

## **SÍNTESIS:**

1. El 29 de abril de 2010, V1, hombre de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal, acudió al Hospital General de Zona Número 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Celaya, Guanajuato, para iniciar una terapia de sustitución de la función renal en la modalidad de diálisis peritoneal, razón por la cual se le colocó un catéter y permaneció internado hasta el 6 de mayo del año citado.
2. Q1 y Q2, familiares de la víctima, señalaron que V1 presentó en diversas ocasiones dolor en el abdomen y salida de líquido hemático por el catéter de diálisis, así como complicaciones, por lo que acudió nuevamente al mencionado Hospital General de Zona Número 4 del IMSS. Quedaron documentados varios internamientos durante el mes de mayo de 2010 (los días 13 al 19; 19 al 21 y 26 al 31) en los que se le practicaron diversas intervenciones. Durante el último de los ingresos, en concreto el 27 de mayo de 2010, un médico realizó un procedimiento de aseo quirúrgico y afrontamiento de aponeurosis de la dehiscencia de la herida quirúrgica pero omitió retirar de inmediato o en las 48 horas siguientes una compresa impregnada con isodine.
3. El 13 de julio de 2010, V1 acudió una vez más al Hospital General de Zona Número 4 del IMSS por un dolor abdominal. El personal médico que lo valoró no advirtió la compresa infectada que le había dejado el médico, que para ese momento había originado un proceso séptico.
4. De acuerdo con lo dicho por Q1 y Q2, V1 ingresó otra vez al multicitado nosocomio el 21 de julio de 2010. En esa ocasión el personal médico observó una “compresa” en la herida e intervino a la víctima; el objeto se encontraba adherido a las asas del intestino y al estómago. Los quejosos indicaron que solicitaron las placas radiográficas de V1, pero no les fueron entregadas bajo el argumento de que habían sido desechadas. El estado de salud de la víctima continuó deteriorándose. V1 perdió la vida el 26 del mes y año citados. El certificado de defunción emitido por el personal del IMSS indicó como causa del deceso choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa; por su parte, el certificado de defunción expedido por el Servicio Médico Forense de Celaya, Guanajuato, determinó como causa de la muerte infarto al miocardio.
5. El 29 de junio de 2012, Q1 y Q2 presentaron una queja ante esta Comisión Nacional, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2012/6163/Q.

## Observaciones

6. Del análisis lógicojurídico realizado a las evidencias que integran el expediente CNDH/1/2012/6163/Q se extrajeron elementos que permitieron acreditar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 atribuibles al personal médico adscrito al Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, en atención a lo siguiente:

7. El 29 de abril de 2010, V1 acudió al Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, donde manifestó su deseo de iniciar terapia de sustitución de la función renal en la modalidad de diálisis peritoneal (tratamiento que ayuda a eliminar de la sangre los azoados, urea, creatinina, ácido úrico, electrólitos y el exceso de líquido, cuando los riñones son incapaces de hacerlo), situación por la cual se determinó su ingreso a fin de colocarle un catéter Tenckhoff. V1 fue valorado por SP1, médico interno de pregrado adscrito al servicio de Medicina Interna. Al respecto, los peritos médicos de esta Comisión Nacional advirtieron la práctica reiterada e indebida de delegar la atención médica en pasantes egresados de la carrera de Medicina sin la suficiente supervisión de los médicos responsables, situación que puede acarrear consecuencias graves para la salud de los pacientes; con esa acción se omitió observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM234SSA12003, Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, y NOM090SSA11994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

8. Al siguiente día, V1 fue valorado por AR1, quien omitió solicitar su interconsulta por los servicios de Nefrología y atención Preanestésica. No pasó desapercibido para esta Comisión que en el expediente clínico de V1 no se encontraron agregadas notas de la atención que le fue proporcionada el 1 de mayo de 2010 por el área de Medicina Interna o Cirugía General, ni la hoja de consentimiento informado para la colocación del catéter de Tenckhoff, y que pese a ello la víctima ingresó a quirófano para la colocación del mencionado catéter. Tampoco se encontraron notas que evidenciaran que personal del servicio de Medicina Interna hubiera valorado a V1 los días 2 y 3 de mayo de 2010; fue hasta el 4 de ese mes y año que AR1 lo atendió e indicó que no se le había explorado en días previos en virtud de que se le cambió de cama. Así las cosas, se inició la terapia de sustitución de la función renal, tratamiento que el 6 de mayo de 2010 se completó, por lo cual se determinó el egreso del paciente.

9. El 13 de mayo de 2010, V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS por presentar dolor abdominal en el flanco izquierdo y salida de líquido hemático a través del catéter de diálisis; en esa ocasión fue valorado por el médico AR2. Los peritos de este Organismo Nacional observaron que a pesar de que AR2 reportó entonces el estado de salud de V1 como grave, omitió solicitar de manera urgente su valoración por el servicio de Terapia Intensiva. A las 08:30 horas V1 fue valorado por AR3, cirujano general, quien agregó al tratamiento un ultrasonograma abdominal, estudio que ya se había realizado y que había reportado líquido libre en la cavidad; esto, aunado a la sintomatología abdominal y al sangrado por el catéter, indicaban la necesidad

urgente de una intervención quirúrgica exploratoria. Además, AR3 omitió realizar una adecuada revisión física que incluyera tomar signos vitales, así como solicitar la valoración del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

10. A las 09:00 horas del 13 de mayo de 2010, AR4, médico adscrito al servicio de Cirugía General, indicó como plan de tratamiento una laparotomía exploratoria. Sin embargo, el procedimiento se difirió hasta las 12:00 horas bajo el argumento de que no había ropa quirúrgica estéril. Una vez que se efectuó la intervención, se realizó un drenaje y lavado de la cavidad. Los peritos de esta Comisión Nacional advirtieron que AR4 omitió realizar una adecuada revisión de la cavidad, lo que propició que no se observara que la víctima presentaba una complicación de apendicitis. Por ello, al siguiente día hubo que practicarle otro procedimiento quirúrgico abdominal.

11. El 14 de mayo de 2010, V1 ingresó al servicio de Medicina Interna. A las 01:30 y a las 09:00 horas los médicos AR5 y AR6, así como SP3, médico residente, lo valoraron, pero omitieron prescribirle antimicrobianos de amplio espectro, necesarios por el riesgo que presentaba el paciente de contraer algún proceso infeccioso agregado debido a la inmunopatía de la propia diabetes, los múltiples procedimientos invasivos y quirúrgicos y las colecciones hemáticas abdominales que favorecían la colonización bacteriana, que fue lo que finalmente sucedió. Debido a la persistencia de la sintomatología abdominal, AR7 y SP4, médico tratante y residente adscritos al servicio de Cirugía General, a las 13:15 horas practicaron a V1 un procedimiento quirúrgico en el que hallaron: "múltiples coágulos en cavidad, el mayor de 250 gramos, aproximadamente, además de apéndice con fecalitos en su interior"; ante ello, extrajeron los coágulos y realizaron un lavado y drenaje, así como una apendicectomía. Los peritos de este Organismo Nacional observaron que AR7 y SP4 omitieron recetar un tratamiento adecuado para las complicaciones por la apendicitis y el sangrado debido a que no realizaron una amplia revisión de la cavidad peritoneal que permitiera encontrar la causa u origen del hemoperitoneo, ni suministraron antimicrobianos de amplio espectro.

12. El 15 de mayo de 2010, V1 fue valorado a las 15:35 horas por un médico adscrito a los servicios de Medicina Interna y Nefrología, quien solicitó interconsulta urgente al servicio de Cirugía debido a que era necesario practicar otra exploración de la cavidad por presencia de sangrado y para verificar el origen de la hemorragia. Horas después, AR8 y SP6, médico tratante e interno de pregrado, realizaron a V1 otra intervención y hallaron salida abundante de líquido serohemático y hemoperitoneo de 400 cc con líquido de diálisis. Ante ello se optó por introducir compresas en los cuadrantes, momento en que se identificó un coágulo en la fosa ilíaca derecha y un vaso sangrante en el mesenterio apendicular; además se descartó que existieran otros sitios de sangrado y se retiró el catéter de la diálisis peritoneal. El procedimiento quirúrgico se dio por concluido, pero el médico indicó un alto riesgo de que la víctima cursara con una respuesta inflamatoria sistémica, coagulopatía de consumo y dehiscencia de pared.

13. Los peritos de esta Comisión Nacional advirtieron que el vaso sangrante del

mesenterio apendicular que liberó la sangre en la cavidad abdominal resultó de una complicación de la apendicectomía realizada de manera inadecuada por AR7 y SP4 el día anterior. Asimismo, se observó que AR8 omitió solicitar a la Unidad de Cuidados Intensivos la valoración inmediata de V1 a pesar de que tenía elementos para hacerlo, como el antecedente de las tres laparotomías practicadas en las últimas 72 horas, anemia grave por sangrado abdominal e insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal suspendida; además, se mantuvo a la víctima sin la administración de antimicrobianos de amplio espectro lizada de manera inadecuada por AR7 y SP4 el día anterior. Asimismo, se observó que AR8 omitió solicitar a la Unidad de Cuidados Intensivos la valoración inmediata de V1 a pesar de que tenía elementos para hacerlo, como el antecedente de las tres laparotomías practicadas en las últimas 72 horas, anemia grave por sangrado abdominal e insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal suspendida; además, se mantuvo a la víctima sin la administración de antimicrobianos de amplio espectro.

14. El 17 de mayo de 2010, V1 fue valorado a las 06:55 horas por AR9, quien omitió solicitar interconsulta inmediata a Urología ante la “orina con apariencia hematórica no activa”. En la misma fecha, AR6, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, omitió indicar cobertura antimicrobiana de amplio espectro a pesar de la presencia de un proceso infeccioso (leucocitosis de 16,500) documentado por los estudios de laboratorio.

15. El 18 de mayo de 2010, a las 13:30 horas se colocó a V1 un catéter tipo Mahurkar y se realizó una sesión de hemodiálisis. Al siguiente día AR10 determinó el egreso de la víctima “por mejoría”. En opinión de los peritos de esta Comisión Nacional, el egreso fue inadecuado porque no se recetó una cobertura antimicrobiana ni se actualizó mediante estudios de laboratorio el estado anémico, el desequilibrio hidroelectrolítico y el estado bioquímico después de la diálisis; además, la hematuria no fue valorada por el área de Urología.

16. La consecuencia del alta inadecuada de V1 ordenada por AR10 fue que 15 horas después, es decir, a las 23:30 horas del mismo 19 de mayo de 2010, V1 reingresó al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS por persistir la hemorragia activa peritoneal. Entonces fue valorado por AR11, quien lo reportó con estado de salud delicado y alto riesgo quirúrgico; dicho servidor público determinó ingresar a la víctima a observación pero omitió tomar los signos vitales, realizarle una adecuada exploración física que permitiera detectar el origen de la hemorragia, solicitar a los servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva su valoración inmediata por la persistencia del sangrado y realizarle una hemotransfusión; asimismo, desestimó practicarle una laparotomía exploratoria.

17. El 20 de mayo de 2010, V1 fue valorado a las 03:00 horas por AR2, quien omitió ordenar una transfusión de hemoderivados y un ultrasonido abdominal urgentes, así como recetar antimicrobianos de alto espectro. Después, AR12 solicitó una interconsulta a Cirugía General, un ultrasonido abdominal y tiempos de coagulación; llamó la atención que AR12 administrara dos ampulas subcutáneas

de un analgésico opioide (Nalbufina), un medicamento indicado para casos de dolor de difícil control que favoreció el enmascaramiento del síndrome doloroso abdominal.

18. Durante la permanencia de V1 en el servicio de Urgencias, AR13 lo reportó con sangrado de la cavidad abdominal, hematuria franca y anemia. Esta Comisión advirtió que se omitió realizar una exploración quirúrgica abdominal para detectar y corregir el sitio del sangrado, así como solicitar al servicio de Urología su valoración. En esa misma fecha, AR14 señaló que la víctima tenía coagulopatía secundaria a hemodiálisis que no ameritaba tratamiento quirúrgico y que se encontraba en espera del ultrasonido abdominal para corroborar la presencia de líquido libre en la cavidad. Al respecto, los peritos de este Organismo Nacional observaron que AR14 señaló inadecuadamente que V1 no requería una intervención quirúrgica, omitió realizar una adecuada semiología del origen del sangrado y no solicitó la valoración inmediata por parte del área de Urología ante la persistencia de la hematuria.

19. Los peritos de esta Comisión Nacional indicaron que si bien fue cierto que el sangrado de V1 se debió a la friabilidad de los cinco puntos de sutura condicionada y favorecida por la manipulación de los tejidos blandos realizada en diversas ocasiones, así como por el absceso de pared que no fue tratado de manera adecuada y por las propias suturas de la heparinización indicada para evitar la formación de trombos en el catéter, también es cierto que dicha complicación no fue advertida ni tratada con oportunidad por los médicos desde las 23:30 horas del 19 de mayo de 2010.

20. El 21 de mayo de 2010, V1 fue valorado a las 14:50 horas por AR15, quien omitió solicitar una interconsulta al servicio de Urología a fin de documentar y corregir la hematuria; además, no actualizó el estado de salud del paciente mediante estudios de laboratorio, para ajustar el plan de tratamiento y programar la próxima sesión de hemodiálisis.

21. El 26 de mayo de 2010, V1 ingresó a las 05:38 horas al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS. AR16 diagnosticó un cuadro clínico de “insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, dehiscencia de herida quirúrgica abdominal, hematuria y diabetes mellitus tipo 2” y ordenó su ingreso. No obstante, el personal médico abandonó a V1 por casi seis horas, ya que no fue valorado sino hasta las 11:00 horas del 26 de mayo de 2010 por AR13, médico adscrita al servicio de Urgencias Observación de Medicina Interna, quien precisó que no se contaba con estudios de laboratorio y solicitó interconsulta a Urología y Cirugía General y una transfusión sanguínea. Al respecto, los peritos de esta Comisión Nacional observaron que AR13 y AR16 omitieron realizar una exploración física adecuada a V1, así como solicitar a Cirugía General una interconsulta urgente. En virtud de que AR17 valoró a la víctima hasta las 11:50 horas y la reportó con herida quirúrgica dehiscente, eventración de asa del intestino delgado y gasto serohemático en moderada cantidad, indicó que debían practicársele estudios de laboratorio que permitieran definir si era o no candidato a cierre de la pared o de la segunda intención debido a la coagulopatía. AR17 omitió

realizar de manera inmediata una laparotomía exploratoria ante la eventración intestinal (salida de una porción del intestino) o al menos una curación de la herida y solicitar la valoración inmediata de la víctima por el servicio de Urología. V1 permaneció con el “intestino de fuera” casi 10 horas.

22. El 27 de mayo de 2010, V1 fue valorado por AR18, médico adscrito al servicio de Urología, quien omitió establecer el origen de la hematuria, tomar signos vitales y considerar una cistoclasia o lavado vesical para corregir el sangrado. Ese mismo día, AR19 practicó a V1 un aseo quirúrgico y afrontamiento de aponeurosis de la dehiscencia de la herida y eventración. Dicho servidor público reportó como hallazgo un absceso en la parte inferior de la herida quirúrgica y dejó en la herida de la víctima una compresa impregnada con isodine; además, precisó que se le debía practicar una curación cada 12 horas para cambiar la compresa y el vendaje. El personal médico de este Organismo Nacional observó que AR19 omitió tomar a V1 muestras para cultivo para ajustar el tratamiento antimicrobiano.

23. El 28 de mayo de 2010, a pesar de que los estudios de laboratorio documentaron leucocitosis de 19,600, tiempos de coagulación alargados, hipoglucemia de 61 g/dL (normal 74-109) y urea, creatinina y nitrógeno urémico elevados, además de desequilibrio electrolítico, se omitió proporcionar al paciente sesiones de hemodiálisis. Además, V1 permaneció sin vigilancia estrecha, ya que fue hasta las 21:50 horas que AR20 lo valoró; sin embargo, omitió solicitar interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos. Asimismo, según se desprende del registro clínico, tratamientos y observaciones de Enfermería, el 29 de mayo de 2010, V1 pasó a las 06:00 horas a hemodiálisis y se reportó grave, sin que hasta ese momento hubiera sido valorado por personal de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hasta el 29 de mayo de 2010 no se le había retirado a V1 la compresa dejada por AR19 en la herida quirúrgica abdominal. Dicha situación favoreció y condicionó el proceso séptico abdominal con el cual cursó posteriormente. El 30 del mes y año citados, el personal de Enfermería reportó al paciente con presencia de sangre en la orina, en hemodiálisis, oxigenoterapia, quejumbroso, inquieto y decaído; además precisó que se le retiró la sonda nasogástrica. El 31 de mayo de 2010, AR21 determinó egresar a V1 “por mejoría”.

24. En suma, los médicos que valoraron o tuvieron a su cargo a V1 durante su cuarto internamiento en el Hospital General de Zona Número 4 del IMSS omitieron revisar de manera adecuada la herida quirúrgica abdominal, como lo demuestra el hecho de que no advirtieron la compresa en el abdomen ni le proporcionaron tratamiento para corregir la hematuria.

25. El 13 de julio de 2010 V1, fue valorado a las 20:30 horas por AR22, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, quien indicó su ingreso pero omitió realizar una adecuada exploración física que incluyera tomar signos vitales y revisar la herida quirúrgica abdominal, así como suministrar cobertura antimicrobiana por los factores de riesgo. Después, a las 23:00 horas, AR23 y AR24 omitieron realizar una acuciosa exploración a V1 que permitiera determinar el origen del proceso infeccioso; solicitar su valoración

urgente por los servicios de Terapia Intensiva, Cirugía General e Infectología, en virtud de que la leucocitosis de 29,200 indicaba un proceso séptico grave; administrar un tratamiento antimicrobiano de amplio espectro contra gérmenes hospitalarios, y corregir el desequilibrio hidroelectrolítico.

26. El 14 de julio de 2010, V1 ingresó a las 04:00 horas al servicio de Medicina Interna, donde AR5 omitió solicitar su valoración urgente por parte de Terapia Intensiva, Cirugía General e Infectología a fin de determinar el origen del proceso séptico severo y así estar en posibilidad de brindarle el tratamiento pertinente mediante antimicrobianos de amplio espectro contra gérmenes hospitalarios y corregir el desequilibrio hidroelectrolítico. Por otra parte, resulta evidente que una vez más V1 sufrió abandono, como lo demuestra el hecho de que durante unas 14 horas permaneció sin atención médica: AR25 lo valoró hasta las 18:00 horas del mismo 14 de julio y determinó su egreso.

27. En suma, AR5, AR22, AR23, AR24 y AR25, médicos que valoraron o tuvieron a su cargo a V1 durante su internamiento en el Hospital General de Zona Número 4 del IMSS los días 13 y 14 de julio de 2010, omitieron corregir y revertir el desequilibrio hidroelectrolítico secundario confirmado por los resultados de laboratorio practicados el 14 del mes y año citados que documentaron hiperpotasemia en rangos potenciales de infarto agudo al miocardio de 6.9 (normal 3.7 a 4.7). La literatura médica describe que la kalemia (o aumento de potasio plasmático) es un trastorno electrolítico grave causado por la disminución en su excreción en la insuficiencia renal crónica cuya principal manifestación es la cardiotoxicidad, con cambios en el electrocardiograma y alteraciones neuromusculares y gastrointestinales (parestesias, debilidad, falla respiratoria, náuseas y vómitos). Los médicos tampoco cubrieron a V1 con un esquema antimicrobiano de amplio espectro ni controlaron la diarrea o indicaron vigilancia electrocardiográfica continua; tampoco solicitaron un tratamiento multidisciplinario, sobre todo para la herida quirúrgica abdominal abierta, ya que no advirtieron en la cavidad abdominal la compresa (material quirúrgico) que originaba el proceso séptico.

28. El 21 de julio de 2010, V1 ingresó a las 08:00 horas al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS. Al realizarle una exploración, AR17 y AR26 observaron que se asomaba la punta de una gasa de la herida, por lo que intentaron extraerla. Advirtieron entonces que se trataba de una compresa con material purulento fétido abundante, por lo que integraron como diagnóstico "cuerpo extraño en cavidad abdominal, síndrome doloroso abdominal secundario", e indicaron preparar al paciente para una intervención quirúrgica. Sin embargo, omitieron solicitar una valoración preoperatoria urgente, interconsulta al servicio de Nefrología, revisión electrocardiográfica continua, oxigenación y suministro de triple esquema antimicrobiano.

29. El mismo 21 de julio, AR27 extrajo a las 14:00 horas el cuerpo extraño alojado en la cavidad abdominal de V1, practicó una escisión y retiró las suturas y la compresa fétida adherida a las asas del intestino y el estómago, con lo que dio por

concluido el procedimiento sin complicaciones. Dicho servidor público estableció que existía una alta posibilidad de que la víctima presentara fístula, hemorragia, perforación, sepsis abdominal y muerte. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que AR27 omitió tomar muestras para practicar un cultivo de la cavidad abdominal para realizar un ajuste antimicrobiano, solicitar la valoración por parte de Terapia Intensiva, Medicina Interna, Infectología y Nefrología, indicar control electrocardiográfico continuo y medidas antikalemia, administrar un triple esquema antimicrobiano y ordenar hemodiálisis para evitar en lo posible el deterioro del estado de salud de V1 y el infarto agudo al miocardio, que fue lo que horas después le causó la muerte.

30. Los estudios de laboratorio practicados el 21 de julio de 2010 a V1 confirmaron que cursaba con un proceso séptico y un proceso infeccioso urinario agregado, pero esto no fue acompañado de un cambio en el plan de tratamiento; las medidas se limitaron a indicar el pase de V1 al piso del servicio de Cirugía General. El 22 de julio, V1 fue valorado por AR28, quien omitió tomar los signos vitales; solicitar niveles de glucemia; pedir a los servicios de Medicina Interna, Terapia Intensiva, Nefrología e Infectología la valoración inmediata del paciente; ordenar revisión electrocardiográfica continua; indicar medidas antikalemia y para corregir la anemia, y suministrar un triple esquema antimicrobiano. El mismo 22 de julio, AR29, médico adscrito al servicio de Nefrología, valoró a V1 pero omitió tomarle los signos vitales y datos de glucemia, confirmar o descartar un síndrome urémico, solicitar interconsulta inmediata a Terapia Intensiva, ordenar la vigilancia electrocardiográfica continua, realizar hemodiálisis de urgencia, indicar medidas antikalemia y solicitar estudios de laboratorio.

31. De igual forma, AR30, médico adscrito al servicio de Cirugía General, omitió tomar los signos vitales y de glucemia, indicar vigilancia electrocardiográfica continua, aplicar medidas antikalemia, suministrar un triple esquema antimicrobiano, corregir la anemia y pedir la valoración inmediata del paciente por parte del área de Terapia Intensiva. V1 fue abandonado por el personal médico del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS por más de 24 horas. No fue sino hasta el 24 de julio de 2010 que se presentó AR31, pero no realizó una exploración física adecuada, no solicitó interconsulta a Terapia Intensiva, no pidió un seguimiento electrocardiográfico continuo ni corrigió el descontrol hiperglucémico, pasando por alto el estado de choque que para ese momento ya presentaba el paciente; además de lo anterior, sin contar con un criterio para ello le suministró el sedante clonazepam, que deprimió aún más el estado neurológico del paciente.

32. El 24 de julio de 2010, AR32 y AR33 indicaron que la herida quirúrgica abdominal abierta no sangraba. Al respecto, los peritos médicos de este Organismo Nacional advirtieron que AR32 y AR33 omitieron solicitar la valoración inmediata de V1 por parte de Terapia Intensiva, ya que se encontraba en estado de choque e incluso ameritaba el uso de aminas (fármacos que favorecen la contractilidad y gasto cardíaco, aumentando la presión arterial y el volumen sanguíneo para una adecuada oxigenación y perfusión de los órganos y tejidos); tampoco lo oxigenaron, omitieron investigar el origen de la hipotensión y no le

proporcionaron vigilancia estrecha.

33. El 25 de julio, AR31 reportó a las 09:00 horas diarrea e hipotensión persistentes y determinó suspender la sesión de hemodiálisis; solicitó la valoración por el área de Nefrología, pero omitió indicar la interconsulta con Terapia Intensiva, investigar el origen de la hipotensión y brindar vigilancia estrecha. A las 09:05 horas, V1 fue valorado por AR34, médico adscrito al servicio de Nefrología, quien precisó que no era posible realizar una hemodiálisis debido al estado hemodinámico; dicho servidor público tampoco solicitó la valoración de la víctima por parte del área de Terapia Intensiva.

34. El mismo 25 de julio a las 16:00 horas, AR31 y AR33 reportaron a V1 con “trazo electrocardiográfico con probable infarto agudo al miocardio en espera de resultado de enzimas cardiacas, se explica paciente grave, familiares enterados, manejo y tratamiento conjunto con Medicina Interna”; sin embargo, omitieron brindar un tratamiento para el infarto, así como solicitar la valoración inmediata por Terapia Intensiva o Cardiología. El estado de salud de V1 continuó deteriorándose al grado de que el 26 de julio de 2010 perdió la vida. El certificado de defunción emitido por personal del IMSS indicó como causa de la muerte choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa. El certificado expedido por el Servicio Médico Forense de Celaya, Guanajuato, determinó que V1 falleció por infarto al miocardio.

35. Es importante precisar que el infarto al miocardio que V1 sufrió fue una complicación grave prevenible que no se evitó debido al inadecuado tratamiento proporcionado por AR17, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33 y AR34, médicos del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, quienes valoraron y tuvieron a su cargo a la víctima durante su último internamiento. Además, la “compresa fétida adherida a asas de intestino y estómago”, retirada el 21 de julio de 2010 a V1, fue un cuerpo extraño que AR19 olvidó retirar de manera inmediata o dentro de las 48 horas siguientes a la laparotomía exploratoria que practicó al paciente; esa misma compresa no fue advertida con oportunidad por otros médicos, lo que condicionó y favoreció la persistencia del proceso séptico que tuvo como consecuencia que la víctima presentara el infarto al miocardio.

36. En suma, las irregularidades en que incurrieron los médicos adscritos al Hospital General de Zona Núm. 4 del IMSS desde el ingreso de V1, tales como omitir 1) una adecuada vigilancia; 2) solicitar su valoración urgente a diversas especialidades; 3) valorarlo de manera adecuada y acuciosa e indicar practicarle de manera oportuna una laparotomía exploratoria de urgencia ante la sospecha de peritonitis; 4) efectuar una adecuada exploración quirúrgica para investigar el origen del sangrado que presentaba y con ello advertir el proceso apendicular; 5) cubrirlo con un adecuado esquema antimicrobiano de amplio espectro; 6) identificar el origen de la hematuria y corregirla; 7) brindar tratamiento para la hiperkalemia condicionante de infarto agudo al miocardio; 8) revisar la herida quirúrgica abdominal; 9) advertir la presencia de la compresa infectada que se le

dejó desde el 27 de mayo de 2010 en la cavidad abdominal, y 9) retirarle oportunamente la compresa, ya que fue hasta el 21 de julio de 2010 que se le quitó. Esas omisiones tuvieron como consecuencia que V1 cursara con persistencia del proceso séptico y estado de choque que condicionó y favoreció el infarto al miocardio que lo llevó a perder la vida el 26 de julio de 2010. Con ello se convalida la relación causaefecto que hay entre la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y su fallecimiento, y la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible al IMSS, ya que vulneró los derechos a la protección de la salud y a la vida.

## **Recomendaciones**

**PRIMERA.** Se repare el daño ocasionado a los familiares de V1 con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal médico adscrito al Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, y se les proporcione atención médica y psicológica.

**SEGUNDA.** Se diseñen e impartan a los servidores públicos de los hospitales de ese instituto, en especial a los del Hospital General de Zona Número 4, programas integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección de la salud, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento.

**TERCERA.** Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona Número 4 del IMSS, en la que se le exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**CUARTA.** Gire instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del IMSS, en especial los adscritos al multicitado Hospital General de Zona Número 4, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

**QUINTA.** Se colabore con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**SEXTA.** Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República.

## **RECOMENDACIÓN No. 2/2014**

### **SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 4 DEL IMSS, EN CELAYA, GUANAJUATO.**

México, D.F., a 30 de enero de 2014.

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2012/6163/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

#### **I. HECHOS**

3. El 29 de abril de 2010, V1, hombre de 59 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal, acudió al Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Celaya, Guanajuato, a fin de iniciar una terapia de sustitución de la función renal en la modalidad de

diálisis peritoneal, razón por la cual se le colocó un catéter y permaneció internado hasta el día 6 de mayo de ese año.

**4.** Según lo señalaron Q1 y Q2, familiares de la víctima, en diversas ocasiones ésta presentó dolor intenso en el abdomen y salida de líquido hemático por el catéter de diálisis, así como complicaciones en la herida, por lo que acudió al mencionado Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, quedando documentados internamientos durante el mes de mayo de 2010, los días: 13 al 19; 19 al 21 y 26 al 31; en los que se le practicaron diversas intervenciones; sin embargo, durante el último de los citados ingresos, específicamente, el 27 de mayo de 2010, un médico realizó a V1 un procedimiento, a fin de llevar a cabo, un aseo quirúrgico y afrontamiento de aponeurosis de la dehiscencia de la herida quirúrgica que tenía, en la cual omitió retirarle de manera inmediata o dentro de las 48 horas siguientes, una compresa impregnada con isodine.

**5.** Toda vez que V1 presentó dolor abdominal, el 13 de julio de 2010, nuevamente, acudió al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, sin que el personal médico que lo valoró advirtiera la presencia de la compresa infectada que le había sido dejada por un médico, la cual para ese momento ya le había originado un proceso séptico.

**6.** De acuerdo al dicho de Q1 y Q2, el 21 de julio de 2010, V1 nuevamente ingresó al multicitado nosocomio, en el cual el personal médico al momento de valorarlo, observó una “compresa” en la herida que tenía, situación ante la cual, la víctima fue intervenida, debido a que el objeto se encontraba adherido a las asas del intestino y al estómago; al respecto, los quejosos indicaron que solicitaron se les hiciera entrega de las placas radiográficas que le habían sido tomadas a su familiar; sin embargo, las mismas no les fueron proporcionadas bajo el argumento de que habían sido desechadas. El estado de salud de la víctima continuó deteriorándose, a grado tal, que el 26 del citado mes y año, perdió la vida, indicándose como causas de su muerte en el certificado de defunción emitido por personal del IMSS: choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa; además, en el certificado de defunción expedido por un médico del Servicio Médico Forense de Celaya, Guanajuato, se determinó como causa de muerte de la víctima: infarto al miocardio.

**7.** El 29 de junio de 2012, Q1 y Q2 presentaron queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, situación por la cual se inició el expediente CNDH/1/2012/6163/Q y se solicitaron los informes correspondientes a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, así como a la entonces Subprocuraduría de Derechos Humanos, Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de la República.

## **II. EVIDENCIAS**

**8.** Queja presentada el 29 de junio de 2012 por Q1 y Q2, ante esta Comisión Nacional, a la cual agregaron diversa documentación, de la que destacó:

**8.1.** Dos imágenes fotográficas de la compresa alojada en V1.

**8.2.** Copia de la notificación de la consulta de no ejercicio de la acción penal, contenida en el oficio No. 2395, de 18 de julio de 2011, suscrito por el agente del Ministerio Público de la Federación de Procedimientos Penales "A", titular de la Agencia Segunda Investigadora de la Procuraduría General de la República.

**9.** Comunicación telefónica sostenida el 21 de agosto de 2012, entre personal de este organismo nacional y Q1.

**10.** Informe sin número de oficio elaborado el 14 de agosto de 2012, por el coordinador clínico de cirugía del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, remitido a este organismo nacional, mediante oficio No. 09 52 17 46 B 0/019405 de 29 de octubre del mismo año, por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos de dicho instituto.

**11.** Constancias del expediente clínico de V1 e informes generados con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, enviadas a este organismo nacional a través del oficio No. 09 52 17 46 B 0/015342, de 27 de agosto de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del citado Instituto, de las que destacaron:

**11.1.** Nota de Atención Médica de V1, emitida el 14 de diciembre de 2009, por un médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

**11.2.** Notas de ingreso e indicaciones médicas de V1, realizadas el 29 y 30 de abril de 2010, por SP1, médico interno de pregrado, así como por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

**11.3.** Nota postquirúrgica de V1, elaborada el 2 de mayo de 2010, por un médico.

**11.4.** Nota médica de V1, emitida el 6 de mayo de 2010, por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

**11.5.** Nota de Urgencias de V1, emitida el 13 de mayo de 2010, por el médico AR2.

**11.6.** Nota de evolución urgencias observación de V1, realizada el 13 de mayo de 2010, por AR3, médico cirujano general.

**11.7.** Nota médica de interconsulta de V1, del 13 de mayo de 2010, por AR4, médico adscrito al servicio de Cirugía General.

**11.8.** Nota postoperatoria de V1, emitida el 13 de mayo de 2010, por AR4, médico adscrito al servicio de Cirugía General.

**11.9.** Indicaciones postoperatorias de V1, realizadas el 13 de mayo de 2010, por AR4, médico adscrito al servicio de Cirugía General.

**11.10.** Historia clínica de V1, elaborada el 14 de mayo de 2010, por SP2, médico interno de pregrado adscrito al servicio de Medicina Interna.

**11.11.** Indicaciones médicas de V1, de 14 de mayo de 2010, suscritas por AR5, AR6 y SP3, médicos y residente de primer año, adscritos al servicio de Medicina Interna.

**11.12.** Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de V1, de 14 de mayo de 2010.

**11.13.** Indicaciones médicas de V1, elaboradas el 14 y 15 de mayo de 2010, por AR7 y SP4, médicos tratante y residente adscritos, así como otro galeno del servicio de Cirugía General.

**11.14.** Nota "TA" (*sic*) realizada el 15 de mayo de 2010, por un médico adscrito a los servicios de Medicina Interna y Nefrología.

**11.15.** Nota de ingreso observación de V1, realizada el 20 de mayo de 2010, por AR2, médico adscrito al servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas.

**11.16.** Nota médica de V1, emitida el 20 de mayo de 2010, por el médico AR12.

**11.17.** Notas médicas de V1, realizadas el 20 y 21 de mayo de 2010, por los médicos AR13 y AR15.

**11.18.** Resultados de laboratorio de V1, elaborados el 28 de mayo de 2010.

**11.19.** Hoja de indicaciones de V1, realizada el 28 de mayo de 2010, por el médico AR20.

**11.20.** Notas médicas de 29 y 31 de mayo de 2010, suscritas por los médicos AR8 y AR21.

**11.21.** Notas médicas de Urgencias de V1, elaboradas el 13 de julio de 2010, por el personal médico AR22, AR23 y AR24.

**11.22.** Notas médicas y hoja de indicaciones de V1, emitidas el 14 de julio de 2010, por AR5, AR27 y SP5, médicos e interno de pregrado.

**11.23.** Resultados de estudios de laboratorio practicados el 14 de julio de 2010 a V1.

**11.24.** Nota médica de admisión de V1 al servicio de Urgencias Adultos, realizada el 21 de julio de 2010, por los médicos AR17 y AR26.

**11.25.** Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, así como nota médica postoperatoria de V1, emitidas el 21 de julio de 2010, por el médico AR27.

**11.26.** Notas médicas de V1, elaboradas el 22 de julio de 2010, por los médicos AR28, AR29 y AR30.

**11.27.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería, respecto a V1, de fechas 23 y 24 de julio de 2010.

**11.28.** Notas médicas de V1, emitidas los días 24 y 25 de julio de 2010, por los médicos AR31, AR32, AR33 y AR34.

**12.** Informe No. 4991/2012, de 10 de octubre de 2012, rendido por el agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Subdelegación de Procedimientos Penales "A" de la Procuraduría General de la República en Guanajuato, enviado a este organismo nacional mediante oficio No. 009774/12 DGPCDHQI del mismo año, por el director general de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de dicha dependencia.

**13.** Diversas constancias de la Averiguación Previa No. 1, recibidas el 3 de junio de 2013, en esta Comisión Nacional, de las que destacaron:

**13.1.** Resultados de laboratorio de V1, elaborados el 29 de abril de 2010, en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS.

**13.2.** Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de V1, realizada el 15 de mayo de 2010, por AR8 y SP6, médicos tratante e interno de pregrado, respectivamente.

**13.3.** Notas médicas de V1, emitidas el 6, 17 y 18 de mayo de 2010, por AR6, AR9, AR10 y otro galeno.

**13.4.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería, respecto a V1, realizados el 17 de mayo de 2010.

**13.5.** Nota de alta de V1 del servicio de Nefrología, elaborada el 19 de mayo de 2010, por el médico AR10.

**13.6.** Notas médicas de V1, emitidas el 19 y 20 de mayo de 2010, por AR11 y AR14, así como por otro galeno.

**13.7.** Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de V1, elaborada el 20 de mayo de 2010.

**13.8.** Notas médicas de V1, realizadas los días 26 y 27 de mayo de 2010, por los médicos AR13, AR16, AR17 y AR18.

**13.9.** Nota postquirúrgica de V1, elaborada el 27 de mayo de 2010, por el médico AR19.

**13.10.** Hoja de indicaciones médicas de V1, emitida el 28 de mayo de 2010, por personal del servicio de Cirugía General.

**13.11.** Registro clínico, tratamientos y observaciones de Enfermería, respecto a V1, realizados los días 29 y 30 de mayo de 2010.

**13.12.** Certificado de defunción de V1, emitido el 26 de julio de 2010, por un médico adscrito al Servicio Médico Forense de Celaya, Guanajuato, en el que se estableció como causa de muerte: *“infarto al miocardio”*.

**13.13.** Certificado de defunción de V1, emitido el 26 de julio de 2010, por un médico del IMSS, en el que señalaron como causas de muerte: *“choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa”*.

**14.** Informe No. 09 52 17 61 4620/4924, de 17 de septiembre de 2013, suscrito por el titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, a través del cual hizo del conocimiento de esta Comisión Nacional que se investigarían las causas que motivaron la presentación de la queja relacionada con V1, y que el dictamen correspondiente se propondría para ser sancionado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico; asimismo, adjuntó copia del oficio No. 09 52 17 61 4620/5020 de esa misma fecha, mediante el cual se dio vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto.

**15.** Opinión médica elaborada el 8 de noviembre de 2013, por peritos médicos adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de la Primera Visitaduría General de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

**16.** El 29 de abril de 2010, V1 ingresó al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, donde se le colocó un catéter para someterlo a diálisis peritoneal, días después fue dado de alta; según Q1 y Q2, debido a que la víctima presentaba intensos dolores en el abdomen, nuevamente ingresó al citado nosocomio, donde fue intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones, sin que los médicos tratantes establecieran con precisión un diagnóstico certero sobre las

molestias que refería. Los quejosos agregaron que el personal médico le dejó a su familiar una compresa en el estómago.

**17.** Por lo anterior, el 25 de julio de 2010, Q1 y Q2, presentaron una denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Guanajuato, misma que por razones de competencia fue remitida a la Procuraduría General de la República, donde se radicó como Averiguación Previa No. 1.

**18.** El estado de salud de V1 continuó deteriorándose, a grado tal que el 26 de julio de 2010 perdió la vida, señalándose como causas de su muerte en el certificado de defunción emitido por personal del IMSS: choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa; asimismo, en el certificado de defunción expedido por un médico adscrito al Servicio Médico Forense en Celaya, Guanajuato, se estableció como causa de muerte de la víctima: infarto al miocardio.

**19.** El 18 de julio de 2011, el agente del Ministerio Público de la Federación de Procedimientos Penales "A", titular de la Agencia Segunda Investigadora de la Procuraduría General de la República, determinó la consulta de no ejercicio de la acción penal. Por su parte, el titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, a través del informe No. 09 52 17 61 4620/4924 de 17 de septiembre de 2013, hizo del conocimiento de esta Comisión Nacional que se investigarían las causas que motivaron la presentación de la queja relacionada con V1, y que el dictamen correspondiente se propondría para ser sancionado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico; asimismo, adjuntó copia del oficio No. 09 52 17 61 4620/5020 de esa misma fecha, mediante el cual se dio vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**20.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/6163/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, en atención a lo siguiente:

**21.** El 29 de abril de 2010, V1 acudió al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, en donde manifestó al personal médico su deseo de iniciar terapia de sustitución de la función renal en la modalidad de diálisis peritoneal (tratamiento que ayuda a eliminar los azoados, urea, creatinina, ácido úrico, electrolitos de la sangre y el exceso de líquido, cuando los riñones son incapaces de hacerlo), situación por la cual se determinó su ingreso, a fin de colocarle un catéter Tenckhoff, siendo valorado por SP1, médico interno de pregrado, adscrito al servicio de Medicina Interna.

**22.** Al respecto, los peritos médicos de esta Comisión Nacional, advirtieron la práctica reiterada e indebida de delegar la atención médica en pasantes egresados de la carrera de Medicina, sin la suficiente supervisión de los médicos responsables, situación que puede acarrear graves consecuencias a la salud de los pacientes; con lo cual se omitió observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-234-SSA1-2003. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado y NOM-090-SSA1-1994. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

**23.** Posteriormente, el 30 de abril de 2010, V1 fue valorado por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien ajustó el plan de manejo indicado por SP1; sin embargo, omitió solicitar la valoración de la víctima por parte de personal adscrito a los servicios de Nefrología y Preanestésica, situación a la cual se encontraba obligado, en términos de lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.

**24.** Además, no pasó desapercibido el hecho de que en el expediente clínico de V1, no se encontraron agregadas notas médicas de la atención que le fue proporcionada el 1 de mayo de 2010, por los servicios de Medicina Interna o Cirugía General, ni la hoja de consentimiento informado para la colocación del catéter de Tenckhoff; no obstante ello, al siguiente día, la víctima ingresó a quirófano para colocarle el mencionado catéter.

**25.** Tampoco se advirtieron notas médicas que evidenciaran que los días 2 y 3 de mayo de 2010, personal del servicio de Medicina Interna hubiera valorado a V1, siendo hasta el 4 de ese mes y año, que AR1 atendió a la víctima e indicó que no se le había valorado en días previos en virtud de que se le cambió de cama. Así las cosas, se inició la terapia de sustitución de la función renal, consistente en “25 baños de diálisis”, tratamiento que el 6 de mayo de 2010 se completó, sin documentarse algún tipo de complicación, por lo cual se determinó el egreso del paciente.

**26.** En ese orden de ideas, se advirtió que nueve días después, es decir, el 13 de mayo de 2010, V1 nuevamente ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, por presentar dolor abdominal en el flanco izquierdo y salida de líquido hemático a través del catéter de diálisis. La víctima fue valorada por el médico AR2, quien la reportó como grave y diagnosticó con un cuadro clínico de dolor abdominal, probables peritonitis y hemoperitoneo, por lo cual ordenó se le practicaran estudios de laboratorio, ultrasonido abdominal e interconsulta por el servicio de Cirugía General.

**27.** Al respecto, los peritos de este organismo nacional observaron que a pesar de que AR2 reportó el estado de salud de V1 como grave e indicó que cursaba con una elevación alarmante de azoados, confirmada por los estudios de laboratorio y sangrado activo por el catéter de diálisis peritoneal, omitió solicitar de manera urgente su valoración por el servicio de Terapia Intensiva.

**28.** Alrededor de dos horas después, es decir, a las 08:30 del 13 de mayo de 2010, V1 fue valorado por AR3, cirujano general, quien estableció que cursaba con un cuadro clínico de: *“probable peritonitis secundaria a probable hemoperitoneo posterior a colocación de catéter Tenckhoff”*, por lo que agregó al plan de manejo, tomar un ultrasonograma abdominal urgente, no obstante que el citado estudio ya se había realizado y reportado líquido libre en la cavidad, lo que aunado a la sintomatología abdominal y al sangrado por catéter, indicaban la urgencia de practicar una cirugía exploradora; además, se observó que AR3 omitió realizar una adecuada y acuciosa exploración física de la víctima, que incluyera tomar signos vitales, así como solicitar su valoración por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos.

**29.** No obstante que el estado de salud de V1 había sido reportado como grave, fue hasta una hora después, esto es, a las 09:00 horas del 13 de mayo de 2010, que AR4, médico adscrito al servicio de Cirugía General, lo diagnosticó con hemoperitoneo (presencia de sangre libre en la cavidad abdominal) secundario a colocación de catéter Tenckhoff e indicó como plan de manejo practicar una laparotomía exploradora; sin embargo, dicho procedimiento quirúrgico se difirió hasta las 12:00 horas del mismo día, bajo el argumento de que no había ropa quirúrgica estéril. Una vez que se efectuó la intervención, se realizó un drenaje y lavado de la cavidad, además de recolocarse el catéter *“Pig Tail”*, con la finalidad de que la víctima, continuara con el tratamiento de diálisis peritoneal.

**30.** En este tenor, los peritos de esta Comisión Nacional advirtieron que AR4, omitió realizar una adecuada revisión de la cavidad peritoneal, ya que no describió la cantidad y características del hemoperitoneo, así como su causa u origen; ello propició que la mencionada servidora pública no observara que la víctima presentaba una complicación de apendicitis, por lo cual al siguiente día se tuvo que practicarle otro procedimiento quirúrgico abdominal, además de que no realizó la hoja de consentimiento informado respectiva.

**31.** El 14 de mayo de 2010, V1 ingresó al servicio de Medicina Interna, donde SP2, médico interno de pregrado, indicó como diagnóstico: *“diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia renal crónica, postoperado de drenaje de hemoperitoneo, signos vitales estables, sin compromiso pleuropulmonar, precordio rítmico, abdomen doloroso a la palpación superficial, sin resistencia muscular, con catéter de Tenckhoff, herida quirúrgica infraumbilical, con salida de escaso líquido serohemático, edema de miembros inferiores XX, electrocardiograma normal”*.

**32.** Posteriormente, a las 01:30 y 09:00 horas del 14 de mayo de 2010, los médicos tratantes AR5 y AR6, así como SP3, médico residente, todos adscritos al servicio de Medicina Interna, valoraron a V1, pero omitieron cubrirlo con antimicrobianos de amplio espectro, debido a los criterios de riesgo que presentaba para contraer un proceso infeccioso agregado, tales como: la inmunopatía de la propia diabetes, múltiples procedimientos invasivos y quirúrgicos y colecciones hemáticas abdominales que favorecían la colonización bacteriana, como finalmente sucedió.

**33.** Debido a la persistencia de la sintomatología abdominal, a las 13:15 horas del 14 de mayo de 2010, AR7 y SP4, médico tratante y residente, adscritos al servicio de Cirugía General, le practicaron a V1 un procedimiento quirúrgico abdominal, teniendo como hallazgos: *“múltiples coágulos en cavidad, el mayor de 250 gramos aproximadamente, además de apéndice con fecalitos en su interior”*; ante ello, extrajeron los coágulos y realizaron un lavado y drenaje de la cavidad peritoneal, así como una apendicectomía. Dichos servidores públicos indicaron que la víctima tenía riesgo de contraer una infección, así como de presentar sangrado por la dehiscencia, e incluso la muerte.

**34.** En relación con lo anterior, los peritos de este organismo nacional observaron que AR7 y SP4 omitieron indicar un tratamiento adecuado para las complicaciones de apendicitis y sangrado, debido a que no realizaron una adecuada revisión de la cavidad peritoneal que permitiera encontrar la causa u origen del hemoperitoneo, además de que tampoco cubrieron a V1 con antimicrobianos de amplio espectro, ni requisitaron adecuadamente la hoja de consentimiento informado.

**35.** A las 15:35 horas del 15 de mayo de 2010, V1 fue valorado por un médico adscrito a los servicios de Medicina Interna y Nefrología, quien lo reportó con los antecedentes ya señalados y solicitó su interconsulta urgente por personal del servicio de Cirugía debido a que era necesario practicarle otra exploración de la cavidad, por la presencia de sangrado y para verificar el origen de la hemorragia.

**36.** Por lo anterior, horas después AR8 y SP6, médico tratante e interno de pregrado, ambos adscritos al servicio de Cirugía General, le realizaron a V1 otra intervención quirúrgica, advirtiendo como hallazgos: salida abundante de líquido serohemático y hemoperitoneo de 400 cc con líquido de diálisis. Ante ello, se optó por introducir compresas en los cuadrantes de la víctima, momento en que se identificó un coágulo de 15x10 centímetros en la fosa ilíaca derecha y un vaso sangrante en el mesenterio apendicular; además, se descartó que existieran otros sitios de sangrado y se retiró el catéter de diálisis peritoneal.

**37.** Así las cosas, el procedimiento quirúrgico practicado a V1 se dio por concluido sin complicaciones, pero el médico tratante indicó un alto riesgo de que la víctima cursara con una respuesta inflamatoria sistémica, coagulopatía de consumo y dehiscencia de pared.

**38.** Los peritos de esta Comisión Nacional que conocieron del caso, advirtieron que el vaso sangrante de mesenterio apendicular que originó la presencia de sangre libre en la cavidad abdominal de V1, fue resultado de una complicación derivada de manera directa de la apendicectomía realizada de manera inadecuada por AR7 y SP4 el día anterior.

**39.** Igualmente, se observó que AR8 omitió solicitar la valoración inmediata de V1 por la Unidad de Cuidados Intensivos, en virtud de que tenía criterios para hacerlo, tales como: el antecedente de las tres cirugías de laparotomía practicadas a la víctima en las últimas 72 horas, anemia severa por sangrado abdominal e

insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal suspendida; además, se continuó sin cubrir a la víctima con antimicrobianos de amplio espectro.

**40.** A las 09:00 horas del 16 de mayo de 2010, un médico adscrito a los servicios de Medicina Interna y Nefrología reportó a V1 con signos vitales estables, mejoría relativa respecto al día inmediato anterior, sin compromiso neurológico, pleuropulmonar o abdominal; además, debido a que se retiró el catéter de Tenckhoff para evitar una inflamación peritoneal, el citado servidor público indicó que se le practicara hemodiálisis definitiva, se le realizaran estudios de laboratorio y vigilar su estado hemodinámico.

**41.** El 17 de mayo de 2010, a las 06:55 horas, V1 fue valorado por AR9, médico adscrito al servicio de Cirugía General (quien no se pudo identificar debido a que sus datos se encuentran ilegibles), indicando que se encontraba: relaparotomizado (práctica continua de varias laparotomías exploradoras), con retiro de catéter de Tenckhoff, dolor abdominal leve a nivel de la herida quirúrgica, orina con apariencia hematórica no activa, estertores subcrepitantes en la base derecha, herida quirúrgica afrontada sin sangrado, peristalsis presente disminuida, *“actualmente en hemodiálisis”*, con altas probabilidades de dehiscencia o eventración; sin embargo, dicho servidor público omitió solicitar la valoración inmediata de la víctima, por personal adscrito al servicio de Urología ante la *“orina con apariencia hematórica no activa”*.

**42.** En la misma fecha, V1 fue valorado por AR6, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien solicitó que se le colocara un catéter para hemodiálisis y continuar con el plan de manejo establecido por el servicio de Nefrología; además, ordenó aporte de electrolitos, tomar estudios de laboratorio y un electrocardiograma; sin embargo, el mencionado médico omitió indicar cobertura antimicrobiana de amplio espectro, ya que por estudios de laboratorio se encontraba documentado un proceso infeccioso (leucocitosis de 16,500).

**43.** Lo anterior, se corroboró con el contenido del registro clínico, tratamiento y observaciones de Enfermería de V1, en virtud de que en el mismo únicamente consta que se administró a la víctima antihemorrágicos, analgésicos, protector de la mucosa gástrica, gluconato de calcio, monoterapia antimicrobiana, antihipertensivo, electrolitos, diuréticos, plasma, y que se tomaron signos vitales, presión arterial y cuidados generales y de la herida.

**44.** El 18 de mayo de 2010 a las 13:30 horas, se le colocó a V1 un catéter tipo Mahurkar y se realizó una sesión de hemodiálisis sin complicaciones; al siguiente día AR10, médico adscrito a los servicios de Medicina Interna y Nefrología, determinó el egreso de la víctima, *“por mejoría”*, y le indicó continuar acudiendo a consulta externa para que se le practicaran las sesiones del mencionado tratamiento y curación de la herida quirúrgica por el pequeño absceso de pared abdominal.

**45.** En opinión de los peritos de esta Comisión Nacional, el egreso de V1 fue inadecuado, debido a que el mismo se realizó sin haber indicado una cobertura

antimicrobiana (no obstante que tenía un foco infeccioso manifestado como absceso de la pared abdominal) y sin actualizar mediante estudios de laboratorio el estado de la anemia, del desequilibrio hidroelectrolítico y del estado bioquímico, posterior a que se le practicó el tratamiento de diálisis, además de que la hematuria que tenía no fue valorada por personal adscrito al servicio de Urología.

**46.** El hecho de que V1 hubiera sido egresado de manera inadecuada por AR10, tuvo como consecuencia que, aproximadamente 15 horas después, es decir, a las 23:30 horas del mismo 19 de mayo de 2010, reingresara al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS por persistir la hemorragia activa peritoneal, donde se le diagnosticó con un cuadro clínico de: *“postoperado de laparotomía exploradora, hemorragia activa peritoneal, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”* y se solicitó su valoración por personal del servicio de Cirugía.

**47.** Posteriormente, V1 fue valorado por AR11, médico adscrito al servicio de Cirugía General Nocturna Urgencias, quien lo encontró con los citados antecedentes y lo reportó con estado de salud delicado y alto riesgo quirúrgico; dicho servidor público determinó ingresar a la víctima a observación e indicó como plan de manejo suministro de soluciones intravenosas, protector de la mucosa gástrica, regulador de la motilidad intestinal, cruce de dos paquetes globulares, así como practicarle biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, electrolitos séricos y ultrasonido abdominal, a fin de descartar presencia de sangre libre en la cavidad abdominal.

**48.** En ese sentido, se advirtió que AR11 omitió tomar los signos vitales de V1, realizarle una adecuada y acuciosa exploración física, que permitiera detectar el origen de la hemorragia activa, solicitar su valoración inmediata por los servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva, debido a la persistencia del sangrado, y realizarle una hemotransfusión; asimismo, desestimó practicarle una laparotomía exploradora inmediata para establecer el origen y manejo del sangrado.

**49.** A las 03:00 horas del 20 de mayo de 2010, V1 fue valorado por AR2, médico adscrito al servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de: *“coagulopatía secundaria a heparina no fraccionada en tratamiento, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica en control”*, y solicitó su revaloración por el servicio de Cirugía General; sin embargo, omitió ordenar que de manera urgente se llevara a cabo la transfusión de hemoderivados y un ultrasonido abdominal, así como cubrir con antimicrobianos de alto espectro y pedir la determinación seriada de tiempos de coagulación para mejor control.

**50.** Posteriormente, a las 08:30 y 11:05 horas del 20 de mayo de 2010, a pesar de reportar a V1 con sangrado a través de la herida quirúrgica, AR12 se limitó a solicitar su interconsulta por personal de Cirugía General, así como practicarle un ultrasonido abdominal y tomarle tiempos de coagulación; igualmente, llamó la atención el hecho de que administrara dos ampullas subcutáneas de analgésico opioide (Nalbufina), en virtud de que dicho medicamento, indicado para casos de

dolor de difícil control, favoreció el enmascaramiento del síndrome doloroso abdominal.

**51.** Durante la permanencia de V1 en el servicio de Urgencias, a las 09:00 horas del 20 de mayo de 2013, AR13 también lo reportó con sangrado activo de la cavidad abdominal, hematuria franca y anemia, e indicó como plan de manejo: ayuno, tomarle signos vitales por turno, cuidados generales de Enfermería y suministrarle soluciones intravenosas para 24 horas, así como pasarlo a piso del servicio de Medicina Interna; al respecto, se advirtió que si bien dicho manejo era parte del tratamiento, lo urgente, prioritario e inmediato, era realizar una exploración quirúrgica abdominal para detectar y corregir el sitio de sangrado, así como solicitar su valoración por el servicio de Urología.

**52.** En esa misma fecha, AR14, médico adscrito al servicio de Cirugía General, a la exploración física de V1 lo encontró con sangrado activo de la herida quirúrgica abdominal, presión arterial de 126/78, frecuencia cardíaca de 80, frecuencia respiratoria de 20, 36°C de temperatura, abdomen doloroso a la palpación en la fosa ilíaca derecha, sin datos de irritación peritoneal y hematuria franca macroscópica; asimismo, indicó que al retirar los puntos de sutura encontró coágulos en el tejido celular subcutáneo sin datos de eventración posquirúrgica (salida de las vísceras abdominales por un orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgicamente). Además, el citado servidor público señaló que la víctima tenía una coagulopatía, secundaria a sesión de hemodiálisis, pero que no ameritaba manejo quirúrgico y se encontraba en espera del ultrasonido abdominal para corroborar la presencia de líquido libre en la cavidad.

**53.** Al respecto, los peritos de este organismo nacional observaron que AR14, inadecuadamente señaló que V1 no requería manejo quirúrgico, además de que omitió realizar una adecuada semiología del origen del sangrado y solicitar su valoración inmediata por el servicio de Urología ante la persistencia de hematuria macroscópica.

**54.** Lo anterior, se corroboró con el hecho de que, en esa misma fecha, es decir, el 20 de mayo de 2010, se tuvo que practicar a V1, previa asepsia y antisepsia e infiltración de anestésico local, un aseo de la herida quirúrgica, en la cual se retiraron coágulos fijos y firmes y se identificaron cinco puntos de sangrado; además, se reportaron como hallazgos: coágulos abundantes en el tercio medio de la herida quirúrgica y aponeurosis íntegra.

**55.** A mayor abundamiento, los peritos de esta Comisión Nacional indicaron que si bien fue cierto que el sangrado de V1 se debió a la friabilidad de los cinco puntos de sutura condicionada y favorecida por la manipulación de los tejidos blandos realizada en diversas ocasiones, así como por el absceso de pared que no fue manejado adecuadamente y por las propias suturas de la heparinización indicada para evitar la formación de trombos en el catéter; también, lo fue que dicha complicación no fue advertida ni manejada oportunamente por los médicos tratantes de V1, desde las 23:30 horas del 19 de mayo de 2010.

**56.** Posteriormente, a las 14:50 horas del 21 de mayo de 2010, V1 fue valorado por el médico AR15, a quien no se pudo identificar debido a que sus datos resultaron ilegibles en la nota respectiva. Dicho servidor público lo reportó con buena evolución, herida quirúrgica sin huellas de sangrado, hematuria macroscópica, así como abdomen blando y depresible; además, determinó egresar a V1 del servicio de Cirugía General, indicándole que debería acudir a consulta externa en dos semanas, utilizar vendaje compresivo, tomar ciprofloxacino y paracetamol.

**57.** En este contexto, se observó que AR15 omitió solicitar la valoración inmediata de la víctima por el servicio de Urología, a fin de documentar y corregir la hematuria que presentaba, aunado a que tampoco actualizó su estado de salud, mediante estudios de laboratorio para ajustar el plan de manejo de heparina y valorar los niveles de azoados para programar su próxima sesión de hemodiálisis.

**58.** Después de cinco días, es decir, el 26 de mayo de 2010, a las 05:38 horas, V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, en donde AR16 lo diagnosticó con un cuadro clínico de: *“insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, dehiscencia de herida quirúrgica abdominal, hematuria, diabetes mellitus tipo dos”*, y ordenó su ingreso, a fin de que fuera valorado por los servicios de Urología y Cirugía General, y se le practicara una sesión de hemodiálisis; además, indicó como plan de manejo, cuidados generales de Enfermería, tomar signos vitales por turno, así como suministrarle diversos medicamentos.

**59.** No obstante lo anterior, se evidenció que V1 fue objeto de abandono por parte del personal médico del multicitado nosocomio por casi 6 horas, toda vez que fue valorado hasta las 11:00 horas del 26 de mayo de 2010 por AR13, médico adscrito al servicio de Urgencias Observación de Medicina Interna, quien lo reportó con dehiscencia de la herida quirúrgica, hematuria persistente (presencia de sangre en la orina), presión arterial de 160/90, frecuencia cardiaca de 84, afebril, pálido, sin compromiso cardiopulmonar, sin datos de irritación peritoneal y herida quirúrgica sin evidencia de sangrado activo; asimismo, precisó que no se contaba con estudios de laboratorio y solicitó la valoración de la víctima por parte de los servicios de Urología y Cirugía General, así como practicarle una transfusión sanguínea.

**60.** Al respecto, los peritos de esta Comisión Nacional observaron que AR13 y AR16 omitieron realizar una adecuada exploración física de V1, así como solicitar su valoración urgente por el servicio de Cirugía General; ello, en virtud de que hasta las 11:50 horas, AR17, médico adscrito al citado servicio valoró a la víctima, y lo reportó con herida quirúrgica dehiscente y eventración de asa del intestino delgado, gasto serohemático en moderada cantidad, por lo cual indicó que deberían practicársele estudios de laboratorio que permitieran definir si era o no candidato a cierre de la pared o de la segunda intención, debido a la coagulopatía documentada previamente. AR17 omitió realizar de manera inmediata una laparotomía exploradora ante la eventración intestinal (salida de una porción del

intestino) o, al menos, realizar una curación de la herida y solicitar la valoración inmediata de la víctima por el servicio de Urología.

**61.** V1 permaneció con el *“intestino de fuera”*, hasta casi diez horas, en virtud de que fue a las 21:22 horas del 26 de mayo de 2010, que un médico de Cirugía General del turno nocturno lo reportó con dehiscencia y asa del intestino delgado no comprometida, sin hemorragia activa del sitio quirúrgico, sonda Foley con hematuria macroscópica, por laboratorio con tiempos de coagulación muy alargados.

**62.** El 27 de mayo de 2010, V1 fue valorado por AR18, médico adscrito al servicio de Urología, quien lo encontró con hematuria, ingresado por herida quirúrgica abierta con evisceración; asimismo, indicó que la víctima se mantenía con sonda transuretral y quedaría a cargo del servicio de Cirugía General; sin embargo, dicho servidor público omitió establecer el origen de la hematuria, tomar signos vitales, así como considerar practicar una cistoclasia y/o lavado vesical, a fin de corregir, en la medida de lo posible, el sangrado y actualizar los estudios de laboratorio para valorar el estado de la anemia en el paciente.

**63.** Ese mismo día V1 ingresó a quirófano y AR19 le practicó aseo quirúrgico y afrontamiento de aponeurosis de la dehiscencia de la herida y eventración. Dicho servidor público reportó como hallazgo un absceso en la parte inferior de la herida quirúrgica y le dejó a la víctima una compresa impregnada con isodine; además, precisó que se le debería practicar curación en la herida cada doce horas con cambio de compresa estéril y vendaje. En este contexto, el personal médico de este organismo nacional observó que AR19 omitió tomar a V1 muestras para cultivo, a fin de efectuar ajustes en el antimicrobiano.

**64.** El 28 de mayo de 2010, a pesar de que los estudios de laboratorio documentaron que la víctima presentaba leucocitosis de 19,600 (normal hasta 10,000), tiempos de coagulación alargados, hipoglicemia de 61 g/dl (normal 74-109), así como urea, creatinina y nitrógeno urémico elevados, además de desequilibrio electrolítico y se omitió proporcionarle sesiones de hemodiálisis, la cual se encontraba indicada para dicho paciente por encontrarse postoperado con insuficiencia renal crónica; además, los peritos de esta Comisión Nacional observaron que, una vez más, V1 permaneció sin vigilancia estrecha, ya que fue hasta las 21:50 horas de ese día que AR20 le indicó como plan de manejo: ayunar, mascarilla con oxígeno a 5 litros por minuto, sonda nasogástrica a derivación, transfundir un paquete globular, tomar biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación urgentes, así como monitorearlo y valorarlo por el servicio de Terapia Intensiva; sin embargo, dicho servidor público no obstante que reportó el estado de salud de V1 como grave, omitió solicitar su interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos.

**65.** Asimismo, según se desprende del registro clínico, tratamientos y observaciones de Enfermería, a las 06:00 horas del 29 de mayo de 2010, V1 pasó a hemodiálisis y reportó como grave, sin que hasta ese momento hubiera sido valorado por personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que no existe

constancia médica escrita anexada al expediente clínico que así lo demostrara. La víctima continuó con el plan de manejo que le había sido indicado anteriormente, agregándose únicamente, antiemético y realizar curaciones cada ocho horas por un médico interno de pregrado.

**66.** Además, no pasó desapercibido para los peritos de este organismo nacional el hecho de que hasta el 29 de mayo de 2010, no se le había retirado a V1 la compresa dejada en la herida quirúrgica abdominal por AR19, y que dicha situación favoreció y condicionó el proceso séptico abdominal con el cual la víctima cursó posteriormente. El 30 de ese mismo mes y año, el personal de Enfermería reportó al paciente con presencia de sangre en la orina, en hemodiálisis, oxigenoterapia, quejumbroso, inquieto y decaído; además, se precisó que se le retiró la sonda nasogástrica.

**67.** El 31 de mayo de 2010, AR21, médico a quien no se pudo identificar debido a que sus datos señalados en la nota respectiva se encuentran ilegibles, determinó egresar a V1 *“por mejoría”*, no obstante que había sido reportado como grave, e indicó como plan de manejo que acudiera a consulta externa al servicio de Cirugía General y realizar curaciones diarias en su domicilio, así como acudir al área de Urgencias en caso de requerirlo.

**68.** En suma, los médicos que valoraron o tuvieron a su cargo a V1, durante su cuarto internamiento en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, entre el 26 y el 31 de mayo de 2010, omitieron revisar de manera adecuada la herida quirúrgica abdominal, toda vez que no advirtieron la compresa que la víctima tenía en el abdomen, además de que tampoco le proporcionaron tratamiento para corregir la hematuria.

**69.** De las constancias que se encontraron agregadas al expediente clínico de V1, se observó que a las 20:30 horas del 13 de julio de 2010, V1 fue valorado por AR22, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, quien lo reportó con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, síndrome anémico, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, neuropatía periférica y desequilibrio hidroelectrolítico; además, debilidad generalizada, evacuaciones diarreicas, pálido, deshidratado, sin compromiso cardiovascular, sin datos de irritación peritoneal y extremidades con edema ++, por lo que indicó su ingreso a observación; sin embargo, dicho servidor público omitió realizar una adecuada exploración física de la víctima, que incluyera tomar signos vitales y revisar la herida quirúrgica abdominal, así como suministrarle una debida cobertura antimicrobiana por los factores de riesgo del paciente.

**70.** Posteriormente, a las 23:00 horas del 13 de julio de 2010, V1 fue valorado por AR23 y AR24, médicos adscritos al servicio de Urgencias, quienes a pesar de reportarlo con los antecedentes ya señalados, herida quirúrgica abierta, 29,200 leucocitos (normal hasta 10,000), elevación alarmante de azoados, anemia severa por hemoglobina de 8.9 (normal de 12 a 16), se limitaron a indicar como plan de manejo dieta blanda para nefrópata, tomar tiempos de coagulación, practicarle un

examen general de orina y curación de la herida quirúrgica, así como pasarlo a piso a cargo del servicio de Nefrología y a sesión de hemodiálisis.

**71.** Al respecto, los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que AR23 y AR24 omitieron realizar una acuciosa exploración a V1, que permitiera determinar el origen del proceso infeccioso, solicitar su valoración urgente por los servicios de Terapia Intensiva, Cirugía General e Infectología, en virtud de que la leucocitosis de 29,200 era indicativa de que la víctima estaba cursando por un proceso séptico severo ya instalado, además de que tampoco la cubrieron con antimicrobianos de amplio espectro contra gérmenes hospitalarios ni corrigieron su desequilibrio hidroelectrolítico.

**72.** A las 04:00 horas del 14 de julio de 2010, V1 ingresó al servicio de Medicina Interna, donde AR5 lo recibió con los antecedentes ya conocidos, múltiples complicaciones de la diabetes, en hemodiálisis, con disminución de la fuerza de las extremidades, somnoliento y deshidratado; dicho servidor público especificó que los síntomas seguramente eran efecto secundario de la benzodiazepinas, carbamacepina, dextropropoxifeno y gabapentina, que le habían sido prescritos, así como por la diarrea crónica y la disminución de la ingesta alimentaria; además, precisó que V1 cursaba con anemia y reportó su estado de salud como muy delicado e integró como diagnóstico: “insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, desequilibrio hidroelectrolítico, anemia, neuropatía diabética”.

**73.** En este orden de ideas, los peritos médicos de este organismo nacional observaron que AR5 omitió solicitar la valoración urgente de V1 por los servicios de Terapia Intensiva, Cirugía General e Infectología, a fin de determinar el origen del proceso séptico severo instalado y así estar en posibilidad de brindarle el tratamiento pertinente mediante antimicrobianos de amplio espectro contra gérmenes hospitalarios y corregir el desequilibrio hidroelectrolítico.

**74.** Por otra parte se evidenció un nuevo abandono del paciente, debido a que durante aproximadamente catorce horas, V1 permaneció sin atención médica, siendo hasta las 18:00 horas del 14 de julio de 2010, que AR25, médico a quien no se pudo identificar debido a que no precisó sus datos en la nota respectiva, valoró a la víctima y determinó su egreso posterior a una hemotransfusión.

**75.** En suma, AR5, AR22, AR23, AR24 y AR25, médicos que valoraron o tuvieron a su cargo a V1, durante su internamiento en el Hospital General de Zona. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, los días 13 y 14 de julio de 2010, omitieron corregir y revertir el desequilibrio hidroelectrolítico secundario confirmado por los resultados de laboratorio practicados el 14 de ese mes y año, los cuales documentaron hiperkalemia en rangos potenciales de infarto agudo al miocardio de 6.9 (normal 3.7 a 4.7), ya que está descrito en la literatura médica que la hiperkalemia o aumento de potasio plasmático es un trastorno electrolítico grave causado por la disminución en su excreción en la insuficiencia renal crónica, cuya principal manifestación es la cardiotoxicidad con cambios en el electrocardiograma, alteraciones neuromusculares y gastrointestinales (parestias, debilidad, falla respiratoria, náuseas y vómitos).

**76.** Asimismo, AR5, AR22, AR23, AR24 y AR25 omitieron cubrir adecuadamente a V1 con un esquema antimicrobiano de amplio espectro, controlar la diarrea e indicar monitoreo electrocardiográfico continuo, solicitar su manejo multidisciplinario, y principalmente de la herida quirúrgica abdominal abierta, ya que no advirtieron la presencia de la compresa (material quirúrgico) que tenía el paciente en la cavidad abdominal y que originaba el proceso séptico manifestado por leucocitos de 29,200.

**77.** A las 08:00 horas del 21 de julio de 2010, V1 ingresó al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, donde AR17 y AR26 a su exploración física lo encontraron con los antecedentes multicitados, dolor abdominal diario, mal definido y de intensidad variable, náusea y vómito frecuente, hiporexia, deterioro progresivo del estado general, con dos sesiones de hemodiálisis a la semana, evacuaciones diarreicas, clínicamente con signos vitales dentro de los parámetros aceptables, glicemia capilar de 140mg, inquieto, quejumbroso, en mal estado general, deshidratado, sin datos de abdomen agudo pero con herida quirúrgica parcialmente dehiscente; asimismo, precisaron que se asomaba la punta de una gasa de la herida de la víctima, por lo cual intentaron extraerla, momento en que advirtieron que en realidad se trataba de una compresa con abundante material purulento fétido.

**78.** AR17 y AR26 integraron como diagnóstico de V1: *“cuerpo extraño en cavidad abdominal, síndrome doloroso abdominal secundario”* e indicaron prepararlo para intervenirlo quirúrgicamente; sin embargo, omitieron solicitar su valoración preoperatoria urgente, así como su interconsulta al servicio de Nefrología, indicar monitoreo electrocardiográfico continuo, oxigenarla y cubrirla con triple esquema antimicrobiano.

**79.** En este orden de ideas, a las 14:00 horas del 21 de julio de 2010, AR27 realizó la extracción de cuerpo extraño alojado en la cavidad abdominal de V1, bajo bloqueo peridural y previo protocolo quirúrgico. Así las cosas, practicó una escisión de los tejidos de granulación, se retiraron las suturas y la compresa fétida adherida a las asas del intestino y el estómago; posteriormente, se verificó hemostasia y se encontraron tejidos friables dehiscentes, edematosos y de mala calidad, para después realizar un lavado intenso y colocar dos compresas quirúrgicas, dándose por concluido, sin complicaciones el procedimiento quirúrgico; sin embargo, dicho servidor público estableció que existía un alta posibilidad de que la víctima presentara fístula, hemorragia, perforación, sepsis abdominal y muerte.

**80.** Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que AR27 omitió tomar muestras para practicar un cultivo de la cavidad abdominal de V1, y con ello realizar un ajuste antimicrobiano, así como solicitar su valoración por los servicios de Terapia Intensiva, Medicina Interna, Infectología y Nefrología, indicar monitoreo electrocardiográfico continuo, medidas antikalémia, cubrirlo con triple esquema antimicrobiano y ordenar hemodiálisis, para evitar, en lo posible, el deterioro de su estado de salud y el infarto agudo al miocardio que presentó posteriormente y que finalmente lo llevó a la muerte.

**81.** Además, los estudios de laboratorio practicados el 21 de julio de 2010 a V1, confirmaron que cursaba por un proceso séptico manifestado por leucocitosis de 24,600, desequilibrio hidroelectrolítico por hiperkalemia de 7.2 (normal de 3.7 a 4.7), hiponatremia de 133 (normal de 135 a 145), descontrol hiperglicémico de 227 (normal hasta 109 gr/dl) y un proceso infeccioso urinario agregado; sin que se determinara un cambio en su plan de manejo, limitándose a indicar su pase al piso del servicio de Cirugía General.

**82.** El 22 de julio de 2010 a las 14:15 horas, V1 fue valorado por AR28, médico adscrito al servicio de Cirugía General, quien lo reportó con evolución tórpida, disnea, vómito, náuseas, pálido, con herida quirúrgica abdominal limpia, sin datos de irritación peritoneal, por laboratorio con urea de 228 (normal 15 a 45), hiperkalemia de 7 (normal 3.7 a 4.7), anemia por hemoglobina de 9 (normal 12-16 gr/dl) e indicó como plan de manejo practicarle una sesión de hemodiálisis de manera urgente por probable síndrome urémico; sin embargo, dicho servidor público omitió tomar los signos vitales de la víctima, así como solicitar sus niveles de glicemia y valoración inmediata por personal de los servicios de Medicina Interna, Terapia Intensiva, Nefrología, Infectología, así como monitoreo electrocardiográfico continuo, precisar medidas antíkalemia y para corregir la anemia, y cubrirlo con triple esquema antimicrobiano.

**83.** En esa misma fecha, AR29, médico adscrito al servicio de Nefrología valoró a V1 y lo reportó con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, diaforético, nauseoso con vómito, *“sin compromiso cardiopulmonar, sin edema”*, con elevación alarmante de urea de 228 y potasio de 7.6 y con sepsis con doble foco infeccioso (urinario y abdominal), indicando como plan de manejo su pase a hemodiálisis; al respecto, se advirtió que dicho médico omitió tomar los signos vitales de V1 y glicemia, confirmar o descartar un síndrome urémico, solicitar su valoración inmediata por el servicio de Terapia Intensiva, ordenar su monitoreo electrocardiográfico continuo, realizar hemodiálisis de urgencia, aplicar medidas antíkalemia y control por estudios de laboratorio.

**84.** Igualmente, AR30, médico adscrito al servicio de Cirugía General, reportó a V1 postoperado de textiloma, con insuficiencia renal crónica, síndrome urémico, nauseoso, arqueo, evacuaciones diarreicas, intolerancia a la vía oral, sin compromiso cardiopulmonar, herida abdominal abierta, limpia, sin secreciones, e indicó que el día anterior se le había practicado una hemodiálisis; además, solicitó que se le realizaran una tomografía abdominal y estudios de laboratorio e indicó que el estado de salud de la víctima era grave; sin embargo, dicho galeno omitió tomar signos vitales, glicemia, indicar monitoreo electrocardiográfico continuo, medidas antíkalemia, triple esquema antimicrobiano, corrección de la anemia y solicitar su valoración inmediata por Terapia Intensiva.

**85.** En ese orden de ideas, se advirtió que V1 fue abandonado por el personal médico del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, por más de veinticuatro horas, en virtud de que no existió nota médica ni de indicaciones agregadas al expediente con fecha 23 de julio de 2010, únicamente notas del servicio de Enfermería, quien lo reportó a las 20:00 horas de esa fecha y a las 04:00 horas del

24 del mismo mes y año, hipotenso con presión arterial de 80/40mmHg y descontrol hiperglicémico de 450mg/dl; siendo hasta el 24 de julio de 2010, que AR31, médico adscrito al servicio de Cirugía General, lo valoró encontrándolo a su exploración con evolución tórpida, ansioso, irritable, con evacuaciones diarreicas, temperatura de 36°C, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, respiratoria de 20 por minuto, presión arterial de 110/80mmHg, anemia por hemoglobina de 9.4 (normal 12-16 gr/dl), por lo que indicó como plan de manejo suministrarle clonazepam y transfundirle un paquete globular.

**86.** En este tenor, los peritos de esta Comisión Nacional observaron que AR31 omitió realizar una adecuada exploración física a V1, toda vez que durante el 24 de julio de 2010, el personal del servicio de Enfermería lo reportó hipotenso, siendo la presión máxima registrada: 90/60mmHg, y la mínima; 50/40mmHg, así como con picos febriles de 38°C; además, de que tampoco solicitó su valoración inmediata por el servicio de Terapia Intensiva, su monitoreo electrocardiográfico continuo y corregir su descontrol hiperglicémico, pasando inadvertido para dicho servidor público, el estado de choque que para ese momento ya presentaba el paciente; aunado a que sin contar con criterio alguno para ello, le suministró el sedante clonazepam, el cual causó una mayor depresión al estado neurológico.

**87.** El 24 de julio de 2010, AR32 y AR33 indicaron que V1 se encontraba hiporreactivo, hipotenso, pálido, con ruidos cardiacos rítmicos y frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 24 por minuto; asimismo, precisaron que la herida quirúrgica abdominal abierta no sangraba y sin datos de irritación peritoneal; se inició como plan de manejo suministro de aminas vasopresoras; asimismo, a las 23:00 horas, AR32 lo reportó *“en mejores condiciones, hipotenso con presión arterial de 95/57mmHg, reactivo”*, por lo que determinó continuar con el mismo plan de manejo y reportar cualquier eventualidad.

**88.** Al respecto, los peritos médicos de este organismo nacional advirtieron que AR32 y AR33 omitieron solicitar la valoración inmediata de V1, por el servicio de Terapia Intensiva, toda vez que se encontraba en estado de choque y que por ello, incluso ameritó el uso de aminas (fármacos que favorecen la contractilidad y gasto cardiaco, aumentando la presión arterial y el volumen sanguíneo para una adecuada oxigenación y perfusión de los órganos y tejidos); tampoco oxigenaron al paciente, omitiendo investigar el origen de la hipotensión, ni le dieron vigilancia estrecha.

**89.** El 25 de julio de 2010 a las 09:00 horas, AR31 reportó a V1 con diarrea e hipotensión persistentes y determinó suspender la sesión de hemodiálisis, debido a que la víctima se encontraba en hipotensión, irritable y poco cooperadora; por lo cual solicitó su valoración por el servicio de Nefrología y la reportó grave a sus familiares; sin embargo, omitió indicar la valoración inmediata de la víctima, por personal adscrito a Terapia Intensiva, investigar el origen de la hipotensión y brindarle una vigilancia estrecha.

**90.** Aunado a lo anterior, a las 09:05 horas del 25 de julio de 2010, V1 fue valorado por AR34, médico adscrito al servicio de Nefrología, quien precisó que debido a su estado hemodinámico no sería posible realizar una hemodiálisis e indicó que el servicio de Cirugía General continuara proporcionándole atención médica; así las cosas, dicho servidor público también omitió solicitar la valoración de la víctima, por parte de personal de Terapia Intensiva.

**91.** A las 16:00 horas del 25 de julio de 2010, AR31 y AR33 reportaron a V1 con *“trazo electrocardiográfico con probable Infarto agudo al miocardio en espera de resultado de enzimas cardíacas, se explica paciente grave, familiares enterados, manejo y tratamiento conjunto con Medicina Interna”*; sin embargo, omitieron brindar un manejo al infarto que presentó, así como solicitar su valoración inmediata por Terapia Intensiva y/o Cardiología.

**92.** El estado de salud de V1 continuó deteriorándose, a grado tal que el 26 de julio de 2010 perdió la vida, indicándose como causas de su muerte en el certificado de defunción emitido por personal del IMSS: choque séptico debido a gastroenteritis infecciosa; asimismo, en el expedido por el Servicio Médico Forense de Celaya, Guanajuato, se determinó que falleció por infarto al miocardio.

**93.** En este contexto, es importante precisar que el infarto al miocardio que V1 sufrió se trataba de una complicación grave prevenible, que no se evitó, debido al inadecuado manejo que proporcionaron AR17, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33 y AR34, médicos del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato quienes valoraron y tuvieron a su cargo a la víctima durante su último internamiento en dicho nosocomio entre los días 21 al 26 de julio de 2010.

**94.** Además, de acuerdo a los peritos de esta Comisión Nacional, la *“compresa fétida adherida a asas de intestino y estómago”*, retirada el 21 de julio de 2010 a V1, se trató de un cuerpo extraño que se olvidó retirarle de manera inmediata o dentro de las 48 horas siguientes a la laparotomía exploradora que le fue realizada, de manera inadecuada el 27 de mayo de esa anualidad por AR19, y que la misma no fue advertida oportunamente por otros médicos, con lo cual se condicionó y favoreció la persistencia del proceso séptico que tuvo como consecuencia que la víctima, finalmente, presentara un infarto al miocardio.

**95.** En suma, las irregularidades en que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33 y AR34, médicos adscritos al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, incurrieron desde el ingreso de V1, tales como omitir: 1) una adecuada vigilancia; 2) solicitar su valoración urgente a diversas especialidades; 3) valorarlo de manera adecuada y acuciosa e indicar practicarle de manera oportuna una laparotomía exploradora de urgencia ante la sospecha de peritonitis; 4) efectuar una adecuada exploración quirúrgica para investigar el origen del sangrado que presentaba y con ello, advertir el proceso apendicular; 5) cubrirlo con un adecuado esquema antimicrobiano de amplio espectro; 6)

identificar el origen de la hematuria y corregirla; 7) brindar tratamiento para la hiperkalemia condicionante de infarto agudo al miocardio; 8) revisar la herida quirúrgica abdominal; 9) advertir la presencia de la compresa infectada que se le dejó desde el 27 de mayo de 2010 en la cavidad abdominal; 9) retirarle oportunamente la compresa, ya que fue hasta el 21 de julio de 2010 que se le quitó, lo cual tuvo como consecuencia que cursara con persistencia del proceso séptico y estado de choque que condicionó y favoreció el infarto al miocardio, que lo llevó a perder la vida, el 26 de julio de 2010, convalidándose con ello la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica proporcionada a V1, su fallecimiento y la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible al IMSS.

**96.** En este contexto, los mencionados médicos adscritos al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, vulneraron en agravio de V1 los derechos a la protección de la salud y a la vida, contenidos en los artículos 4, párrafo cuarto, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción I, 23, 27, fracciones III; 32, 33, fracciones I, II y IV, y 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como, 6, 8, 43 y 71, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria y NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, vigentes en esa época.

**97.** Igualmente, los servidores públicos señalados, omitieron observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación conforme a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, así como 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**98.** En este sentido, los numerales I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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, así como 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; prevén el reconocimiento de las personas, por parte del Estado, a recibir un servicio médico de calidad, así como la obligación de las autoridades de adoptar las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

**99.** En este contexto, la Corte Interamericana ha señalado, en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

**100.** Es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

**101.** Resulta importante señalar que por derecho a la protección de la salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

**102.** A mayor abundamiento, esta Comisión Nacional en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de 23 de abril de 2009, estableció que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

**103.** Conviene también señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, consiste en que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas, y en el presente caso quedó evidenciado que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33 y AR34, médicos adscritos al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, que atendieron a V1, debieron considerar el interés superior del paciente, mediante la emisión de un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho

servicio público, situación que, de acuerdo con las consideraciones expuestas no se actualizó y generó que el 26 de julio de 2010 la víctima perdiera la vida.

**104.** Por otra parte, no pasó inadvertido que el expediente clínico de V1, generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, no se encontrara debidamente integrado, debido a que faltaron notas agregadas al mismo; aunado a que de acuerdo a lo señalado por los quejosos, cuando solicitaron que se les proporcionaran los estudios en los cuales se apreciaba la compresa que le fue dejada en la cavidad abdominal a la víctima, se los negaron bajo el argumento de que los mismos no existían debido a que habían sido destruidos.

**105.** Aunado a ello, se advirtió que diversas notas médicas se encontraban ilegibles, en desorden cronológico, con ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes que permitieran su identificación, evidenciando con ello un incumplimiento a los preceptos que establecen los artículos 6 y 8, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico, entonces vigente (actualmente Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de octubre de 2012).

**106.** Las irregularidades mencionadas en los expedientes clínicos, son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

**107.** Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este organismo nacional en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 7/2013 y 33/2013, en las que se señalaron precisamente, las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

**108.** La sentencia del caso “*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

**109.** Debe señalarse que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2; y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.

**110.** Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

**111.** Además, el personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, incurrió en incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen éstos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, y que deberán observar los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios.

**112.** Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

**113.** En este sentido, el artículo 7, párrafo tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente, establece que dicho Instituto será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

**114.** De igual forma, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6,

fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos de convicción suficientes para que este organismo nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

**115.** No es obstáculo para lo anterior que se hubiera iniciado una averiguación previa con motivo de los hechos descritos, ni que el IMSS comunicara que se inició el procedimiento respectivo ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico y el Órgano Interno de Control en ese instituto, ya que este organismo nacional presentará directamente la denuncia y queja correspondiente, para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de entre otros motivos, se dé seguimiento a los mismos.

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

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Celaya, Guanajuato, y se les proporcione la atención médica y psicológica necesaria para restablecer su estado de salud; remitiendo a esta Comisión Nacional, las constancias con la que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se diseñen e impartan a los servidores públicos de los hospitales de ese instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona No. 4, en Celaya, Guanajuato, programas integrales de capacitación y formación, en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya, Guanajuato, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les

permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que los servidores públicos del IMSS, especialmente los adscritos al multicitado Hospital General de Zona No. 4, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se colabore con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SEXTA.** Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

**117.** 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 tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**118.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

**119.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

**120.** Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos

Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**  
**DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA**