 2024, por el cual personal del IMSS informó que AR1 renunció por lo que ya no prestaba sus servicios en el Instituto.
- 20.** Acta circunstanciada de 18 de octubre de 2024, por el cual personal del OIC-IMSS informó que el Expediente Administrativo continúa en integración.
- 21.** Actas Circunstanciadas de 10 y 11 de marzo de 2025, a través de las cuales personal de esta Comisión Nacional hizo constar las llamadas telefónicas con QVI, para conocer el estatus de la Carpeta de Investigación.

22. Acta Circunstanciada de 10 de marzo de 2025, por la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con personal del OIC-IMSS para conocer el estatus del Expediente Administrativo.

23. Correo electrónico de 12 de marzo de 2025, a través del cual el OIC-IMSS adjuntó copia del oficio 00641/30.102/0158/2025 de 17 de enero de 2025, a través del cual informó que toda vez que no se contaron con elementos suficientes que permitieran sustentar presuntas conductas irregulares se dictó Acuerdo de conclusión y archivo del Expediente Administrativo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 9 de marzo de 2024, este Organismo Nacional presentó vista administrativa al OIC-IMSS, por la inadecuada atención médica brindada a V en el HGR-180, así como por observarse omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que el 16 de abril de 2024, se inició el Expediente Administrativo, el cual se determinó en enero de 2024, mediante la causal de archivo por falta de elementos.

25. De igual modo, este Organismo Nacional, tuvo conocimiento por QVI del inicio de la radicación de una Carpeta de Investigación, sin embargo, la Fiscalía General de la República, informó que no contó con datos para corroborar el inicio de esta por los hechos ocurridos a V.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

26. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2022/10833/Q, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a 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, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGR-180, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

27. 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,¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la CPEUM, el derecho de toda persona a dicha protección².

¹ CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. 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.

² La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud 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”.

28. A nivel internacional, el derecho de protección a la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; 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”; así como en la sentencia de la CrIDH del *Caso Vera y otra vs Ecuador*.

29. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, omitió la adecuada atención médica que V requería para brindarle una mejor calidad de vida, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de las víctimas indirectas, 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

30. V, al momento de los hechos contaba con antecedentes médicos de importancia de colecistectomía abierta (cirugía para extirpar la vesícula biliar) en agosto de 2015 y dos cesáreas, la última hace 20 años.

31. En el caso de la colecistectomía, de acuerdo a la nota médica de 26 de agosto de 2015, de las 10:27 horas, elaborada por AR1 médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR-180, se hizo constar: "...femenino de 32 años, postqx cole laparoscópica asintomática (...) exploración física sin relevancia actual (...) colecistectomía por trocar (...)"; con lo cual se tiene la certeza que a V se le extrajo la vesícula biliar, según se indicó en la nota mediante la técnica de laparoscopia, que consistió en insertar una cámara de video diminuta e instrumentos quirúrgicos especiales a través de cuatro pequeñas incisiones y así extirparla; sin embargo como se detallara más adelante, no fue mediante esa técnica que en realidad se le extrajo la vesícula a V, con lo que se advirtió que en esa ocasión AR1 no realizó interrogatorio ni una exploración física a V.

❖ **Atención médica brindada a V**

32. El 18 de julio de 2022 a las 22:18 horas, V acudió al servicio de Urgencias del HGR-180, en donde fue atendida por personal médico adscrito al citado servicio, quien refirió en su nota como motivo de la consulta dificultad respiratoria, dolor abdominal y vómito, el cual se presentó en el pasillo del servicio, inició con el cuadro clínico el jueves, con malestar estomacal, sensación de distensión abdominal y dolor en epigastrio, motivo por el cual fue medicada, sin presentar mejoría, con persistencia de las náuseas y el vómito, contabilizando 10 en 24 horas, así como de pico febril, a la exploración física dirigida en el abdomen lo describió blando, depresible, timpánico, con dolor generalizado, con signo clínico de inflamación del apéndice, rebote positivo (maniobra sugestiva de peritonitis).

33. En vista de lo anterior, dicha profesionista refirió que V debía descartarse proceso

inflamatorio apendicular (apendicitis) e indicó su ingreso al área de Observación para complementación diagnóstica y solicitó: estudios de sangre, examen de orina y ultrasonido abdominal con rastreo de foco apendicular, como plan terapéutico administró inhibidor de la bomba de protones, tratamiento de las náuseas y vómito, sin analgésicos; desde el punto de vista médico, se tiene que ingresó al servicio de Urgencias con signos y síntomas relacionados con patología abdominal.

34. El 19 de julio de 2022 a las 17:15 horas, V fue dada de alta por personal médico adscrito al servicio de Urgencias y se indicó en la nota de egreso entre otras cosas, que se inició protocolo de estudio para descartar proceso apendicular, con base en las recomendaciones de la GPC-De apendicitis aguda. En los resultados de laboratorio y gabinete se reportaron datos compatibles con proceso infeccioso en vías urinarias, así que se le dio manejo con medicamento antimicrobiano; durante su estancia hospitalaria presentó mejoría en la sintomatología, con buena respuesta al tratamiento, signos vitales normales; motivo por el cual se decidió su alta del servicio con las indicaciones de acudir con médico familiar para seguimiento y continuar con medicamento antimicrobiano, además de medicamentos para tratar la fiebre, además de tratamiento para el vértigo, las náuseas y el vómito.

35. En la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional se observó que de acuerdo con los hallazgos clínicos, el servicio médico tratante integró el diagnóstico probable de apendicitis, por lo que correctamente se ingresó al servicio de Observación para iniciar protocolo de estudio que permitiera confirmar o descartar ese diagnóstico presuntivo y con ello normar conducta de atención; lo que se llevó a cabo con base en las recomendaciones de la GPC-De apendicitis aguda, asimismo, respecto a la atención que recibió durante ese internamiento se consideró adecuado al basarse en la GPC-de

la infección aguda del tracto urinario en la mujer.

36. El 22 de julio de 2022 a las 09:11 horas, V acudió nuevamente al servicio de Urgencias del HGR-180, donde fue valorada por personal médico adscrito a ese servicio, quien refirió en la nota médica que ingresó por presentar dolor abdominal (reingreso); pero ese día se exacerbó la sintomatología, al referir dolor abdominal difuso irradiado a región costolumbar, acompañado de náuseas, vómito, sin pico febril, con poca tolerancia a la vía oral, estreñimiento (sin especificar tiempo de evolución), dolor al orinar y presencia de sangre, a la exploración física la encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen sin masas o tumoraciones perceptibles a la palpación, dolor en todo marco cólico, de predominio en mesogastrio (unión del estómago a la pared abdominal) con irradiación a región costolumbar (sin referir el lado), sin datos de irritación peritoneal, signo de dolor a la puño percusión en región lumbar bilateral, por lo que indicó su ingreso al servicio de observación adultos para seguimiento, para ello solicitó estudios de laboratorio y gabinete, la administración de antiácido, analgésico, antiespasmódico y antiinflamatorio, por lo cual diagnosticó dolor abdominal e infección de vías urinarias, sitio no especificado.

37. Es así que en la Opinión Médico Especializada de este Organismo Nacional se indicó que desde el punto de vista médico legal, se tuvo una atención adecuada, debido a que se consideró el ingreso previo de V, así como sus antecedentes, además de que solicitó estudios de laboratorio, incluidos en esa ocasión pruebas de función pancreática para ampliar el abordaje y estudios de gabinete (radiografías) en busca de la causa de la patología abdominal para normar conducta; por consiguiente se contempló que el manejo médico fue con base en las recomendaciones de la GPC- laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo; en la cual se marcan las pautas diagnósticas ante un

síndrome doloroso abdominal.

38. El mismo 22 de julio, V permaneció internada y fue valorada por AR2 personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, por la presencia de una hernia ventral postincisional, que reportó el ultrasonido abdominal realizado ese día. También se refirió en la nota, que V continuó con intolerancia a la vía oral, náuseas y vómito a la ingesta de cualquier alimento sólido o líquido, micciones presentes, evacuaciones ausentes y signos vitales dentro de parámetros normales, por lo que el especialista indicó control y seguimiento por la consulta externa y sugirió interconsulta al servicio de gastroenterología para complementar el abordaje, diagnosticó hernia ventral sin obstrucción ni gangrena.

39. En la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional se estableció que las hernias abdominales agrandadas o dolorosas requieren cirugía para aliviar las molestias y reparar los defectos de pared; en el caso en particular de V, la hernia diagnosticada no presentó complicaciones, por lo que podía ser manejada en la consulta externa y nuevamente los resultados de laboratorio no arrojaron datos que sugirieran descompensación hemodinámica ni metabólica que requiriera tratamiento quirúrgico.

40. Con los resultados anteriores, el 23 de julio de 2022 a las 05:46 horas, AR12 personal médico adscrito al servicio de Urgencias, decidió el alta de V y refirió en su nota médica que al momento de su valoración, presentó mejoría clínica, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica ni de patología que requiriesen manejo quirúrgico de urgencia, por ese motivo indicó concluir tratamiento antimicrobiano por proceso infeccioso en vías urinarias y acudir a consulta externa del servicio de Cirugía General para manejo y seguimiento de la hernia postincisional diagnosticada; también mencionó que a su egreso V presentó mejoría de la sintomatología que motivó su ingreso, tolerando la vía oral,

abdomen con peristalsis³ presente, sin dolor a la palpación, ni datos de irritación peritoneal, pero omitió mencionar si V había evacuado.

41. En este egreso, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se observó que desde el punto de vista médico legal, se tuvo como precipitado el alta de V, una vez que se descartó patología quirúrgica urgente; por su parte los estudios de laboratorio y gabinete no reportaron procesos inflamatorios agudos y/o patologías diferentes a las reportadas en vías urinarias; incluso se amplió el protocolo de estudio en busca de la causa del cuadro clínico (pruebas de función hepática, renal y pancreática), además se realizó radiografía de tórax la cual reportó silueta cardíaca normal, pulmones sin consolidaciones ni derrames, radiografía de abdomen simple con mala distribución de gas, sin niveles hidroaéreos, coproestasis⁴ en colon izquierdo de ahí que se indicó la administración de metoclopramida (procinético intestinal) y continuar con seguimiento en la consulta externa de Cirugía General.

42. Aunque AR12, omitió comentar al respecto de la interconsulta al servicio de Gastroenterología sugerida, la cual era necesaria debido a las alteraciones en la motilidad intestinal (conjunto de movimientos que hacen posible que los alimentos se desplacen a lo largo de todo el sistema digestivo) con la que cursó V, y al momento de su alta médica los signos vitales de frecuencia cardíaca 75x, frecuencia respiratoria 19x, tensión arterial 90/60 mmHg, la cual estuvo con tendencia a la baja, lo que medicamente estaba relacionada con las alteraciones hidroelectrolíticas con las que cursó, por lo que no debió ser egresada hasta determinar su origen, tal y como lo recomienda la GPC-diagnóstico y

³ La peristalsis es una serie de contracciones musculares en forma ondulatoria que, cual banda transportadora, trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

⁴ Acumulación de heces en el intestino grueso.

tratamiento de hipotensión ortostática en el adulto mayor.

43. El 25 de julio de 2022, a las 14:53 horas, V acudió por tercera ocasión al servicio de Urgencias debido a persistencia del dolor abdominal, ausencia de evacuaciones de diez días de evolución (lo cual indicó que no había presentado evacuaciones en los internamientos previos), sin canalizar gases, con presencia de vómito en seis ocasiones de contenido gástrico y dolor intenso localizado a nivel de la hernia ventral, la cual le fue diagnosticada 48 horas previas; ante dichos síntomas AR13 indicó su ingreso al área de observación y valoración por el servicio de Cirugía General, además mantenerla en ayuno, canalizar con soluciones parenterales, inhibidor de la bomba de protones, antiemético, sin analgésicos, medidas generales, radiografía simple de abdomen, ultrasonido abdominal, laboratoriales prequirúrgicos; la reportó con signos vitales normales, por lo que diagnosticó hernia ventral y probable oclusión intestinal⁵; sin embargo, no realizó una adecuada semiología de la sintomatología abdominal y no indicó el manejo idóneo para la probable oclusión intestinal que diagnóstico y como lo recomienda GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas.

44. El 26 de julio del 2022, siendo las 00:41 horas, AR2 adscrito al servicio de Cirugía General, acudió a valorar a V y mencionó en su nota que contaba con el diagnóstico de hernia ventral postincisional; a la exploración física reportó entre otras cosas, doloroso a la palpación profunda en sitio de cicatriz quirúrgica correspondiente a LAPE⁶, defecto herniario de dos centímetros aproximadamente, sin cambios de coloración ni datos de

⁵ Manejo médico basado en las recomendaciones de la GPC-laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto; en la cual se marcan las pautas diagnósticas ante un síndrome doloroso abdominal.

⁶ La laparotomía exploratoria (LAPE) es una intervención quirúrgica utilizada con el fin de evaluar el estado de los órganos internos ubicados en el abdomen.

incarceración⁷, contenido reductible, sin irritación peritoneal, comentó los resultados de laboratorio de 22 de julio del 2022, los cuales se mostraron dentro de parámetros normales y el ultrasonido realizado en la misma fecha; con los datos anteriores concluyó que no existía complicación herniaria ventral que requiriera manejo quirúrgico urgente e indicó alta del servicio y manejo por la consulta externa para protocolizar tratamiento herniario.

45. Al respecto, en la Opinión Médica Especializada se indicó que desde el punto de vista médico legal no fue adecuado que AR2 realizara la valoración de V con los resultados de laboratorio y gabinete de 22 de julio del 2022, sobre todo por la persistencia de la sintomatología, aunado a que ya se habían solicitado nuevamente todos los estudios, tampoco mencionó lo referente al estreñimiento crónico y dolor abdominal que presentó y que el proceso herniario no explicaba; por lo que se observó que AR2 omitió ampliar el protocolo de abordaje médico en busca de la causa del cuadro clínico persistente de V, y que no había remitido al momento de indicar su alta, lo que produjo retraso en el diagnóstico oportuno y por ende, en el tratamiento adecuado.

46. El 26 de julio de 2024 a las 12:35 horas, AR3 adscrito al servicio de Urgencias decidió el alta de V, doce horas posteriores a su ingreso, quien mencionó que no contaba con datos de oclusión intestinal, con presencia de hernia ventral no complicada y comentó la radiografía de abdomen y coproestasis, lo cual correspondía con el estreñimiento crónico que refirió V; por ello indicó espasmolítico intestinal, senósidos (manejo para la constipación leve), dieta alta en fibra, abundantes líquidos y agendar cita en la consulta externa de Cirugía General.

⁷ La incarceration es el proceso de atrapamiento de alguna víscera, o parte de ella, en un orificio estrecho, sin poder volver a retornar a su lugar anatómico-fisiológico normal

47. Al respecto en la Opinión Médica Especializada, se observó que AR2, no abordó adecuadamente el estreñimiento, descartando la presencia de oclusión y/o obstrucción intestinal, por alteraciones en la movilidad intestinal o por adherencias abdominales, ya que V contaba con factores predisponentes (cirugías abdominales previas) e indicó el alta sin corroborar tránsito intestinal, evacuaciones, canalización de gases y sin realizar tacto rectal ni enema⁸, también indicó senósidos A y B, sin tener la certeza clínica de que V no presentó íleo paralítico⁹ o atonía¹⁰ (intestinal, con lo cual estarían contraindicados y basó su intervención médica en los estudios de laboratorio y gabinete de 22 de julio del 2022.

48. En ese mismo sentido, en la citada Opinión Médica Especializada se destacó que de la exploración física AR2 refirió en su nota "peristalsis adecuada en intensidad y frecuencia", lo cual medicamente es poco coincidente con un cuadro de estreñimiento de 10 días de evolución; de acuerdo con lo descrito en la literatura médica especializada, se menciona que la oclusión intestinal es un bloqueo que no permite el paso de comida ni líquido a través del intestino, entre las causas se encuentran las adherencias, hernias, medicamentos y procesos inflamatorios, que el diagnóstico debe estar basado en los hallazgos de la exploración física, radiografías de abdomen en diferentes posiciones, tomografía abdominal y ultrasonido; por ello, el tratamiento debe estar encaminado a restablecer el tránsito intestinal y a favorecer la descompresión; sin embargo, en el caso de AR2 omitió realizar dichas acciones, por lo que la atención médica fue inadecuada lo que propició que V continuara con su patología, mermando su estado general.

⁸ Procedimiento para limpiar el colon.

⁹ Los músculos del intestino, no permiten que pase la comida,

¹⁰ Falta de energía.

49. Además, se contó con el reporte ultrasonográfico que se le realizó a V de 25 de julio de 2022, elaborado por personal médico especialista en Radiología, en el cual mencionó que V tenía *"10 días sin haber defecado"* y entre paréntesis anotó: *"ojalá puedan ponerle un enema"*; sin embargo, AR2 pasó desapercibida dicha sugerencia, reforzando el hecho de no haber atendido adecuadamente a V, no resolviendo su patología.

50. En la misma Opinión Médica Especializada elaborada por este Organismo Nacional, se advirtió también que AR2 y AR3 desestimaron los datos del ultrasonido y de la radiografía respecto a la coproestasis, así como lo referido por V (estreñimiento de 10 días de evolución) motivo por el que no se completó el abordaje médico respecto a una probable oclusión intestinal, aunado a que el manejo que brindaron no fue el adecuado para V con coproestasis.

51. Por cuarta ocasión V acudió el 1 de agosto de 2022 a las 13:18 horas, al servicio de Urgencias, donde fue valorada por AR4 adscrito a ese servicio, con la misma sintomatología y estreñimiento de más de 18 días sin evacuar; en esa ocasión V le refirió a ese especialista además de sus antecedentes, que canalizó pocos gases y que continuó con náuseas y vómito. En dicha nota también se mencionaron los resultados del ultrasonido abdominal (sin especificar la fecha), en donde se observó una hernia ventral, por lo que fue valorada en dos ocasiones por Cirugía General que determinó sin datos de urgencia quirúrgica. También se mencionó pérdida de peso aproximadamente de 10 kilos en un mes. Con los datos anteriores, AR4 la ingresó al área de observación con el diagnóstico de dolor abdominal y pélvico, constipación contra oclusión intestinal, indicó soluciones parenterales, inhibidor de la bomba de protones, analgésicos antiinflamatorio, opioide y antiemético, medidas generales y realizar tomografía abdominal, así como

revaloración por Cirugía General.

52. Sin embargo, derivado de la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional, se observó que AR4 omitió indicar la colocación de sonda nasogástrica como lo recomienda la GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención, en donde se menciona que las personas pacientes con sospecha o diagnóstico de oclusión intestinal por adherencias se deberá colocar sonda nasogástrica, ya que el 90% de ellas mejoran con esta medida y permite valorar el volumen del gasto de dicha sonda para normar conducta, lo cual provocó que el cuadro clínico de V se perpetuara.

53. En esa misma fecha a las 16:40 horas, V fue valorada por AR8 adscrito al servicio de Cirugía General, quien describió que al momento de su intervención no presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica o de abdomen agudo, desestimando que mediante laboratorio se reportaron 15 mil leucocitos (siendo lo normal hasta 11 mil), indicativo de un proceso infeccioso no diagnosticado, por lo cual quedó pendiente la tomografía de abdomen y sugirió adecuadamente la colocación de sonda nasogástrica.

54. En la Opinión Médica Especializada señaló que AR8 desestimó la persistencia de la sintomatología de V, a pesar de los múltiples tratamientos prescritos, se observó un indicativo de un proceso infeccioso y/o inflamatorio no diagnosticado y la ausencia de evacuaciones por 18 días; por lo que la atención no fue adecuada para el padecimiento diagnosticado a V por obstrucción intestinal, lo que provocó un retraso en su tratamiento.

55. En cuanto a la Opinión Médica Especializada se observó la ausencia de notas médicas, además del reporte del estudio tomográfico de abdomen, solicitado el 1 de

agosto de 2022, contraviniendo la NOM-Del expediente clínico, situación que se verá en el apartado correspondiente.

56. Es hasta el 2 de agosto de 2022 a las 00:02 horas, que se elaboró nota de egreso del servicio de Urgencias, por personal médico adscrito a ese servicio, quien indicó que V ingresaría al servicio de Cirugía General y respecto al reporte de la tomografía simple de abdomen de 1 de agosto de ese año comentó:

"sin interpretación por médico radiólogo en la que se observa distensión de la cámara gástrica por contenido así mismo engrosamiento de la musculatura, a nivel intestinal con coproestasis generalizada y distensión de asas distales, no se observa líquido libre ni estriación de grasa. A nivel renal se observan hiperdensidades a nivel pielocalicial bilateral sin datos de ectasia¹¹".

57. Respecto al punto que antecede, en la Opinión Médica Especializada, AR4 y personal médico ambos del servicio de Urgencias, indicó que la presencia de materia fecal en todo el intestino, aparentemente sin complicaciones, así como proceso inflamatorio a nivel gástrico; por lo que ante los datos clínicos de proceso oclusivo intestinal, fue adecuado indicar su ingreso al servicio de Cirugía General para normar conducta y continuar con tratamiento a base de ayuno, soluciones parenterales, enema jabonoso cada 4 horas hasta lograr evacuación con un mínimo de tres, así como medidas y cuidados generales; sin embargo, V no fue enviada al servicio de Cirugía General retrasando aún más su tratamiento quirúrgico.

¹¹ Una ectasia es una dilatación o distensión de una estructura tubular.

58. El 2 de agosto de 2022 a las 10:02 horas, V fue revalorada por AR9 en el servicio de Cirugía General con un diagnóstico de obstrucción intestinal, lo reporto hemodinámicamente estable, signos vitales dentro del parámetro, sin datos clínicos de urgencia quirúrgica por el resultado de la tomografía de abdomen en la que solamente se evidencio la presencia abundante materia fecal en todo el marco del cólico, indico enema evacuante y quedo como servicio de interconsulta sin mencionar el ingreso al servicio desestimando el tiempo de evolución del cuadro clínico la persistencia de este y la nula respuesta al tratamiento establecido.

59. Lo anterior, de acuerdo con lo indicado en la Opinión Médica Especializada se consideró un manejo inadecuado basado en la GPC-tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención; y en la GPC-diagnóstico y tratamiento del desequilibrio acido-base.

60. El 2 de agosto de 2022 a las 10:15 horas, V fue valorado por AR3, del servicio de Urgencias, quien confirmo el diagnósticos de obstrucción intestinal por probable síndrome adherencial¹², desequilibrio hidroelectrolítico por hipocalcemia¹³, hiponatremia¹⁴, hipovolemia¹⁵ e hipocalemia¹⁶ acidemia metabólica severa¹⁷ lesión renal aguda KDIGO¹⁸ e hipoglucemia¹⁹ reportó signos vitales dentro de parámetros normales, con presencia de sonda nasogástrica, sin evacuaciones ni canalización de gases, a la exploración física con ausencia de peristálsis, dolor en marco cólico a la palpación media y profunda de

¹² Conjunto de signos y síntomas provocados por la formación de adherencias intraabdominales.

¹³ Niveles bajos de calcio en la sangre.

¹⁴ Bajo nivel de sodio en la sangre

¹⁵ Disminución de volumen circulante en la sangre.

¹⁶ Niveles de potasio bajo en la sangre.

¹⁷ Cuando se produce demasiado ácido en el cuerpo.

¹⁸ Las guías KDIGO se utilizan para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica.

¹⁹ Nivel bajo de azúcar en la sangre.

forma generalizada pero de predominio en flanco izquierdo, sin datos de irritación peritoneal, timpanismo²⁰ a la percusión; se inició la cuantificación urinaria, se realizó electrocardiograma por el desequilibrio electrolítico el cual mostró alteraciones asociadas a la hipocalcemia (prolongación del segmento QT), por tal razón el personal médico indicó terapia de reemplazo electrolítica, trombopprofilaxis, manejo a base de soluciones, analgésicos, protectores de mucosa gástrica así como indicaciones médicas y cuidados generales de enfermería, por lo que estaba pendiente revaloración por Cirugía General.

61. En la misma fecha a las 12:22 horas, V fue revalorada por AR9 adscrito al servicio de Cirugía General, quien la refirió al momento de su intervención hemodinámicamente estable, con dos valoraciones previas en las que se mencionó que no se encontraron datos de abdomen agudo que requieran solución quirúrgica, también refirió que V ya había evacuado debido al enema que le fue aplicado y que presentó mejoría posteriormente; con esos datos indicó continuar manejo establecido y quedó como Interconsultantes, sin que se hiciera mención del gasto a través de la sonda nasogástrica ni de resultados de laboratorio, desestimado a V quien había sido valorada en múltiples ocasiones por su servicio sin remitirlo.

62. Lo anterior, de acuerdo con lo indicado en la Opinión Médica Especializada se consideró un manejo inadecuado basado en la GPC-tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención; y en la GPC-diagnóstico y tratamiento del desequilibrio acido-base.

63. A las 16:25 horas, del 2 de agosto de esa anualidad, personal médico adscrito al

²⁰ El timpanismo es la hinchazón del abdomen causada por la presencia de gas en los intestinos o la cavidad peritoneal

servicio de Urgencias, valoró a V y refirió que no había presentado evacuaciones, con anorexia y dolor cólico generalizado; con presencia de sonda nasogástrica drenando 200 ml de características fecaloides, a la exploración física de abdomen con cicatriz queloide (engrosada y elevada) supra e infraumbilical, peristalsis ausente, doloroso a la palpación media y profunda de forma generalizada de predominio en flanco izquierdo sin datos de irritación peritoneal y timpánico a la percusión.

64. Lo anterior cobra relevancia, según lo indicado en la Opinión Médica, pues en la nota de 26 de agosto de 2015, se refirió que V había sido intervenida quirúrgicamente de colecistectomía por vía laparoscópica, cuyo procedimiento consiste en insertar una pequeña cámara de video e instrumentos quirúrgicos especiales a través de cuatro pequeñas incisiones para extirpar la vesícula biliar; sin embargo, al describir la presencia de una cicatriz abdominal en línea media supra e infraumbilical nos habla de un procedimiento quirúrgico denominado colecistectomía abierta que consiste en realizar un corte grande en el abdomen para extirpar la vesícula.

65. Continuando con la nota anterior, ese especialista indicó a nivel urinario un balance hídrico positivo de 539 ml²¹. Nuevamente describió los resultados de la tomografía simple de abdomen realizada el 1 de agosto del 2022²², reportó signos vitales de temperatura 36.1°C, frecuencia respiratoria 12 por minuto, frecuencia cardíaca 88 por minuto, tensión arterial 97/65 mmHg, saturación de oxígeno 88% y glucosa capilar 113 mg/dl; como plan terapéutico solicitó una serie de estómago duodenal y radiografía de tórax, además inició tratamiento con antimicrobianos por leucocitosis y continuó con vigilancia hemodinámica,

²¹ Lo que de acuerdo con la Opinión Médica Especializada significó retención de líquidos por disminución en la función renal.

²² Esto es distensión de cámara gástrica, coproestasis generalizada a nivel intestinal, estriación de mesenterio, ambas pelvis renales sin datos de hidronefrosis y no se diferencia estómago de duodeno.

reposición de calcio y medidas para la alcalosis metabólica con soluciones parenterales a base de cloruro de sodio.

66. Derivado de la Opinión Médica Especializada se determinó que desde el punto de vista médico legal, hasta ese momento la atención médica que se le brindó a V en el servicio de Urgencias fue adecuada para el cuadro clínico que se diagnosticó, basado en las recomendaciones de la GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención; así como en la GPC-del desequilibrio acido-base y GPC-del estreñimiento funcional en el escolar y adolescente que si bien es cierto V no era de ese grupo, en dicha guía se mencionan las pautas generales de tratamiento ante estreñimiento crónico.

67. El 3 de agosto de 2022 a las 00:13 horas, AR13 adscrito al servicio de Urgencias valoró a V y mencionó una vez más que pasaría a piso de Cirugía General para su manejo, por lo que a las 03:49 horas, se realizó su ingreso al citado servicio por personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, quien mencionó en su nota médica como antecedentes de importancia colecistectomía hace 8 años, con dos cesáreas de hace 20 y 22 años, además de que acudió por dolor abdominal de 18 días de evolución, acompañado de náuseas y vómito, por lo que ingresó a piso para manejo, vigilancia de gastro por sonda nasogástrica y control de electrolitos séricos, con diagnóstico de obstrucción intestinal postoperatoria por tomografía abdominal.

68. En la misma fecha a las 06:55 horas, AR11 personal médico adscrito al servicio de Urgencias, indicó el alta domiciliaria de V, bajo el argumento de que al momento de la valoración la encontró asintomática, con micciones y evacuaciones presentes, en ayuno por indicación médica, signos vitales dentro de rangos normales, a nivel abdominal con

presencia de cicatriz quirúrgica en línea media supraumbilical por colecistectomía, peristalsis adecuada en intensidad y frecuencia, se palpa defecto herniario de 2 cm aproximadamente sin cambios de coloración ni datos de incarceration, con contenido reductible, sin datos de irritación peritoneal y drenaje de sonda nasogástrica de 20 cc aproximadamente en 24 horas de características biliares, por lo cual estableció como plan terapéutico mantenerla de prealta con vigilancia y de continuar estable hemodinámicamente valorar alta en turnos posteriores.

69. El 4 de agosto de 2022, V fue valorada por AR11 del servicio de Cirugía General, con solicitud para valoración preanestésica y cita en consulta externa para la programación de hernioplastia ventral (procedimiento para reparar una hernia en esa parte del cuerpo).

70. En la Opinión Médica Especializada se indicó al respecto que desde el punto de vista médico legal, se tuvo que la atención brindada a V en esa ocasión, fue adecuada; toda vez que se integró un diagnóstico distinto, obstrucción intestinal, el cual se abordó con la colocación de sonda nasogástrica, realización de tomografía simple de abdomen, que reportó la presencia de material fecal en todo el intestino por lo que se realizó enemas evacuantes; asimismo, se atendieron las complicaciones intestinales por mala absorción (desequilibrio electrolítico) y la falla renal aguda consecuente. Sin embargo, AR11 del servicio de Cirugía General, actuó de manera inadecuada por haber dado de alta a V, sin haber resuelto el cuadro clínico, toda vez que, se integró el diagnóstico de obstrucción intestinal que no había sido resultado de acuerdo con las recomendaciones en la GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención. Descartando un procedimiento quirúrgico urgente.

71. Por quinta ocasión, el 6 de agosto de 2022, a las 04:00 horas V reingresó al servicio de Urgencias, por presentar obstrucción intestinal, así como probable crisis de ansiedad, por lo cual AR5, refirió en su nota que V inició con dolor severo súbito aproximadamente a las 2:00 pm, última evacuación a las 11:00 am, presencia de vómito en tres ocasiones, reportó signos vitales dentro de parámetros normales y como hallazgos en la exploración física abdomen semigloboso a expensas de tejido adiposo, distensión abdominal, dolor severo generalizado a la palpación superficial de especial predominio sobre región de hernia ventral donde se observó cambio de coloración y a la auscultación peristaltismo abolido (contracciones musculares), de igual forma, encontró datos de oclusión intestinal y abdomen agudo, motivo por el que indicó su ingreso para manejo e interconsulta a Cirugía General, así como realizar tomografía de abdomen, colocación de sonda nasogástrica, laboratoriales de control y manejo médico a base de ayuno, soluciones parenterales, cuidados y medidas generales.

72. En Opinión Médica Especializada, la atención otorgada fue inadecuada con la GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención, al no solicitar de manera urgente valoración por Cirugía General, debido a que lo reportó con datos clínicos de hernia complicada y cuadro de obstrucción abdominal.

73. El 7 de agosto de 2022 a las 2:40 horas, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, valoró a V con diagnóstico de hernia ventral y la encontró hemodinámicamente estable, sin datos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, de abdomen agudo, hernia no complicada, sin criterios de urgencia quirúrgica, con el antecedente de múltiples cuadros de obstrucción intestinal probablemente relacionados con patología herniaria, por lo que decidió el ingreso de V al servicio de Cirugía General

para protocolo quirúrgico y le fue realizada una tomografía simple de abdomen que reportó distensión de la cámara gástrica, abundante coprostasis, defecto herniario de 0.8 cm, sin datos de aire o líquido libre, sin zonas de cambios sugestivos de malignidad.

74. El 8 de agosto de 2022, AR11 especialista en Cirugía General refirió que V ya contaba con protocolo prequirúrgico completo, por lo que estaba en espera de tiempo quirúrgico, debido a ello ajustó la dosificación de los senósidos y la mantuvo en vigilancia estrecha. En ese sentido, en la Opinión Médica Especializada se observó que no se refirió en las notas médicas los motivos por los que V permaneció en el servicio de Urgencias a pesar de estar indicado su pase a piso de Cirugía, en la nota de 10 de ese mes y año, el personal médico tratante del servicio de Urgencias, mencionó que V, con larga estancia, se encontraba en espera de ingresar a piso de Cirugía General para protocolo quirúrgico y que persistía con evolución insidiosa.²³

75. Es hasta el 11 de agosto de 2022, a las 13:30 horas, que V ingresó al servicio de Cirugía y fue valorada por AR11 de ese servicio, quien la encontró estable, sólo en espera de tiempo quirúrgico, por lo que indicó actualizar los estudios de laboratorio y ajustó tratamiento y líquidos.

76. El 13 de ese mes y año siendo las 09:35 horas, PSP1 de ese servicio valoró a V y comentó los resultados de estudio tomográfico simple de abdomen realizado el día anterior, los cuales arrojaron:

“presencia de estómago retencionista distendido y contenido gástrico hasta fondo, además de un tumor que involucra estómago, duodeno, vía biliar,

²³ Cualquier padecimiento que comienza lentamente y que al principio no tiene síntomas obvios.

porta e hígado, con engrosamiento de paredes de predominio en región prepilórica y píloro²⁴, con presencia de disminución de la luz que se extiende hasta duodeno, aproximadamente hasta la 2da porción, asas de intestino delgado distendidas, marco colónico con presencia de abundante coproestasis, no presencia de líquido libre ni aire libre en cavidad, no se identifican masa, no megalias, ni adenopatías retroperitoneales, sonda nasogástrica con gasto gastrobiliar 400 cc en 24 horas".

77. Por lo que señaló el 14 de ese mes y año como fecha de cirugía para realizar la plastia ventral, toda vez que V presentó mejoría con el manejo médico y se encontraban en espera de tiempo quirúrgico.

78. El 14 de agosto de 2022, fue valorada por PSP1 del servicio de Cirugía General quien estableció como plan quirúrgico la hernioplastia ventral y laparotomía exploradora. Como diagnóstico indicó obstrucción intestinal, hernia ventral no complicada y tumor abdominal, además como riesgo quirúrgico: sangrado, infección del sitio quirúrgico, infección por COVID-19, lesión a órganos o estructuras adyacentes, necesidad de reintervención quirúrgica, hernia postincisional, anafilaxia²⁵, paro cardiorrespiratorio y muerte. De igual forma, en la nota de las 18:29 horas la médica tratante refirió: *"familiar del paciente [QVI] comenta que [V] está pasando por crisis emocionales y algunos cuadros de psicosis, no descarta la posibilidad de consumir cuerpos extraños por lo que también solicita sea valorada por psiquiatría".*

79. Respecto a lo anterior, desde el punto de vista de la Opinión Médico Especializada

²⁴ El píloro es la abertura posterior del estómago por el cual pasan los alimentos al intestino.

²⁵ La anafilaxia es una reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgico. Un alérgico es una sustancia que puede ocasionar una reacción alérgica

se advirtió que el manejo en la atención de V fue adecuado, ya que ante la persistencia de la sintomatología, el personal médico tratante indicó su pase al servicio de Cirugía General para protocolizar tratamiento quirúrgico, ante los hallazgos de la tomografía simple de abdomen antes mencionados, por lo cual se programó LAPE, así como la hernioplastia ventral para reparar el defecto de pared abdominal con base en la bibliografía médica de especialidad aplicable al caso y a las recomendaciones de GPC-de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención y en la GPC-de la hernia umbilical, en la cual se describen los algoritmos de diagnóstico y tratamiento para los defectos de pared abdominal.

80. El 14 de agosto de 2022 a las 18:34 horas, PSP1 personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, realizó nota postoperatoria en la cual describió que se realizó LAPE y hernioplastia ventral y como hallazgos fibrosis y adherencias duras, así como despulimiento de colon y de yeyuno y cuerpo extraño (textil) en región de espacio de Morrison, es decir, espacio de la cavidad peritoneal, entre la cara inferior del lóbulo derecho hepático y el polo superior del riñón derecho. La cápsula del cuerpo extraño se envió a patología. Con lo anterior, indicó como diagnóstico postoperatorio: tumor benigno de otros sitios especificados, hernia ventral, con obstrucción, sin gangrena, cuerpo extraño (textil) y disrupción de duodeno, con lo que propuso tratamiento con antibiótico, analgésicos y soluciones. En el dictado quirúrgico se mencionó lo siguiente:

"(...) se diseca por planos hasta llegar a cavidad, encontrando induración franca con adherencias severas en espacio de Morrison, se realiza adherenciolisis, liberando colon, presentando despulimiento así como yeyuno que genera despulimiento, el cual ambos, se reparan con seda atraumática 2-0, se procede a continuar realizando disección, extrayendo

cuerpo extraño (textil) se diseca, se realiza aseo de cavidad donde se encontraba cuerpo extraño y visualizando disrupción de duodeno primera porción, se realiza coquerización, se procede a realizar cierre primario en dos planos con vicryl del 2-0 y seda atraumática, 2-0 del estómago y del duodeno, se coloca gelfoam así como epiplón avocado en dicho sitio, para posteriormente realizar incisión en estómago exclusión pilórica con seda atraumática, a 40 cm del ángulo de Treitz, se diseca y se realiza corte de yeyuno para subir a las gastroyeyunoanastomosis en dos planos con vicryl (...) se procede a realizar 40 cm de la gastroyeyunoanastomosis yeyuno yeyuno anastomosis termina lateral en dos planos con vicryl 2-0 (...) se verifica hemostasia y se procede a colocación de drenajes tipo Penrose derechos suprahepáticos, en espacio de Morrison interasa y pélvicos izquierdos subfrénicos a anastomosis de gastroyeyunoanastomosis a yeyuno yeyuno anastomosis a hueco pélvico, se extraen textiles completos se procede a cierre por planos (...) complicaciones ninguna, sangrado 1000 cc, condición grave, pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones fístula gástrica, fístula entérica, fistula duodenal".

81. En la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional se precisó que lo antes expuesto significó que durante el procedimiento quirúrgico, al abrir la cavidad abdominal, personal médico que practicó la cirugía, encontró múltiples adherencias en el espacio de Morrison, que son bandas de tejido cicatrizal que se forman dentro de la cavidad, las bandas se forman entre dos o más órganos o entre los órganos y la pared, en este caso se encontraron las adherencias en el espacio de Morrison, que comprende la cara inferior del lóbulo derecho hepático y el polo superior del riñón derecho, las cuales fueron liberadas.

82. Continuando con la referida Opinión Médica Especializada, se observaron una serie de complicaciones derivadas de la presencia de un cuerpo extraño (textil) en cavidad por tiempo prolongado, como lo fue el despulimiento del colon y del yeyuno, lesión en duodeno (disrupción) lo que motivó su cierre y separación del estómago el cual fue conectado a la cara lateral del yeyuno para conservar la función, posteriormente se separó del estómago y unió a este al yeyuno, para conservar la función tanto del estómago, yeyuno y duodeno. No pasó desapercibido que la descripción del procedimiento es escueta y no aporta detalles acerca del "despulimiento" descrito como su localización exacta, extensión y complicaciones derivadas de esa alteración macroscópica, así como la posible causa de este; tampoco aporta detalles descriptivos de la "disrupción del duodeno en la primera porción".

83. Sin embargo, esa falta de minuciosidad por parte del especialista en la realización de su nota, no representó una complicación en el procedimiento quirúrgico que se le realizó a V ni en su patología; la cual estuvo directamente relacionada con la presencia de cuerpo extraño (textil) en cavidad abdominal por tiempo prolongado, que por su ubicación (espacio de Morrison), se determinó desde el punto de vista médico legal que fueron dejados y olvidados ahí cuando se le realizó la extirpación de la vesícula hace 7 años. Por ello se establecieron indicaciones postquirúrgicas, así como cuidados generales de enfermería, además de que ingresó a piso de Cirugía General para control y seguimiento. Es importante resaltar que los hallazgos descritos de la cirugía son consecuencia directa de ese textil en cavidad, los cuales explican el cuadro clínico de V, caracterizado por dolor abdominal persistente con coproestasis, náuseas y vómito.

84. El 14 de agosto de 2022 a las 19:03 horas, V fue valorada por PSP1 al servicio

de Cirugía General y la reportó en curso de sus primeras horas de postquirúrgico, con signos vitales dentro de parámetros normales y debido a que se le realizó cirugía mayor, solicitó interconsulta al servicio de Terapia Intensiva, en donde fue valorada a las 19:30 horas, por un médico adscrito quien la encontró en regulares condiciones generales, con palidez de piel y tegumentos, presencia de herida quirúrgica en abdomen en línea media supraumbilical con bordes bien afrontados, sin datos de infección o sangrado activo y drenajes tipo Penrose en ambos flancos con gasto serohemático, moderadamente doloroso a la palpación profunda, al momento de la valoración sin datos de falla orgánica, así que sugirió vigilancia estrecha y aporte calórico, en caso de presentarse mayor deterioro se solicitó nuevamente valoración por el servicio.

85. El 16 de agosto de 2022, a las 05:57 horas, AR7 personal médico adscrito al servicio de Cirugía General valoró a V y la refirió en la nota médica con signos vitales dentro de parámetros normales, hemodinámicamente estable, sin datos clínicos de respuesta inflamatoria (sin mencionar cuáles consideró), sin falla renal, pero con disminución del índice urinario, por lo que ajustó el tratamiento agregando diurético en dosis única y suspendió la administración de albúmina (para mantenimiento del volumen intravascular) con drenajes quirúrgicos, izquierdo con gasto mínimo y derecho con contenido gastrointestinal, es por esto que solicitó colocación de sonda nasoyeyunal para alimentación parenteral²⁶ y la reportó delicada no exenta de complicaciones.

86. El 17 de agosto de 2022, a las 14:29 horas, V fue valorada por AR7, quien mencionó en la nota médica encontrarla con aumento del contenido en los drenajes tipo Penrose localizados en ambos flancos (en abdomen), el derecho con características serosas (1050cc en 24 horas) y el izquierdo con características serosas (150cc en 24

²⁶ Forma de alimentación que se administra en una vena y no pasa por el aparato digestivo.

horas), lo que medicamente indicó que existió salida excesiva de líquido por la herida con alto contenido de proteínas; por lo que solicitó estudios paraclínicos de control, también reportó mejoría en la uresis²⁷. En esa nota el cirujano, describió: *"hallazgos de cirugía: fibrosis y adherencias duras, así como despulimiento de colon y yeyuno cuerpo extraño (textil) en región de espacio de Morrison que condiciona disrupción del duodeno primera porción con fibrosis severa con material purulento"*; datos acerca de las complicaciones que presentó V derivadas de la presencia del textiloma²⁸ en cavidad abdominal, aunado a que se confirmó la presencia de proceso infeccioso a ese nivel.

87. Del 18 al 22 de agosto de 2022, AR7 y PSP1 del servicio de Cirugía General señalaron en nota médica que V presentó buena respuesta al manejo médico pues disminuyeron los gastos a través de los drenajes Penrose localizados en ambos flancos y se inició con dieta oral blanda con buena tolerancia. Sin embargo, el 23 de ese mes y año, AR7 reportó presencia de gasto a través del Penrose localizado en flanco derecho de tipo biliar intestinal, por lo que agregó antibiótico y solicitó tomografía de abdomen con doble contraste para identificar posible sitio de fuga.

88. Del 24 de agosto al 1 de septiembre de 2022, AR7 y personal médico del servicio de Cirugía General indicaron en nota médica que V continuó en el servicio de Cirugía General, se mantuvo hemodinámicamente estable, persistencia de leucocitosis (18.1 miles/dl), sin datos de abdomen agudo, en ayuno y con antibioticoterapia, además se le colocó catéter venoso central para iniciar dieta NPT (nutrición parenteral) con 1600 Kcal; debido a que persistió dolor en sitio de la herida quirúrgica se indicó curación cada 12

²⁷ Pérdida involuntaria de orina.

²⁸ El textiloma o gossypiboma es el término acuñado para describir una masa compuesta por una matriz de algodón que es olvidado en una cavidad, posterior a una intervención quirúrgica.

horas, así como drenaje de la misma, ante la sospecha de una probable fístula abdominal se le mantuvo en control y con medidas para mejorar su estado general para programar cirugía exploratoria y reparar posible sitio de fuga. En todas las notas hasta ese momento se comentó que se esperaba mejorar las condiciones generales de V; sin embargo, hemodinámicamente se encontró estable, apta para realizar cirugía exploradora que permitiera saber de dónde se estaba fugando material biliar y/o intestinal el cual continuó drenando por sitio de la herida quirúrgica.

89. El 2 de septiembre de 2022, a las 18:11 horas, V fue valorada por personal médico adscrito al servicio de Anestesiología, quien realizó valoración prequirúrgica; toda vez que fue programada para LAPE por dehiscencia de anastomosis. Así como un riesgo quirúrgico ASAII (paciente que padece una enfermedad sistémica leve, puede ser tratada con precaución). Se destacó en la Opinión Médica que, para ese momento, se encontró hemodinámicamente estable, sin datos de sangrado activo por laboratorio, con parámetros normales; sin proceso infeccioso clínico a pesar de mantenerse con leucocitosis (18.1 mil/dl) pero ya contaba con esquema antibiótico (meropenem). Por ello, la valoración por anestesiología fue adecuada, tal como lo recomienda la GPC-valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto.

90. Del 3 al 8 de septiembre de 2022, V continuó en las mismas condiciones fue estando a cargo del servicio de Cirugía General por AR7 y AR10, en espera de fecha para LAPE. Derivado de la Opinión Médica, la especialista de este Organismo Nacional refirió que no se mencionó nada respecto de la tomografía de abdomen contrastada que le fue solicitada ni se justificó por alguno de los médicos tratantes los motivos de la espera para realizar el segundo evento quirúrgico programado (LAPE), que permitiera conocer el sitio anatómico de la probable fístula intestinal que condicionó la salida de contenido

biliar a través de los drenajes y poder repararla, antes de que se complicase con un cuadro séptico por lo que fue inadecuada la atención médica de acuerdo con las recomendaciones de la GPC-laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo.

91. El 9 de septiembre de 2022, se llevó a cabo la LAPE programada a V, quien para ese momento presentó una hemoglobina de 9.7 mg/dl, hematocrito 29% y plaquetas de 357 miles/dl. AR7 elaboró nota postoperatoria a las 20:11 horas, en la cual mencionó que realizó adherenciolisis en el espacio subdiafragmático, que observó colección de características purulentas de aproximadamente 150cc, integridad de gastroyeyunoanastomosis y muñón yeyunal, dehiscencia de muñón gástrico y muñón duodenal, por lo que procedió a realizar gastrectomía²⁹ distal, se colocó drenajes tipo Saratoga, uno hacia hueco pélvico de lado derecho y otro hacia sitio de dehiscencia, realizó lavado quirúrgico de cavidad. En los hallazgos refirió adherencias Zuhlke 11 y 111 asa-pared-asa-asa-estómago-pared-hígado; absceso subdiafragmático derecho de 150cc, dehiscencia de muñón gástrico y duodenal, deserosamiento (disrupción) de ciego de aprox. 4cm, material intestinal en cavidad. No reportó incidentes ni accidentes. Indicó uso de aminos administradas por anestesiólogo e indicación de pasar a piso de cirugía.

92. Esto de acuerdo a la Opinión Médica referida, significó que se localizó un absceso en el espacio subdiafragmático derecho, que los muñones gástrico y duodenal se abrieron, drenando contenido gástrico a cavidad, por lo que se le realizó lavado quirúrgico y reparación de las dehiscencias mencionadas, aunado a múltiples adherencias entre órganos, intestino y pared abdominal, así mismo se encontró una disrupción a nivel del ciego, por lo que también drenó contenido intestinal a cavidad y tuvo que ser reparado.

²⁹ Consiste en la extirpación de una parte del estómago

Posteriormente ingresó a piso de Cirugía General, con tratamiento antimicrobiano previamente establecido a base de meropenem y analgesia. Desde el punto de vista médico, se tuvo que fue adecuado realizar la LAPE, para encontrar y reparar el defecto que provocó drenaje de material intestinal y biliar en cavidad abdominal; si bien es cierto, que se dejó a V en espera por tiempo prolongado, también lo es que contaba con tratamiento antibiótico y vigilancia estrecha para advertir cualquier complicación.

93. Durante los días del 11 al 14 de septiembre de 2022, V presentó en los estudios de laboratorio leucocitosis, por lo que el AR6 y AR7 mantuvieron el esquema antibiótico, ajustaron las soluciones parenterales, solicitaron estudios de laboratorio de control, así como rayos X de tórax, debido a que también presentó taquicardia (119 latidos por minuto). No se cuenta con hojas de indicaciones médicas ni de intervención de enfermería para conocer la terapéutica empleada en esos días, ya que en las notas medicas solamente se mencionó uso de antibioticoterapia sin especificar, lo que incumple la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que, no fue posible conocer el tratamiento establecido y si este fue el adecuado para su cuadro clínico.

94. El 15 de septiembre de 2022, AR6 adscrito al servicio de Cirugía, refirió en su nota médica que V presentó alteraciones en el estado de alerta, hipoacusia³⁰ súbita, bradipsiquia³¹ y bradilalia,³² los signos vitales fueron reportados dentro de límites normales; sin embargo, en la exploración física la reportó como alerta, orientada y tranquila.

³⁰ Incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos.

³¹ Lentitud psíquica, mental o de pensamiento.

³² Ralentización del habla, característica de algunas enfermedades nerviosas.

95. Sin embargo, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que AR6 omitió especificar los cambios en el estado de alerta y consideró que estuvieron ligados con el aumento de gasto a través de la herida quirúrgica en abdomen y drenajes de Penrose, lo que condicionó desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que se indicó mantenerla en ayuno, laboratorios de control y TAC de cráneo, así como vigilancia del estado de alerta, siendo adecuado buscar la etiología de la sintomatología reportada para V, como lo recomienda la GPC-del desequilibrio ácido-base.

96. El 15 de septiembre de 2022, AR7 adscrito al servicio de Cirugía comentó en su nota médica que V fue valorada por el servicio de Medicina Interna, en donde se propuso intubación orotraqueal, así como interconsulta a Terapia Intensiva, por lo que solicitó laboratoriales de control de forma urgente. La interconsulta por el servicio de Medicina Interna se realizó a las 20:27 horas por personal médico de esa adscripción el cual reportó en su nota médica que V se encontró en mal estado general, con deterioro del estado de conciencia con Glasgow³³ de 5 puntos, con pupilas midriáticas, se auscultó estertores finos en ambas bases pulmonares y observó edema leve en ambas extremidades, con esos datos diagnosticó deterioro del estado de conciencia secundario a desequilibrio hidroelectrolítico (sin especificarlo) a descartar evento vascular cerebral y anemia, por lo que se indicó intubación orotraqueal por deterioro del estado de alerta lo cual se informó a VI3 y aceptó el procedimiento al firmar la hoja de consentimiento informado, por lo que se llevó a cabo la intubación orotraqueal con ventilación mecánica asistida sin complicaciones, también solicitó su ingreso al servicio de Terapia Intensiva de manera prioritaria por tratarse de una paciente joven sin comorbilidades, de acuerdo con la NOM-Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

³³ La Escala de Coma de Glasgow es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es de 15 puntos.

97. El servicio de Terapia Intensiva, a través del personal médico tratante, valoró a V en esa misma fecha a las 23:35 horas, quien refirió su ingreso al servicio y la reportó muy grave con alto riesgo de complicaciones. Hasta ese momento, V había presentado complicaciones por la presencia crónica del cuerpo extraño (textil), las cuales condicionaron la precaria respuesta al manejo médico; lo que comprometió su estado hidroelectrolítico y hemodinámico.

98. El 16 de septiembre de 2022, a las 06:46 horas, personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva mencionó en su nota, que se le realizaría a V un hemocultivo, cultivo de aspirado bronquial y urocultivo para ajustar esquema antimicrobiano, de acuerdo con lo recomendado en la GPC-diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. De igual forma, indicó pronóstico basado en la escala APACHE II³⁴ 15 puntos y SOFA³⁵ 6 puntos, indicadores que medicamente se utilizan para predecir la mortalidad de personas pacientes ingresadas en unidades de Cuidado Intensivo (UCI), cuyo puntaje otorgado a V fue de 12% de mortalidad a corto plazo y por SOFA con fallo orgánico con 49% de mortalidad dentro de las primeras 48 horas tras su ingreso a la Terapia Intensiva.

99. El 17 de septiembre de 2022 a las 06:48 horas, personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva, en su nota médica refirió que se le realizó a V recambio de catéter venoso central de lado derecho al izquierdo por larga data, con poca respuesta

³⁴ La escala APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), combina hallazgos clínicos y de laboratorio, para dar como resultado un puntaje que tiene como finalidad predecir la mortalidad de pacientes ingresados en unidades de cuidado crítico.

³⁵ La Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment): es una escala que valora la disfunción orgánica.

neurológica por sedación, en ventilación mecánica, sin necesidad de apoyo de aminas vasopresoras por TAM de 83 mmHg (lo cual indicó que hemodinámicamente se encontró estable), a nivel de abdomen reportó herida quirúrgica con bordes bien afrontados, edematizados (hinchazón), con gasto hemático (sin que se especifique cantidad), presencia de estoma³⁶ con gasto biliar fétido, peristalsis disminuida, en ayuno con nutrición parenteral y reporte de glucemia capilar de 105 mg/dl; manejo antimicrobiano.

100. En la misma fecha, a las 11:28 horas, V fue valorada por personal médico del mismo servicio el cual en su nota refirió campos pulmonares con disminución de los ruidos respiratorios en tercios inferiores, crépitos³⁷ finos inspiratorios bilaterales, movimientos respiratorios sin limitación, se le realizó prueba para determinar una probable fuga, con la infiltración de glucosa con azul de metileno a través de sonda nasogástrica; sin embargo, no se presentó fuga por los drenajes de Saratoga. Con lo anterior, ordenó continuar con manejo antimicrobiano y antifúngico, además de solicitar pruebas cruzadas para paquetes globulares y concentrados plaquetarios en caso de que se requiera una cirugía. Se le transfundió paquete globular para corregir proceso de anemia reportado en laboratoriales (hemoglobina 8.2 mg/dl).

101. El 18 de septiembre de 2022, a las 14:47 horas, el personal médico del servicio de Terapia Intensiva reportó, con base en los resultados de tomografía de abdomen contrastada oral, una probable fuga a cavidad, por lo que se solicitó interconsulta a Cirugía General para normar conducta. A las 19:32 horas, fue valorada por una especialista adscrita al servicio de Cirugía General, quien mencionó en su nota que derivado de las condiciones generales de V, como lo eran hemoglobina de 7.8 mg/dl,

³⁶ Abertura artificial localizada en el abdomen para desviar la salida de heces u orina, al exterior.

³⁷ Ruido que se escucha cuando una persona respira.

plaquetopenia (38 mil), inestabilidad hemodinámica con tendencia a la taquicardia (123 latidos por minuto), no era candidata para cirugía mayor, por lo que sugirió mejorar sus condiciones para poder realizarle reparación quirúrgica.

102. Hasta ese momento los diagnósticos de V fueron sepsis abdominal y pulmonar, neumonía intrahospitalaria, postquirúrgico de LAPE con extracción de cuerpo extraño, aseo quirúrgico, cierre primario de estoma, exclusión pilórica, gastroyeyunoanastomosis, yeyunoanastomosis, postoperada de segunda LAPE por adherenciolisis, gastrectomía distal, cierre de muñón duodenal; bicitopenia (disminución de dos de las tres líneas celulares), anemia normocítica normocrómica grado 11 por OMS, trombocitopenia (con menos de 150.000 plaquetas por microlitro de sangre en circulación) grado moderada, desequilibrio hidroelectrolítico y alcalosis³⁸ respiratoria.

103. Del 19 al 23 de septiembre de 2022, V continuó en el servicio de Terapia Intensiva, se le transfundieron 10 paquetes globulares para mejorar sus condiciones hemáticas y poder programar cirugía para reparar nuevamente la fuga mediante una LAPE, por lo que se continuó el doble esquema antimicrobiano, con nutrición parenteral y reposición de electrolitos, como lo recomienda la GPC-diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. Dentro de ese periodo, el 21 de ese mes y año, personal especialista del servicio de Terapia Intensiva indicó traqueostomía por intubación prolongada.

104. El 22 de septiembre de 2022, personal especialista reportó en su nota la presencia de crisis convulsivas de novo (primera manifestación de síndrome del Stokes-Adams),

³⁸ Disminución del nivel de dióxido de carbono-un ácido- o el aumento del nivel de bicarbonato-una base- hacen que el cuerpo esté demasiado alcalino.

por lo que administró diazepam y ajustó dosis de sedación, de igual manera solicitó de forma urgente realizar tomografía simple de cráneo, para normar conducta. De acuerdo con la nota médica de las 12:20 horas de ese mismo día, un doctor del servicio de Cirugía General mencionó que le fue realizada la tomografía de cráneo, la cual no evidenció datos de hemorragia y/o isquemia, por lo que solicitaría interconsulta al servicio de Neurología, con base en lo recomendado en la GPC-diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto en el primer y segundo nivel de atención. Por lo anterior, se le programó el tercer evento quirúrgico denominado LAPE para el 26 de ese mes y año.

105. El mismo día a las 20:13 horas, V fue valorada por personal médico adscrito al servicio de Neurología quien mencionó en su nota médica que presentó estado de hipoperfusión tisular craneal³⁹ por uso concomitante (que actúa conjuntamente con otra cosa) de aminos vasoactiva y sugirió realizar resonancia magnética de encéfalo y electroencefalograma, por ello dejó manejo a base de levetiracetam cada 12 horas por sonda nasogástrica y diazepam para rescate, en caso de presentar evento convulsivo. Con esos datos diagnosticó mioclonía⁴⁰.

106. El 23 de septiembre de 2022, a las 12:56 horas, PSP2 especialista del servicio de Terapia Intensiva, realizó traqueostomía⁴¹, e indicó transfusión de concentrados plaquetarios por hemoglobina de 8.9 mg/dl, indicativo de anemia aguda.

107. Del 24 al 25 de septiembre de 2022, de acuerdo con las notas médicas de ese periodo se observó que V continuó en espera de LAPE programada para el 26 de ese

³⁹ Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos para mantener la función cerebral.

⁴⁰ Espasmos rápidos-contracciones-y súbitos de un músculo o grupo de músculos.

⁴¹ Abertura enfrente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada.

mes y año, en turno vespertino, con manejo previamente establecido, así como con transfusión de paquetes globulares y concentrados plaquetarios, para mejorar sus condiciones generales y disminuir los riesgos quirúrgicos.

108. El 26 de septiembre de 2022 a las 14:37 horas, PS2 del servicio de Terapia Intensiva, mencionó en su nota médica Glasgow de 3, ya sin sedación, con altos gastos por drenaje de Saratoga y herida quirúrgica a nivel abdominal, se le transfundieron 5 paquetes globulares y 5 concentrados plaquetarios para poder llevar a cabo la LAPE programada. A las 20:47 horas, AR7 realizó nota postquirúrgica en la cual detalló que se programó a V para realizar una LAPE debido a la fuga de material fétido y biliar por herida quirúrgica; como hallazgos reportó abdomen congelado, muñón duodenal abierto en su totalidad, gastroyeyuno-anastomosis íntegra, muñón gástrico íntegro sin evidencia de fugas; como incidentes y accidentes reportó perforación incidental de colon transversal de aproximadamente 0.3 cm a nivel del ángulo colónico derecho, la cual se advirtió y reparó en tiempo y forma. Indicó ayuno enteral por 3 días y paso a Terapia Intensiva.

109. El 27 de septiembre de 2022 a las 06:54 horas, personal médico especialista adscrito al servicio de Terapia Intensiva, valoró a V y refirió en su nota que la encontró en sus primeras horas de postquirúrgico, por lo que reportó taquicardia de 125 latidos por minuto, sin uso de aminos, con apoyo ventilatorio a través de traqueostomía, afebril, con datos de respuesta inflamatoria (sin especificarlos), con abdomen congelado, muy grave y con altas posibilidades de complicación, pronóstico malo para la vida y la función, omitiendo detallar el tratamiento médico, por lo que ante la falta de este no es posible determinar si fue adecuado el manejo, sin que obre en el expediente clínico hoja de indicación médica y de intervención y registros de enfermería del citado servicio, lo que inobserva la NOM-Del Expediente Clínico.

110. El 28 de septiembre de 2022 a las 12:35 horas, PSP2 adscrita al servicio de Terapia Intensiva, refirió en su nota médica los diagnósticos de sepsis de origen abdominal y pulmonar, neumonía intrahospitalaria, postoperada de LAPE con extracción de cuerpo extraño, aseo quirúrgico, cierre primario de estómago, exclusión pilórica, gastroyeyuno anastomosis, yeyuno anastomosis (14 de agosto de 2022), postoperada LAPE, adherenciolisis, gastrectomía distal, cierre de muñón duodenal, con colocación de sonda de duodenostomía⁴², cierre primario de perforación de colon transverso (26 de septiembre de 2022). Con probable encefalopatía anoxicoisquémica, crisis convulsiva de primera vez sintomática aguda, alcalosis metabólica más alcalosis respiratoria, estatus de traqueostomía.

111. La reportó con signos vitales de frecuencia respiratoria 14 por minuto, frecuencia cardíaca 112 pulsaciones por minuto, tensión arterial 109/77 mmHg, saturación 96%, por lo que indicó que V cursaba con datos de respuesta inflamatoria sistémica, con aporte vasopresor y bajo ventilación mecánica; se le realizó resonancia magnética de cráneo, debido a que continuó con deterioro neurológico y la tomografía de cráneo no evidenció alteraciones visibles por ese método, quedando en espera de resultados. Por ello, continuó manejo médico preestablecido (sedoanalgesia óptima, anticomicial, ventilación mecánica, dieta parenteral, insulina exógena por razón necesaria, cuidados de herida quirúrgica, cuantificación de gasto por drenajes, fármacos antsecretorios, trombopprofilaxis, control estricto de líquidos y antibioticoterapia).

112. A las 21:45 horas de esa fecha, personal médico adscrito al servicio de Terapia

⁴² Apertura quirúrgica del duodeno, con el fin de explorarlo en su interior o tratar alguna de sus patologías.

Intensiva, en su nota de evolución y actualización del cuadro clínico de V anotó los resultados de la resonancia magnética la cual reportó datos compatibles con Síndrome de Lance Adams⁴³, se caracteriza por mioclonías de acción y ataxia cerebelosa,⁴⁴ por lo cual se continuó el manejo preestablecido, se indicó disminución progresiva de aminas vasoactivas, así como vigilancia del estado neurológico; los signos vitales se reportaron dentro de parámetros normales (T/A 100/65 mmHg, Temp. 36 °C, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto).

113. El 29 de septiembre de 2022, PSP2 del servicio de Terapia Intensiva, comentó en su nota médica que se suspendió la norepinefrina (apoyo vasoactivo) por control de presión arterial media, con aporte nutricional por NTP (nutrición parental), neurológicamente con respuesta ocular ante la estimulación, presencia de reflejos fotomotor, corneal, tusígeno⁴⁵ y nauseoso, algesia⁴⁶ conservada, ROTs (reflejos) +/+++++, ventilación a través de traqueostomía, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido en la base derecha y leves crépitos basales de predominio izquierdo con sibilancias espiratorias diseminadas, la herida quirúrgica en abdomen, afrontada con presencia de eritema⁴⁷ periférico, con escaso gasto seroso, drenaje derecho con gasto de 105cc en 24 horas de características biliar y el izquierdo con gasto de 215cc serohemático en 24 horas, sonda de duodenostomía con gasto biliar de 500cc en 24 horas, a nivel urinario con gasto de 12980cc en 24 horas, sin fiebre, pero con datos de SRIS,⁴⁸ sin evidencia de hemorragia activa, se continuó el manejo establecido y la

⁴³ Complicación rara que sigue tardíamente a episodios hipóxicos (poco oxígeno) o de hipotensión prolongada ya recuperado

⁴⁴ Es la repentina incapacidad de coordinar los movimientos musculares debido a una enfermedad o lesión al cerebelo.

⁴⁵ Que produce tos.

⁴⁶ Sensibilidad al dolor.

⁴⁷ Enrojecimiento de la piel.

⁴⁸ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

vigilancia.

114. El 30 de septiembre de 2022, PSP2 indicó el egreso de V de la Terapia Intensiva e ingreso a aislamiento en el servicio de Cirugía General, por máximo beneficio y presencia de gérmenes multirresistentes; se le dejó manejo establecido a base de los siguientes medicamentos: omeprazol, metamizol, paracetamol, levetiracetam, hipromelosa, loperamida ocreotide, gentamicina, ciprofloxacino, caspufungina y tigeciclina; de igual forma, se reportaron los resultados de resonancia magnética de 28 de septiembre de 2022: hiperintensidad cortical de forma difusa, con predominio fronto-temporal bilateral en T2 y FLAIR,⁴⁹ con encintamiento cortical y restricción a la difusión, lo que sugiere diagnóstico de encefalopatía anoxo-isquémica, probablemente secundaria a los descensos mantenidos de la hemoglobina; además se observó material ferromagnético (sin detallar). Estaba pendiente el manejo de una probable fístula duodenal, hacia cavidad, por lo que se envió de la Terapia Intensiva al servicio de Cirugía para normar conducta.

115. El 1 de octubre de 2022, PSP1 adscrita al servicio de Cirugía, valoró a V y mencionó en su nota que cursó sus primeras horas de reingreso al servicio de Cirugía General, sin apoyo de aminos vasoactivos, hemodinámicamente estable, sin datos de sangrado activo, dependiente de ventilación mecánica a través de traqueostomía, con gastos elevados por duodenostomía y drenajes, con manejo antiseptor, reposición hidroelectrolítica, cultivo de aspirado bronquial positivo para *acinetobacter baumannii*, con manejo a base de antimicrobiano (meropenem), resto del manejo sin cambios.

⁴⁹ Es una secuencia potenciada en T2, en la que se anula la señal proveniente del líquido cefalorraquídeo. La sustancia blanca se observa de menor intensidad en relación con la sustancia gris.

116. Del 2 al 4 de octubre de 2022, AR7 y PSP1 del servicio de Cirugía General señalaron en nota médica que V presentó evolución tórpida, poco reactiva al medio sin respuesta a estímulos, con apoyo nutricional por NTP, sin aminos, pero dependiente de ventilación mecánica, últimos resultados de laboratorio con leucocitosis (12.7 mil/dl), se le continuó esquema antibiótico, así como de reposición de líquidos. Presentó taquicardia y diaforesis⁵⁰ de forma intermitente el día 4 de ese mes y año (frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto), con reporte de gastos altos por herida quirúrgica a nivel abdominal, drenajes de Saratoga y sonda enteral, con mal pronóstico a corto plazo, ese día QVI firmó consentimiento médico de no realizar maniobras de reanimación avanzada y AR7, adscrito al servicio de Cirugía General, reportó en su nota médica conducta agresiva de QVI hacia personal médico; por lo que derivado de la Opinión Médica especializada ese especialista omitió solicitar apoyo emocional para QVI, debido al pronóstico malo para la vida de V, de acuerdo con las recomendaciones de la GPC-cuidados paliativos.

117. El 5 de octubre de 2022, AR7, en su nota de las 18:10 horas, indicó que se notificó por parte del servicio de Enfermería que V se encontró sin signos vitales, por lo que al acudir a valorarla observó que no presentaba pulso ni trazo electrocardiográfico y debido a que se solicitó la no realización de maniobras de reanimación avanzada, se estableció su defunción a las 16:50 horas con los diagnósticos de insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico y neumonía bacteriana; complicaciones derivadas de la presencia de larga evolución del cuerpo extraño (textil), en cavidad abdominal, el cual comprometió primeramente su estado hidroelectrolítico y hemodinámico, que condicionó la precaria respuesta al manejo médico quirúrgico, agregándose proceso infeccioso, debilitando aún

⁵⁰ Sudoración excesiva.

más su estado clínico y sobreagregándose proceso infeccioso intrahospitalario⁵¹ que terminaron por provocar el deceso de V.

118. Finalmente, en el reporte de patología de 22 de agosto de 2022, elaborado por personal médico adscrito a dicha área, en el cual se realizó el análisis de la muestra de la cápsula del textiloma extraído a V el 14 de agosto de 2022, se describió un *“tejido de granulación acompañado de proceso inflamatorio mixto y formación de abscesos, sin evidencia de malignidad en el material analizado”*. Es importante mencionar que la pieza enviada a patología fue únicamente la cápsula que se formó alrededor del cuerpo extraño.

119. Por todo lo anterior, desde el punto de vista de la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional, se observó que V presentó una serie de complicaciones médicas derivadas de la presencia del material de curación (gasas) en cavidad abdominal, las cuales dieron paso a la formación de lo que medicamente se denomina textiloma, como resultado de la encapsulación del cuerpo extraño en la cavidad abdominal; por la ubicación en la que fue encontrado (espacio de Morrison) se tiene un alto grado de probabilidad que estas le fueron dejadas en cavidad 7 años previos al realizarle la colecistectomía abierta en el HGR-180.

120. En ese orden de ideas, las gasas en la cavidad abdominal de V provocaron el inicio del cuadro clínico motivo de la queja; tiempo en el que generó cambios inflamatorios importantes en cavidad abdominal, que comprometió la función no solo intestinal, sino renal, gástrica, pilórica y pancreática, lo cual sumado a la formación de adherencias en la cavidad abdominal por las múltiples cirugías, hicieron más complejo el cuadro clínico.

⁵¹ Neumonía.

La literatura médica al respecto refiere, que la presencia de un cuerpo extraño en cavidad genera una amplia gama de sintomatología, que pueden relacionarse con otras patologías más frecuentes, como fue el caso de V y que en el caso de un textiloma, no es un diagnóstico que se considere de primera instancia en los pacientes, aunado a que no existe un estudio de gabinete estándar que pueda evidenciarlo, siendo la mayoría de las veces un hallazgo transquirúrgico, como ocurrió en el presente caso.

121. Dentro de la referida Opinión, se indicó que el daño producido en el intestino, colon y estómago, que presentó V por la cronicidad del textiloma, condicionaron la presencia de complicaciones y de la pobre respuesta al tratamiento médico quirúrgico; lo cual comprometió su estado metabólico y hemodinámico, que no pudo ser recuperado a pesar del manejo adecuado y oportuno; por lo que su fallecimiento obedeció a las complicaciones derivadas de haber dejado material de curación (gasas) en cavidad abdominal durante el procedimiento quirúrgico denominado colecistectomía en el año 2015 realizado por AR1.

122. Así las cosas, el precitado personal médico adscrito al HGR-180, dejó de lado actuaciones que, en su conjunto, contravienen las funciones que tienen encomendadas, al haber omitido la apropiada prestación del servicio que estaban obligados a proporcionar en cada una de sus intervenciones, por lo que las irregularidades acreditadas vislumbran el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, por abstenerse de acatar los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica, a efecto de evitar las conductas señaladas, mismas que derivaron en la inadecuada prestación del servicio de salud a V, ante la falta de atención idónea y de calidad que estaban obligados a brindarle, ya que sus hallazgos ameritaban atención y seguimiento especializado para limitar la progresión de su enfermedad, la cual no se le otorgó.

123. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional la debida diligencia con la que debió actuar AR1 a cargo de brindar la atención médica a V como lo refiere la jurisprudencia de la SCJN, al indicar que existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina⁵².

124. Por lo expuesto en apartados que preceden, es posible hacer hincapié en que del análisis de las evidencias que anteceden, AR1 incumplió simultáneamente en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II, 51, 77 bis y 37, fracciones I y III, de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS; que en términos generales, establecen que la persona paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad y calidez, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico a tiempo y certero, que a su vez, proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

125. Lo anterior debido a que durante la colecistectomía que AR1 le realizó a V en el año 2015, ocasión en la que olvidó material de curación (gasa) en la cavidad abdominal, además de la inadecuada descripción de ese proceso quirúrgico, lo que propició en su conjunto un retraso, así como un manejo médico inadecuado, desestimando en múltiples ocasiones el cuadro clínico de V por parte de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 para establecer el diagnóstico oportuno de textiloma que presentó V y, por lo tanto, de implementar el tratamiento que ameritaba oportunamente,

⁵² <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2002570>

lo cual condicionó que el cuadro clínico continuara su evolución natural y derivara en su lamentable fallecimiento el 5 de octubre de 2022.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

126. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales,⁵³ por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

127. 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,”*⁵⁴ en ese sentido, la SCJN ha determinado que *“(…) 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 (...).”*⁵⁵

⁵³ 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; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

⁵⁴ 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>.

⁵⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

128. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,⁵⁶ señaló que:

(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica 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.

129. Respecto al derecho a la vida, en el presente caso las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, también son el soporte que permitieron a esta Comisión Nacional acreditar la violación a su derecho a la vida, pues se pudo concluir que las complicaciones experimentadas durante el curso clínico y tratamiento de V, fueron consecuencia directa del olvido de las gasas en la cavidad abdominal durante la colecistectomía en el año 2015 (7 años atrás); omisión que propició el padecimiento de textiloma, que se hizo evidente hasta el año 2022 al manifestar V síntomas y dolores en el abdomen, situación que fue motivo de 5 internamientos y varias intervenciones quirúrgicas, atención que si bien fue adecuada, no fue suficiente para evitar que V lamentablemente falleciera por lo avanzado en el daño producido en el intestino, colon y estómago.

130. Derivado de la inadecuada descripción de la colecistectomía, existió retraso por en establecer el diagnóstico oportuno de textiloma que presentó V, así como omisiones en la atención médica brindada a V por parte de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8,

⁵⁶ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

AR9, AR10 AR11, AR12 y AR13, por lo tanto, de implementar el tratamiento que ameritaba, lo cual fue determinante para que el cuadro clínico continuara su evolución natural y derivara en su fallecimiento el 5 de octubre de 2022. De lo expuesto, se concluye que AR1, como el personal médico del HGR-180, vulneró en agravio de V el derecho 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; 29, párrafo segundo, constitucionales; 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 HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

131. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información, por lo que este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁵⁷ párrafo 27, 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 integración del expediente clínico.”

132. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el

⁵⁷ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁵⁸

133. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que:

*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, magnetoópticos (...), 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 (...).*⁵⁹

134. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias 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.

⁵⁸ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁵⁹ Introducción, párrafo segundo.

135. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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.⁶⁰

136. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

137. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, indicaron diversas inobservancias en la integración del expediente clínico integrado en el HGR-180 correspondiente al periodo de atención que se brindó a V durante sus internamientos, al no contar con las hojas de enfermería e indicaciones médicas completas de los servicios de Urgencias, Cirugía General y Terapia Intensiva, así como los reportes de los múltiples estudios de gabinete que le fueron realizados a V; en específico se observó que la nota del 10 de septiembre de 2022 a las 10:12 horas, no corresponde a la atención brindada a V a pesar de estar a su nombre, las notas médicas no cuentan con los nombres completos de quien

⁶⁰ CNDH, párrafo 34.

elabora, con lo cual se incumplió los puntos 5.1, 6.2.3 y 6.2.6⁶¹ de la NOM-Del Expediente Clínico.

138. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones; sin embargo, el personal médico y de enfermería persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

D. RESPONSABILIDAD

D.1 Responsabilidad de las personas servidoras públicas

139. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 AR11, AR12 y AR13 provino de la falta de diligencia con que se condujo en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI,

⁶¹ **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. **6.2.3** Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; **6.2.6** Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

VI1, VI2 y VI3, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

139.1.AR1 omitió en la colecistectomía que realizó a V en el año 2015, retirar el material de curación empleado (textiloma) en la misma, dejado y olvidado en la cavidad abdominal lo que produjo, debido al tiempo que permaneció el cuerpo extraño encapsulado en ese lugar, múltiples afecciones que comprometieron el estado hemodinámico, metabólico e hidroelectrolítico, lo que condicionó una mala respuesta al manejo-quirúrgico que se le brindó a V, lo que obedeció en forma directa en su deceso.

139.2.En el caso de AR2, no fue adecuada que realizara la valoración de V con los resultados de laboratorio y gabinete de 22 de julio del 2022, por la persistencia de la sintomatología, además de que ya se habían solicitado una vez más todos los estudios; tampoco se refirió al estreñimiento crónico y dolor abdominal que presentó y que el proceso herniario en ese momento no explicaba; por lo que omitió ampliar el protocolo de abordaje médico en busca de la causa del cuadro clínico que persistía de V, sin que esto repercutiera en su evolución.

139.3. AR3 desestimó los datos de la radiografía respecto a la coproestasis, así como lo referido por V (estreñimiento de 10 días de evolución) y no completó el abordaje médico respecto a una probable oclusión intestinal, aunado a que el manejo que brindó no fue el adecuado para personas pacientes con coproestasis; además de que no abordó adecuadamente el estreñimiento, descartando la presencia de oclusión y/o obstrucción intestinal, por alteraciones en la movilidad intestinal o por adherencias abdominales, ya que V contaba con factores predisponentes, aunado a que en su momento indicó su alta sin corroborar tránsito

intestinal, evacuaciones, canalización de gases y sin realizar tacto rectal ni enema, también indicó senósidos A y B, sin tener la certeza clínica de que V no presentó íleo paralítico o atonía intestinal, con lo cual estarían contraindicados y basó su intervención médica en los estudios de laboratorio y gabinete de 22 de julio del 2022.

139.4. AR4 omitió indicar la colocación de sonda nasogástrica como lo recomienda la GPC-tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en adultos en el segundo nivel de atención, lo cual provocó que el cuadro clínico de V se perpetuara.

139.5. AR5 omitió mencionar el plan terapéutico para la probable crisis de ansiedad en que cursaba V, así como darle seguimiento, omisión que impidió conocer si esto repercutió en su salud emocional, debido a que no se volvió a referir en las notas médicas, así como omitieron solicitar de forma urgente valoración por Cirugía General pese a que reportó que V tenía datos clínicos de hernia complicada y cuadro obstructivo abdominal. .

139.6. AR6 omitió especificar los cambios en el estado de alerta y consideró que estuvieron ligados con el aumento de gasto a través de la herida quirúrgica en abdomen y drenajes de Penrose, lo que condicionó desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que se indicó mantenerla en ayuno, laboratorios de control y TAC de cráneo, así como vigilancia del estado de alerta, señala que fue adecuado buscar la etiología de la sintomatología reportada por la paciente.

139.7. AR7 y AR10 reportaron en sus notas médicas, para señalar la programación del segundo evento quirúrgico lo que propició que el cuadro inflamatorio e infeccioso persistieran, deteriorando su estado clínico de V.

139.8.AR8 desestimó la persistencia de sintomatología a pesa de múltiples tratamientos prescritos a V, el estado general, el cual fue descrito por la misma médico como *“regulares condiciones generales y mal estado de hidratación”*, así mismo que mediante laboratorio se reportaron 15 mil leucocitos (siendo lo normal hasta 11 mil), indicativo de un proceso infeccioso y/o inflamatorio no diagnosticado y la ausencia de evacuaciones por 18 días.

139.9.AR9 omitió reportar al gasto de la sonda nasogástrica y reportar signos vitales y referir que V, había evacuado, lo cual se contradice con lo referido en la nota posterior de las 16:25 horas en las que se reportó que no había evacuado, indicativo de no haber realizado una adecuada evaluación médica.

139.10.AR11 indicó el alta de V, sin haber resuelto el cuadro clínico, desestimado tanto los antecedentes médicos, los múltiples internamientos y los diagnósticos de cuadro intestinales obstructivos, así como la persistencia de la sintomatología a pesar de los diversos tratamientos médico prescrito y el diagnostico de oclusión intestinal.

139.11.AR12 decidió el alta de V aun con persistencia del cuadro clínico (nauseas, vómito, ausencia de evacuaciones, dolor abdominal e hipotensión), desestimando el reporte de la placa de rayos X de abdomen que mostraron datos de coproestasis y sin que se le interconsulta por parte del servicio de Gastroenterología como sugirió el especialista del servicio de Cirugía General.

139.12.AR13 no realizó una adecuada semiología de la sintomatología abdominal que V refirió ni indicó el manejo adecuado para la probable oclusión intestinal que diagnóstico.

140. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incumplieron con 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 (...).

141. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, 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.

142. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 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 contó con evidencias

para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones remita copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan al OIC-IMSS, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación del Expediente Administrativo y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, ello, por la inadecuada atención médica brindada a V y la inobservancia a la NOM del Expediente Clínico, a fin de que se determine lo que en derecho corresponda, considerando lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento.

D.2. Responsabilidad Institucional del HGR-180

143. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

144. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y

aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

145. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

146. En el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del HGR-180, toda vez que no proporcionó el expediente clínico completo generado por la atención médica otorgada a V, toda vez que se omitieron las hojas de enfermería e indicaciones médicas completas, así como el reporte de los diversos estudios de gabinete que se le realizaron a V, en específico el estudio tomográfico de abdomen solicitado el 1 de agosto de 2022, lo que constituye una responsabilidad institucional del IMSS, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración al expediente clínico, con fundamento en el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

147. Asimismo, se pudo establecer responsabilidad institucional, toda vez que esta Comisión Nacional advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, ya que del análisis a la documentación del expediente clínico de V y de

acuerdo a lo señalado en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se encontraron omisiones por parte del personal médico, respecto a la falta de vigilancia en los procedimientos médicos y manejos quirúrgicos que propicien situaciones como en el presente caso, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente Recomendación, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

148. 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 1, párrafo tercero, 108 y 109, de la CPEUM; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, 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.

149. 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), 73, fracción V, 74, 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 LGV y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse

acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que acceda a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral.

150. Es 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; así como 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; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

151. 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”⁶².

152. 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 condiciones propias de cada Estado Parte [...]”⁶³.

153. 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

154. 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 LGV; así como del numeral 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y

⁶² CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

⁶³ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales.

155. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, el IMSS en colaboración con la CEAV deberá brindar a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y/o tanatológica que requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio.

156. Así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

157. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, 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.”⁶⁴

158. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

159. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, 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 ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

160. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten

⁶⁴ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

161. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la LGV, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

162. 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 LGV, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

163. De ahí que el IMSS deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios al Expediente Administrativo

radicado en el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas omisiones en la integración del expediente clínico, para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación referida y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, ello, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

iv. Medidas de no repetición

164. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su 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.

165. Al respecto, el IMSS deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias y Cirugía General del HGR-180, particularmente a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como del contenido de la GPC-tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal

y GPC-laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo, así como a los servicios de Enfermería, Cirugía General y Terapia Intensiva relacionado con la observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano.

166. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

167. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico del servicio de dirigido al personal médico del servicio de Urgencias y Cirugía General del HGR-180, que describa las medidas de supervisión para la debida integración del expediente clínico y adecuada atención médica con la finalidad de que se implementen y realicen acciones preventivas y correctivas a efecto de que se preste atención médica oportuna y de calidad, conforme a lo establecido en los artículos 19, fracción I, 21 y 26 del RLGS, así como en la Normas Oficiales Mexicanas y Guías Prácticas Clínicas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

168. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad

más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten 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.

169. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

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

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en atención a la Ley General de Víctimas, se deberá brindar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, así como las acciones u

omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio.

En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios al Expediente Administrativo radicado en el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 por no proporcionar una atención médica adecuada, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación referida y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir 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, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias y Cirugía

General del HGR-180, particularmente a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como del contenido de la GPC-tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal y GPC-laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo, así como a los servicios de Enfermería, Cirugía General y Terapia Intensiva relacionado con la observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos 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/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del servicio dirigido al personal médico del servicio de Urgencias, Cirugía General y Terapia Intensiva del HGR-180, que describa las medidas de supervisión para la debida integración del expediente clínico y adecuada atención médica con la finalidad de que se implementen y realicen acciones preventivas y correctivas a efecto de que se preste atención médica oportuna y de calidad, conforme a lo establecido en los artículos 19, fracción I, 21 y 26 del RLGS, así como en la Normas Oficiales Mexicanas y Guías Prácticas Clínicas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Designen 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.

170. 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; así 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.

171. 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.

172. Con el mismo fundamento jurídico, solicito 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.

173. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán 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