



RECOMENDACIÓN No. 55/2010

Síntesis: El 30 de octubre de 2009, V1, mujer de 49 años de edad, acudió al Área de Urgencias del Hospital General “Doctor Darío Fernández Fierro” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (HG), por presentar dolor abdominal intenso, donde fue valorada a su ingreso por AR1, AR2 y AR3. Posteriormente, el mismo día, a su vez, ingresó al Servicio de Tococirugía, donde fue valorada por AR4, quien una vez hecho el diagnóstico determinó realizarle una histerectomía, con motivo de un tumor ovárico que se le había reventado, permaneciendo internada hasta el 3 de noviembre del mismo año, fecha en que fue dada de alta por AR5, no obstante que todavía no se encontraba plenamente recuperada, ya que presentaba vómito.

Al día siguiente, continuó con el vómito y dolor abdominal, por lo que ingresó de nuevo al Área de Urgencias del hospital general mencionado, en donde le indicaron que su estado de salud era “normal”, señalándole que continuara tomando los medicamentos que le habían sido prescritos el día anterior, dándola de alta con cita programada para el 6 de noviembre de 2009, en consulta externa en el Área de Ginecología para retirarle los puntos de la cirugía.

El 6 de noviembre de 2009, V1 asistió a su cita con AR6, quien una vez que la revisó y valoró, informó a AR7 que V1 se encontraba delicada en su estado de salud; le practicaron estudios de laboratorio (placas y ultrasonido). V1 fue valorada por AR8, médico de base de Cirugía General; sin embargo, según los dichos de Q1 y Q2, durante los siguientes dos días, V1 permaneció sin atención médica, siendo valorada hasta el lunes 9 de noviembre de 2009 por AR8 y AR9, situación que se repitió los siguientes días.

En este contexto, el mismo día 6 de noviembre de 2009, Q1 presentó una queja vía telefónica ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en virtud de que requería información sobre el estado de salud y atención brindada a V1. La queja se ratificó por Q2 el 10 de noviembre de 2009, por considerar, según su dicho, que el personal médico del ISSSTE que atendió a V1 lo hizo de manera ineficiente, inadecuada e inoportuna, con el temor de que se generaran padecimientos crónicos o secuelas que pudieran ser irreversibles.

El 12 de noviembre de 2009, AR6 ordenó el alta de V1 del HG sin haber detectado que ésta presentaba un cuadro de cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y pared endocervical, por lo que 13 días después, V1 reingresó por tercera ocasión al Área de Urgencias de ese HG, donde se le practicaron diversos estudios y fue valorada por varios médicos.

En virtud de que V1 continuó con la sintomatología dolorosa, el 27 de noviembre de 2009 se le practicó una laparotomía, en la cual se determinó que tenía cáncer de ovario; permaneció internada hasta el 8 de diciembre de 2009, día en que fue dada de alta con el diagnóstico de oclusión intestinal remitida por carcinomatosis peritoneal. Finalmente, el 20 de enero de 2010, Q2 informó a la CNDH que V1 había fallecido el 10 de enero de 2010.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2009/5447/Q, esta Comisión Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General “Doctor Darío Fernández Fierro” del ISSSTE, en atención a las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la información contenida en el expediente clínico elaborado por personal médico del ISSSTE que atendió a V1, se señaló que el 30 de octubre de 2009, V1 acudió al HG, donde al ser revisada por AR1, AR2 y AR3 les refirió que cuatro meses atrás había sido intervenida en una clínica particular, en la cual se le extrajo un cistoadenoma seroso, y aproximadamente un mes después de la intervención señalada presentó distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico difuso, náusea y vómito, síntomas que se intensificaron, razón por la cual acudía al HG.

Del resultado de la exploración física y de los estudios practicados a V1 (radiografía y tomografía abdominal), AR1, AR2 y AR3 integraron el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y tumoración anexial derecha. Ese mismo día V1 fue valorada por AR4, en el Área de Tococirugía, quien posteriormente le practicó una laparotomía, detallando en la hoja de operaciones que encontró múltiples adherencias de epiplón a intestino y cara anterior y posterior del útero de aproximadamente 18 x 10 cm, con mioma en fondo uterino de aproximadamente 8 cm, y que le practicó una miomectomía para ampliar el campo quirúrgico, encontrando la vejiga adherida al istmo del útero, observando un quiste en ovario derecho de aproximadamente 3 cm, por lo que realizó a V1 una histerectomía subtotal, lo que se hizo constar también en la hoja de ingreso de fecha 30 de octubre de 2009.

En el Servicio de Tococirugía de ese HG, AR4 registró en la nota de ingreso a V1, con un cuadro de “dolor abdominal más tumoración anexial derecha, con antecedente quirúrgico de cistoadenoma, con padecimiento actual caracterizado por dolor súbito en epigastrio de tipo punzante, irradiado a mesogastrio y ambos flancos de predominio izquierdo, acompañado de náusea y vómito en cinco ocasiones de contenido gastrobiliar, y una evacuación diarreica sin moco ni sangre, sin canalizar gases y eructos, palidez de tegumentos, mala hidratación, ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares bien ventilados, con abdomen globoso por abundante panículo adiposo, hiperalgesia y hipervaralgesia, con dolor a palpación media y profunda en epigastrio, mesogastrio y, ambos flancos”, diagnosticándola con “dolor abdominal en estudio, abdomen agudo de etiología a

determinar”, indicando como plan de manejo, toma de laboratoriales y recabar resultados de ultrasonografía y tomografía abdominopélvicos para orientación diagnóstica.

Estudios que, si bien es cierto, fueron ordenados como parte del protocolo médico, también lo es que no se realizaron, pues no obró constancia médica escrita de que así haya sido, no obstante que eran necesarios en el caso de V1, ya que se trataba de una paciente con criterios de riesgo, tales como su antecedente quirúrgico de laparotomía exploradora con ooforectomía izquierda reciente por cistoadenoma, por el síntoma doloroso abdominal, así como por la tumoración de ovario derecho, y por tener elevadas la glicemia, urea y creatinina; sin embargo, aun sin contar con los resultados, AR4 programó la laparotomía exploradora.

De la hoja de operaciones del 30 de octubre de 2009 se desprendió que AR4 fue el médico cirujano encargado de realizar la intervención de V1, mismo que, en opinión del PMCNDH, le practicó el protocolo de estudios de manera incompleta, ya que a pesar de haber reportado como hallazgos quirúrgicos de la operación practicada a V1, el hecho de que ésta presentara “útero crecido, vejiga adherida a istmo de útero, distorsión importante de anatomía uterina y pélvica en general”, omitió llevar a cabo la visualización completa de la cavidad abdominopélvica, el lavado peritoneal con toma de líquido para citología y biopsia transoperatoria, y mientras esperaba el resultado de dichos estudios médicos tendría que haberle realizado una histerectomía y anexectomía contralateral, para que, al tener conocimiento del resultado de la biopsia, en caso que hubiese resultado negativa, la intervención quirúrgica finalizara; pero si se refería maligna, debía seguir con el estadiaje completo tomando biopsias ganglionares pélvicas, paraaórticas, peritoneales múltiples, así como realizar una omentectomía infracólica y apendicectomía, en especial si se trataba de un tumor mucinoso, pues existía el riesgo de que V1 presentara una lesión maligna y más aun con su antecedente de tumor ovárico benigno, así como de cistoadenoma seroso, omisiones que quedaron acreditadas para la CNDH, en virtud de que no obra en el expediente clínico constancia médica alguna de que si se hayan realizado.

Cabe destacar que el antecedente de tumor ovárico benigno y cistoadenoma seroso, que V1 manifestó haber presentado, quedó confirmado con la copia del estudio histopatológico que le fue practicado en un laboratorio particular el 12 de junio de 2009. Las omisiones de AR4, descritas en el párrafo anterior, tuvieron como consecuencia que en el caso de V1 existiera dilación en establecer un diagnóstico de certeza y tratamiento idóneo.

De acuerdo a las notas de evolución, V1 cursó el postquirúrgico de forma estable, sin embargo, la inadecuada atención médica continuó, en virtud de que el mismo día de su operación se encontraban disponibles los resultados del estudio anatomopatológico practicado a su ovario derecho y a la parte del útero que le fueron extraídos durante la cirugía realizada por AR4, en el cual se concluyó que presentaba un cuadro de “cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y pared endocervical, endometrio basal y endocervicitis

aguda y crónica”; no obstante ello, no obra constancia alguna dentro del expediente clínico que señale que, desde su ingreso hasta su egreso, ni AR4 o AR5 hayan solicitado dicho estudio para verificarlo, ni que se hubiese advertido al personal médico los resultados que arrojó el mismo, no obstante que V1 permaneció internada en el HG durante los cuatro días siguientes, esto es, hasta que fue dada de alta el 3 de noviembre de 2009.

Asimismo, durante la estancia de V1 en el HG, AR4 y AR5 omitieron practicarle una valoración por el Servicio de Nefrología, no obstante que el 31 de octubre de 2009, de acuerdo con los exámenes del Laboratorio de Urgencias del HG, V1 presentó elevación de urea, creatinina y nitrógeno ureico, lo cual era indicativo de insuficiencia renal, lo que, aunado a la falta de conocimiento de los resultados del estudio anatomopatológico, tuvo como consecuencia que no se advirtiera la tumoración maligna que presentaba; omisiones que ocasionaron que no se integrara un diagnóstico con certeza y, por consiguiente, la instauración del tratamiento idóneo en esa etapa grave del padecimiento de V1, como la quimioterapia coadyuvante.

De lo anterior se desprende que V1 reunía criterios suficientes para ser ingresada a protocolo de estudio de cáncer, sin embargo, de acuerdo con la hoja de egreso hospitalario del 3 noviembre de 2009, suscrita por una persona “X”, quien firmó en ausencia de AR5, determinó darla de alta “por mejoría”, con medidas a seguir en el hogar, dejándole la posibilidad abierta de acudir al Área de Urgencias, e indicándole acudir a cita en el Servicio de Ginecología en tres semanas, además de que se le prescribió como tratamiento médico, cefalexina, diclofenaco y metoclopramida.

El 6 de noviembre de 2009, V1 acudió a consulta externa al Área de Ginecología del HG, donde fue atendida por AR6, a quien le refirió tener dolor abdominal con cuadro de suboclusión intestinal y con intolerancia a la vía oral. AR6 indicó a AR7 que debían practicársele estudios de laboratorio prequirúrgicos y placas de abdomen en dos posiciones, para posterior valoración del Servicio de Cirugía General, además de solicitarle extraoficialmente la interconsulta.

De igual forma, constó en la hoja de urgencias de esa fecha que se determinó el ingreso de V1 al Servicio de Ginecología para su vigilancia y al de Cirugía General para su valoración, misma que fue realizada por AR7, quien al explorarla la encontró con un cuadro de “palidez en la piel y tegumentos, bien hidratada, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo redundante, timpanismo generalizado, con presencia de herida quirúrgica infra y supraumbilical bien afrontada con escasa secreción serosa, abdomen blando, depresible, doloroso a palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, peristalsis presente, no visceromegalias palpables, no datos de irritación peritoneal, puntos ureterales (-), genitales externos sin alteraciones, al TV con vagina elástica y eutermica con cérvix pequeño, cerrado, resistente, no doloroso a movilización, con insuficiencia venosa periférica”, indicando su ingreso al Servicio de Cirugía General.

En este tenor, a las 17:00 horas del mismo día, V1 fue valorada por AR8, quien la encontró con los antecedentes ya conocidos, destacando “intolerancia a la vía oral, vómito gastroalimentario postprandial inmediato, con remisión del 80 % del dolor a su ingreso, abdomen globoso, reportándose por laboratorio con leucocitosis, anemia por hemoglobina de 9.0 gr/dl y con insuficiencia renal aguda por la elevación de creatinina”, con lo cual integró el diagnóstico de oclusión parcial, señalando que V1 no presentaba datos de urgencia que ameritaran su resolución quirúrgica. Sin embargo, no solicitó una tomografía abdominal como parte del protocolo de estudio de V1, quien mostraba síndrome doloroso abdominal, además de que no se encuentra registro alguno de que haya revisado el expediente clínico, ya que de haberlo hecho se habría percatado de la existencia del informe anatomopatológico de ovario y útero que se practicó a V1 el 30 de octubre de 2009, omisión que volvió a tener como consecuencia que existiera dilación para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El 8 de noviembre de 2009, de acuerdo con la nota de valoración de un médico de base de Medicina Interna, V1 acudió a interconsulta por presentar elevados los azoados; ahí se advirtió que la depuración de creatinina estimada de V1 era de 22.9 ml, lo cual había sido un patrón crónico en sus químicas de ingresos previos, y que existía además agudización de la función renal. En virtud de ello, y de que sólo se contaba con el examen de química sanguínea en su expediente, dicho médico sugirió para completar el protocolo de diagnóstico y estadificación de la función renal de V1 que se le realizaran otros estudios para descartar un proceso urinario infeccioso, ya que V1 presentaba síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Al día siguiente, V1 fue valorada por AR9, reportándola con los mismos antecedentes ya conocidos y con cuadro de oclusión intestinal, probablemente secundario, a adherencias postquirúrgicas, refiriendo que era importante contar con el reporte de Patología de las cirugías previas y con radiografía de abdomen, ya que no se tenía ninguna desde su ingreso hasta esa fecha; sin embargo, de las constancias que obran en el expediente no se advirtió que dichos estudios hubieran sido realizados, situación que impidió que se estableciera un diagnóstico y tratamiento de certeza de la afección renal de V1; asimismo, AR9 retiró la sonda nasogástrica. En la misma nota, se advierte que AR9 también omitió consultar el informe anatomopatológico, ya que de haberlo realizado lo hubiera registrado, situación que se repitió los días 10 y 11 de noviembre de 2009, pues aunque refirió que era necesario recabar el reporte de Patología, se limitó a establecer como diagnóstico “oclusión intestinal en remisión”.

El 12 de noviembre de 2009, V1 fue dada de alta del HG por AR6, quien tampoco detectó su padecimiento, lo cual se advirtió en la hoja de egresos del citado nosocomio. Ahora bien, en opinión del PMCNDH, AR6 ordenó de manera equivocada el alta de V1, argumentando “mejoría y con medidas a seguir en el hogar”, diagnosticándola con suboclusión intestinal e hidronefrosis bilateral; asimismo, le indicó acudir a citas en los Servicios de Urología, Nefrología y Ginecología, dejándole consulta abierta a Urgencias, prescribiéndole

medicamentos (no especificados). De lo anterior se advirtió que V1 fue dada de alta con desconocimiento total del padecimiento, maligno y como consecuencia grave, que en esa fecha ya se infiltraba a toda su cavidad peritoneal, asumiendo AR6 erróneamente que la oclusión intestinal se debía sólo a adherencias postquirúrgicas.

A mayor abundamiento de lo anterior, del análisis del expediente clínico de V1, quedó confirmada además otra irregularidad en el manejo médico que se le brindó a V1 en su segundo ingreso al HG, ya que no obstante que el 8 de noviembre de 2009, un médico de base de Medicina Interna solicitó, de manera adecuada, estudios de laboratorio y gabinete, y el día 10 del mes y año citados, AR6 solicitó a su vez una radiografía abdominal, así como un ultrasonido renal y depuración de creatinina de 24 horas, estudios que eran obligatorios para poder complementar el protocolo de diagnóstico y determinar el tipo y grado de la alteración renal de V1; dichos exámenes no se le practicaron, ya que no existe constancia médica escrita en el mencionado expediente clínico de los mismos, lo cual finalmente tuvo como consecuencia la omisión de una debida integración en un diagnóstico de certeza y, por ende, del tratamiento idóneo, pues no existían los elementos suficientes para afirmar que V1 cursaba con hidronefrosis bilateral, como lo diagnosticó finalmente AR6 en la hoja de egresos del 12 de noviembre de 2009.

Para la CNDH no pasó inadvertido el hecho de que AR6, AR7, AR8 y AR9, médicos de los Servicios de Cirugía General y Ginecobstetricia que trataron o valoraron a V1 en su segundo internamiento al HG, omitieron solicitar el informe anatomopatológico, el cual se encontraba disponible desde el 30 de octubre de 2009, fecha en que se le intervino quirúrgicamente en su primer ingreso al HG, situación que llevó a que ésta fuera dada de alta por segunda ocasión con desconocimiento total del padecimiento.

El 25 de noviembre de 2009, V1 reingresó por tercera ocasión al Área de Urgencias del HG, siendo atendida, de acuerdo con la hoja de Urgencias, a las 10:50 horas, en la que consta que refirió “dolor abdominal, náusea, vómito y sin evacuación en cinco días”, y a la exploración física se le encontró “inquieta, fascies de dolor, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen con peristalsis disminuida, con dolor difuso abdominal el cual se exacerbaba a la digito presión”, con lo cual se le diagnosticó con probable cuadro oclusivo intestinal. Posteriormente, ese mismo día V1 fue valorada por un médico adscrito a Cirugía General, quien estableció que la paciente cursaba con una oclusión intestinal probablemente secundaria a adherencias, indicando su ingreso a piso de cirugía, así como impregnación antibiótica y probable tratamiento quirúrgico.

De igual forma, V1 fue valorada por el médico de base en el Servicio de Ginecobstetricia, a quien le refirió “no haber canalizado gases en 24 horas, haber presentado fiebre que no fue cuantificada desde una semana atrás, dolor abdominal epigástrico irradiado a cuadrantes inferiores”, y a la exploración se le encontró con “palidez generalizada de tegumentos, abdomen con cicatriz, globoso a expensas de panículo adiposo y distensión abdominal, a la auscultación con

ruidos peristálticos en cinco minutos, con dolor a la palpación a nivel epigastrio y en cuadrantes inferiores, con hiperglicemia, urea y creatinina elevados, electrolitos dentro de parámetros normales y deshidrogenasa láctica elevada” (la cual es una enzima que se puede elevar cuando se presentan ciertos tipos de cáncer). Se diagnosticó a V1 con oclusión intestinal que estaba siendo valorada, indicándole tratamiento en el Servicio de Cirugía General del HG.

El 26 de noviembre de 2009, V1 fue ingresada al Servicio de Cirugía General, donde el médico que la valoró manifestó que presentaba “un cuadro de adherencias compatibles con un cuadro oclusivo, mas no se debía descartar la posibilidad de que se tratara de trombosis mesentérica o bien de un cuadro de infarto intestinal”. En opinión del PMCNDH, el manejo médico realizado a V1 en su tercer ingreso fue adecuado, pues se le suministro profilaxis anticoagulante para evitar riesgo de trombosis, lo que indica que fue preparada para ingresar en las mejores condiciones posibles al procedimiento quirúrgico exploratorio.

El 27 de noviembre de 2009, V1 continuó con persistencia de la sintomatología dolorosa abdominal, por lo que el médico de base del Servicio de Cirugía General del HG le practicó una laparotomía exploradora teniendo como hallazgos: “abundante líquido de ascitis, múltiples adherencias del íleo terminal a peritoneo, con implantes tumorales muy sugestivos de carcinomatosis en peritoneo, diafragma, vejiga, colon ascendente, mesenterio, íleo terminal y anexos con absceso pélvico de aproximadamente 60 cc”. De acuerdo a la opinión técnica del PMCNDH, V1 fue manejada adecuadamente, pues se le realizó una “adherenciólisis, una resección intestinal, una hemicolectomía derecha, cierre de colon transversal con bolsa de hartmann, una plicatura del mesenterio e ileostomía”, con la finalidad de reseca la mayor cantidad de tumoración posible. Asimismo, se tomó a V1 una biopsia de ganglios mesentéricos y se le realizó un lavado de cavidad abdominal, enviando las muestras a patología. Sin embargo, la atención médica proporcionada en esa etapa avanzada de la tumoración maligna con múltiples metástasis intraperitoneales ya no le brindó a V1 ninguna mejoría a su estado de salud.

Derivado de la biopsia practicada a V1, el mismo día de la intervención quirúrgica y señalada en el párrafo que antecede, se reportaron marcadores tumorales elevados de 4352.27 u/ml. Dicho marcador es producto particularmente de las células de cáncer ovárico, cuyos niveles máximos son hasta de 37.0 u/ml, según los propios rangos del laboratorio de análisis clínicos del HG. En virtud de lo anterior, se confirmó el diagnóstico de cáncer de ovario, padecimiento maligno y grave que presentaba V1, mismo que no fue diagnosticado ni manejado por parte AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, médicos tratantes de los Servicios de Cirugía General y Ginecobstetricia del HG que la atendieron en sus dos primeros ingresos, ya que en ninguna de las notas que obran en el expediente médico respectivo se llegó a contemplar como diagnóstico, a pesar de los resultados del estudio anatomopatológico practicado el 30 de octubre de 2009, que indicaron que V1 presentaba cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a

cuerpo uterino y pared endocervical, endometrio basal y endocervicitis aguda y crónica.

En ese orden de ideas, en opinión del PMCNDH, de haberse diagnosticado con oportunidad la neoplasia maligna que presentaba V1 desde el 30 de octubre de 2009, situación que era posible determinar, ya que el personal médico del ISSSTE contaba con los elementos necesarios para hacerlo, tales como el antecedente de cistoadenoma seroso de ovario izquierdo extirpado previamente a V1; el crecimiento rápido de la nueva tumoración uterina y anexial derecha, misma que AR4 confundió con un quiste y mioma uterino, pero que en realidad se trataba de un cáncer, además de que omitió la toma de biopsia transoperatoria a pesar de los hallazgos quirúrgicos descritos como “distorsión importante de la anatomía uterina y pélvica en general y friabilidad de los tejidos peritoneales”, así como el cuadro oclusivo intestinal que presentó V1 desde el posquirúrgico mediato en el HG; se le habría brindado la posibilidad de la terapia coadyuvante como la quimioterapia y un mejor pronóstico de sobrevida.

Cabe destacar que la sobrevida de los pacientes que muestran el tipo de tumores que presentó V1 es en promedio de cinco años, sin embargo, la agraviada tuvo un desenlace fatal en un periodo extremadamente corto de aproximadamente 70 días contados a partir de la histerectomía realizada el 30 de octubre de 2009, situación que en la opinión médica de la CNDH se debió a la extensa resección del útero y ovario derecho de V1, ya que las células tumorales residuales entran en crecimiento, siendo la diseminación tumoral vía linfática y por contigüidad, así que al exfoliar las células tumorales que presentó siguieron circulando intraperitonealmente, favoreciendo su rápida infiltración a tejidos circundantes, en este caso a vísceras abdominales, produciendo múltiples implantes en su circulación que desembocaron en una carcinomatosis peritoneal, actuación que le negó a V1 una oportunidad de mejorar el periodo de sobrevida al cual tenía derecho.

El 2 de diciembre de 2009, el médico adscrito a Cirugía General que operó a V1 registró en su nota de evolución que en el expediente clínico de V1 existía un reporte de patología del 30 de octubre de 2009, con el diagnóstico de “cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y endocervix”, y que “a pesar de las transfusiones sanguíneas V1 continuaba con anemia severa”, solicitando interconsulta a Oncología e indicando la transfusión de hemoderivados (paquetes globulares y plasma fresco).

El 6 de diciembre de 2009, V1 fue reportada por el laboratorio con ligera recuperación de la función renal, y al día siguiente el Servicio de Nefrología indicó que debía continuar con el manejo por consulta externa, dándola de alta con tratamiento. En virtud de ello, de acuerdo con la hoja de egreso hospitalario, V1 egresó del HG el 8 de diciembre de 2009, con diagnóstico final de “oclusión intestinal remitida por carcinomatosis peritoneal”, dejándole abierta la posibilidad de acudir al Área de Urgencias, así como a consulta externa de Cirugía General y de Nefrología, indicándole realizar curación diaria de su herida y tratamiento de

antibióticos, analgésicos, protectores de la mucosa gástrica, hematínicos, diurético y medidas higiénico dietéticas, lo cual en opinión del PMCNDH fue adecuado, ya que con ello se evitó exponer a V1 a contraer alguna infección nosocomial, pues ya no se le podía ofrecer alguna otra alternativa terapéutica en esa etapa avanzada de su enfermedad.

Finalmente, el 10 de enero de 2010, V1 falleció, especificándose como causa de muerte en el acta de defunción “carcinomatosis, cáncer de estómago”, complicación infiltrativa grave y mortal, derivada de manera directa del cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario que no fue diagnosticado ni manejado oportunamente por el personal médico del ISSSTE desde el 30 de octubre de 2009, convalidándose con todo ello la relación causa-efecto, esto es la inadecuada atención que provocó el fallecimiento de V1. No es óbice para llegar a la anterior conclusión la determinación del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE en su sesión extraordinaria 06/10, del 12 de abril de 2010, en la cual concluyó que “no existió deficiencia médica en el servicio de Cirugía General del HG. El adenocarcinoma de ovario no tiene relación con un mioma uterino previo o existente”.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional, el 6 de octubre de 2010, emitió la Recomendación 55/2010, dirigida al Encargado de la Dirección General del ISSSTE, en la que se le requirió que instruya a quien corresponda a efectos de que se tomen las medidas necesarias para indemnizar a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho a ello; que gire instrucciones a quien corresponda para que en los hospitales del ISSSTE, y especialmente en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcionen, tanto el personal médico como el de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitar de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación; que gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el ISSSTE, como obligación para el personal médico, 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 para brindar un servicio médico adecuado y profesional; que se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese Instituto, y que se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República.

**SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO DEL ISSSTE EN AGRAVIO DE
V1**

México, D.F., a 6 de octubre de 2010

**LIC. JESÚS VILLALOBOS LÓPEZ
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

P R E S E N T E

Distinguido licenciado:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II, y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2009/5447/Q, relacionado con el caso de V1.

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 describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 30 de octubre de 2009, V1, mujer de 49 años de edad, acudió al área de urgencias del Hospital General “Doctor Darío Fernández Fierro” (HG) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por presentar dolor abdominal intenso, donde fue valorada a su ingreso por AR1, AR2 y AR3. Posteriormente, el mismo día, a su vez, ingresó al servicio de tococirugía, donde fue valorada por AR4, y quien una vez hecho el diagnóstico, y dado los síntomas que presentaba, determinó intervenirla quirúrgicamente realizándole una histerectomía, según los testimonios de Q1 y Q2, con motivo de un tumor ovárico que se le había reventado, permaneciendo internada hasta el día 3 de noviembre del mismo año, fecha en que fue dada de alta por AR5, no obstante que todavía no se encontraba plenamente recuperada, ya que presentaba vómito.

Al día siguiente, V1 continuó con el vómito así como con el dolor abdominal por lo que su familia la trasladó al área de urgencias del HG mencionado, en donde fue valorada, sin tener la referencia del personal médico que la atendió, indicándole que su estado de salud era “normal”, señalándole que continuara tomando los medicamentos que le habían sido prescritos el día anterior, dándole de alta con cita programada para el 6 de noviembre de 2009, en consulta externa en el área de ginecología para retirarle los puntos de la cirugía.

El 6 de noviembre de 2009, V1 asistió a su cita con AR6, quien una vez que la revisó y valoró, informó a AR7 que V1 se encontraba delicada en su estado de salud, por lo que le solicitó practicarle estudios de laboratorio (placas y ultrasonido), determinándose que dichos estudios serían realizados por el servicio de cirugía general y vigilada por el área de ginecología de ese HG. V1 fue valorada por AR8, médico de base de cirugía general; sin embargo, según los dichos de Q1 y Q2, durante los siguientes dos días, V1 permaneció sin atención médica, siendo valorada hasta el lunes 9 de noviembre de 2009 por AR8 y AR9, situación que se repitió los siguientes días.

En este contexto, el mismo día 6 de noviembre de 2009, Q1 presentó una queja vía telefónica ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en virtud de que requería información sobre el estado de salud y atención brindada a V1. La queja se ratificó por Q2 el 10 de noviembre de 2009, por considerar, según su dicho, que el personal médico del ISSSTE que atendió a V1 lo hizo de manera ineficiente, inadecuada, e inoportuna, con el temor de que se generaran padecimientos crónicos o secuelas que pudieran ser irreversibles. Por lo anterior, la CNDH, solicitó tanto al encargado de la Dirección General del ISSSTE y a la directora del HG, los informes médicos de V1, así como copia del expediente clínico respectivo.

El día 12 de noviembre de 2009, AR6 ordenó el alta de V1 del HG sin haber detectado que ésta presentaba un cuadro de cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y pared endocervical, por lo que trece días después, es decir el 25 del mismo mes y año, V1 reingresó por tercera ocasión al área de urgencias de ese HG, donde se le practicaron diversos estudios y fue valorada por varios médicos. En virtud de que V1 continuó con la

sinomatología dolorosa, el 27 de noviembre de 2009, se le practicó una laparotomía, en la cual se determinó que tenía cáncer de ovario; permaneció internada hasta el día 8 de diciembre de 2009, día en que fue dada de alta con el diagnóstico de oclusión intestinal remitida por carcinomatosis peritoneal.

Finalmente, el 20 de enero de 2010, Q2 informó a la CNDH que V1 había fallecido el 10 de enero de 2010.

II. EVIDENCIAS

A. Queja presentada vía telefónica por Q1, el 6 de noviembre de 2009, que consta en acta circuntanciada.

B. Ratificación de la queja presentada por Q1 ante la CNDH, por escrito de Q2 de fecha 10 de noviembre de 2009.

C. Oficio de fecha 16 de diciembre de 2009, suscrito por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, al que anexó copia del expediente clínico de V1 del que destaca lo siguiente:

1. Estudio histopatológico practicado a V1 en un laboratorio particular de fecha 12 de junio de 2009.
2. Análisis de laboratorio practicados a V1 el 30 de octubre de 2009 en el HG.
3. Hoja de operaciones en la que se describe la intervención realizada a V1 por AR4, el 30 de octubre de 2009.
4. Hoja de urgencias de fecha 6 de noviembre de 2009, en la que se señaló la hora de admisión de V1 por segunda ocasión al HG.
5. Nota de valoración de medicina interna, de 8 de noviembre de 2009, en la que consta que V1 presentaba elevación de azoados y agudización de función renal.
6. Hoja de egreso de 12 de noviembre de 2009, en la cual consta el alta de V1 del HG.
7. Hoja de ingreso de fecha 25 de noviembre de 2009, en la cual consta el tercer ingreso de V1 al HG.
8. Nota de valoración e ingreso de V1 de fecha 25 de noviembre de 2009, suscrita por un médico asdscrito a cirugía general.
9. Nota de valoración de V1, suscrita por un médico adscrito a ginecobstetricia, de fecha 25 de noviembre de 2009, en la que reportó que la paciente tenía elevada la enzima deshidrogenasa láctica.
10. Nota de evolución de V1 en el área de urgencias, de fecha 26 de noviembre de 2009, en la cual se diagnosticó a V1 con *“un posible cuadro oclusivo, sin descartar la posibilidad de trombosis mesentérica o un cuadro de infarto intestinal”*.

11. Análisis de laboratorio practicados a V1 el 27 de noviembre de 2009, en los que se reportó como elevados los marcadores tumorales de la paciente.
12. Nota de fecha 27 de noviembre de 2009, suscrita por el médico cirujano que operó a V1, en la que describió la intervención practicada.
13. Nota de evolución de fecha 2 de diciembre de 2009, suscrita por el médico cirujano que operó a V1 el 26 de noviembre del mismo año, en la que refiere la existencia del informe anatomopatológico que se le realizó el 30 de octubre de 2009 en el expediente clínico.
14. Hoja de egresos de fecha 8 de diciembre de 2009, en la cual consta el alta de V1 por tercera ocasión del HG.

D. Escrito de Q2 de fecha 20 de enero de 2010, mediante el cual informó a la CNDH, que V1 falleció el 10 de enero de 2010, al cual anexó el acta de defunción respectiva.

E. Oficios de 21 de abril y 9 de junio de 2010, suscritos por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, a través de los cuales anexó copia del expediente clínico de V1, e informó a la CNDH que el Comité de Quejas Médicas de dicho Instituto, determinó que no existió deficiente atención médica en el servicio brindado a V1 por parte del personal del HG, en los cuales destaca:

1. Hoja de urgencias sin fecha, suscrita por AR1, AR2 y AR3 en la cual consta la valoración realizada a V1 el 30 de octubre de 2009.
2. Informe anatomopatológico de V1, de fecha 30 de octubre de 2009.
3. Hoja de egreso hospitalario de V1 de fecha 3 de noviembre de 2009.
4. Nota de valoración de fecha 6 de noviembre de 2009 realizada por AR8 y AR9, médicos de cirugía general, en la cual diagnosticaron a V1 con datos de oclusión parcial y se solicitó consulta a nefrología por datos de falla renal.
5. Notas de valoración de los días 9, 10 y 11 de noviembre de 2009, suscritas por AR6 y AR9, en las cuales consta que se diagnosticó a V1 con oclusión intestinal probablemente secundaria a adherencias postquirúrgicas y se solicitaron reportes de patología de las cirugías previas realizadas a la paciente, así como una radiografía abdominal.
6. Resolución del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE de 12 de abril del presente año, en la cual se concluyó que no existió deficiencia médica en el servicio de Cirugía General del HG y que el adenocarcinoma de ovario no tiene relación con un mioma uterino previo o existente.

F. Opinión emitida el 5 de julio de 2010, por un perito de la Coordinación de Servicios Periciales de la CNDH, que conoció del asunto en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el HG.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 30 de octubre de 2009, V1 acudió al Hospital General “Doctor Darío Fernández Fierro” del ISSSTE, en donde se le practicó una histerectomía con motivo de un tumor ovárico que se le había reventado; el 3 de noviembre del mismo año fue dada de alta no obstante que presentaba vómito. Posteriormente, el 6 de noviembre de 2009, con la finalidad de que se le retiraran los puntos de la cirugía, acudió al área de ginecología del HG, en donde al ser revisada y valorada, se determinó su ingreso quedando bajo vigilancia médica; sin embargo, durante los 2 días siguientes permaneció sin dicha atención médica. El 9 de noviembre de 2009, fue valorada de nueva cuenta para que finalmente el 12 de noviembre de 2009 fuera dada de alta sin habersele detectado el cistoadenocarcinoma seroso mucinoso con extensión de ovario (tumor en el ovario).

En este contexto, el 25 noviembre de 2009 acudió de nueva cuenta al área de urgencias del HG donde se le practicaron diversos estudios y fue valorada por varios médicos. En virtud de que continuó con la sintomatología dolorosa, el 27 del mismo mes y año se le practicó una laparatomía exploradora, en la que se advirtió que presentaba una etapa avanzada de tumoración maligna con múltiples metástasis intraperitoneales, que terminó de ser confirmado por los marcadores tumorales, lo cual implicó que ya no pudiera otorgársele ninguna mejoría, por lo que fue dada de alta del HG el 8 de diciembre de 2009, falleciendo el 10 de enero de 2010.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2009/5447/Q, esta Comisión Nacional contó con elementos que permiten acreditar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General “Doctor Darío Fernández Fierro” del ISSSTE, en atención a las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la información contenida en el expediente clínico elaborado por personal médico del ISSSTE que atendió a V1, se señaló que, a las 07:27 horas del 30 de octubre de 2009, V1 acudió al HG, donde al ser revisada por AR1, AR2 y AR3, les refirió que 4 meses atrás había sido intervenida en una clínica particular, en la cual se le extrajo un cistoadenoma seroso, y aproximadamente un mes después de la intervención señalada presentó distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico difuso, náusea y vómito, síntomas que se intensificaron, razón por la cual acudía al HG.

Del resultado de la exploración física y de los estudios practicados a V1 (radiografía y tomografía abdominal), AR1, AR2 y AR3 integraron el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y tumoración anexial derecha. Ese mismo día V1

fue valorada por AR4, en el área de tococirugía, quien posteriormente le practicó una laparatomía, detallando en la hoja de operaciones que encontró múltiples adherencias de epiplón a intestino y cara anterior y posterior del útero de aproximadamente 18 x 10 cm, con mioma en fondo uterino de aproximadamente 8 cm, y que le practicó una miomectomía para ampliar el campo quirúrgico, encontrando la vejiga adherida al istmo del útero, observando un quiste en ovario derecho de aproximadamente 3 cm, por lo que realizó a V1 una histerectomía subtotal, lo que se hizo constar también en la hoja de ingreso de fecha 30 de octubre de 2009. Ahora bien, para el perito médico adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la CNDH (PMCNDH) que conoció de este asunto, destaca en esta parte el hecho de que AR1, AR2 y AR3 no registraron sus datos de manera adecuada en la mencionada hoja de ingreso, ya que sus nombres se encuentran incompletos, omitiendo señalar además sus claves, matrículas, cargos y especialidad.

En el servicio de tococirugía de ese HG, AR4 registró en la nota de ingreso a V1, con un cuadro de *“dolor abdominal más tumoración anexial derecha, con antecedente quirúrgico de cistoadenoma, con padecimiento actual caracterizado por dolor súbito en epigastrio de tipo punzante, irradiado a mesogastrio y ambos flancos de predominio izquierdo, acompañado de náusea y vómito en cinco ocasiones de contenido gastrobiliar, y una evacuación diarreica sin moco ni sangre, sin canalizar gases y eructos, palidez de tegumentos, mala hidratación, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares bien ventilados, con abdomen globoso por abundante panículo adiposo, hiperalgesia y hipervaralgesia, con dolor a palpación media y profunda en epigastrio, mesogastrio y, ambos flancos,”* diagnosticándola con *“dolor abdominal en estudio, abdomen agudo de etiología a determinar”*, indicando como plan de manejo, toma de laboratoriales y recabar resultados de ultrasonografía y tomografía abdominopélvicas para orientación diagnóstica.

Estudios que, si bien es cierto, fueron ordenados como parte del protocolo médico, también lo es que no se realizaron, pues no obra constancia médica escrita de que así haya sido, no obstante que eran necesarios en el caso de V1, ya que se trataba de una paciente con criterios de riesgo, tales como su antecedente quirúrgico de laparotomía exploradora con ooforectomía izquierda reciente por cistoadenoma, por el síntoma doloroso abdominal, así como por la tumoración de ovario derecho, y por tener elevadas la glicemia, urea y creatinina; sin embargo, aun sin contar con los resultados, AR4 programó la laparotomía exploradora.

De la hoja de operaciones de 30 de octubre de 2009 se desprende que AR4 fue el médico cirujano encargado de realizar la intervención de V1, mismo que, en opinión del PMCNDH, le practicó el protocolo de estudios de manera incompleta, ya que a pesar de haber reportado como hallazgos quirúrgicos de la operación practicada a V1, el hecho de que ésta presentara, *“útero crecido, vejiga adherida a istmo de útero, distorsión importante de anatomía uterina y pélvica en general”*, omitió llevar a cabo la visualización completa de la cavidad abdominopélvica, el lavado peritoneal con toma de líquido para citología y biopsia transoperatoria, y mientras esperaba el resultado de dichos estudios médicos, tendría que haberle realizado

una histerectomía y anexectomía contralateral, para que, al tener conocimiento del resultado de la biopsia, en caso que hubiese resultado negativa, la intervención quirúrgica finalizara; pero si se refería maligna, debía seguir con el estadiaje completo tomando biopsias ganglionares pélvicas, paraaórticas, peritoneales múltiples, así como realizar una omentectomía infracólica y apendicectomía, en especial si se trataba de un tumor mucinoso, pues existía el riesgo de que V1 presentara una lesión maligna y más aun con su antecedente de tumor ovárico benigno así como de cistoadenoma seroso, omisiones que quedaron acreditadas para la CNDH, en virtud de que no obra en el expediente clínico constancia médica alguna de que si se hayan realizado.

Cabe destacar que el antecedente de tumor ovárico benigno y cistoadenoma seroso, que V1 manifestó haber presentado, quedó confirmado con la copia del estudio histopatológico que le fue practicado en un laboratorio particular el 12 de junio de 2009. Las omisiones de AR4, descritas en el párrafo anterior, tuvieron como consecuencia que en el caso de V1 existiera dilación en establecer un diagnóstico de certeza y tratamiento idóneo.

De acuerdo a las notas de evolución, V1 cursó el postquirúrgico de forma estable; sin embargo, la inadecuada atención médica continuó, en virtud de que el mismo día de su operación se encontraban disponibles los resultados del estudio anatomopatológico practicado a su ovario derecho y a la parte del útero que le fueron extraídos durante la cirugía realizada por AR4, en el cual se concluyó que presentaba un cuadro de *“cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y pared endocervical, endometrio basal y endocervicitis aguda y crónica”*; no obstante ello, no obra constancia alguna dentro del expediente clínico que señale que, desde su ingreso hasta su egreso, ni AR4 ó AR5 hayan solicitado dicho estudio para verificarlo, ni que se hubiese advertido al personal médico los resultados que arrojó el mismo, no obstante que V1 permaneció internada en el HG durante los cuatro días siguientes, esto es, hasta que fue dada de alta el 3 de noviembre de 2009.

Asimismo, durante la estancia de V1 en el HG, AR4 y AR5 omitieron practicarle una valoración por el servicio de nefrología, no obstante que el 31 de octubre de 2009, de acuerdo a los exámenes del laboratorio de urgencias del HG, V1 presentó elevación de urea, creatinina y nitrógeno ureico, lo cual era indicativo de insuficiencia renal, lo que, aunado a la falta de conocimiento de los resultados del estudio anatomopatológico, tuvo como consecuencia que no se advirtiera la tumoración maligna que presentaba; omisiones que ocasionaron que no se integrara un diagnóstico con certeza, y por consiguiente, la instauración del tratamiento idóneo en esa etapa grave del padecimiento de V1, como la quimioterapia coadyuvante.

De lo anterior, se desprende que V1 reunía criterios suficientes para ser ingresada a protocolo de estudio de cáncer; sin embargo, de acuerdo a la hoja de egreso hospitalario de fecha 3 noviembre de 2009, suscrita por una persona “X”, quien firmó en ausencia de AR5, determinó darla de alta “por mejoría”, con medidas a

seguir en el hogar, dejándole la posibilidad abierta de acudir al área de urgencias, e indicándole acudir a cita en el servicio de ginecología en 3 semanas, además de que se le prescribió como tratamiento médico, cefalexina, diclofenaco y metoclopramida.

El 6 de noviembre de 2009, V1, acudió a consulta externa al área de ginecología del HG, donde fue atendida por AR6, a quien le refirió tener dolor abdominal con cuadro de suboclusión intestinal y con intolerancia a la vía oral. AR6 indicó a AR7 que debían practicársele estudios de laboratorio prequirúrgicos y placas de abdomen en dos posiciones, para posterior valoración del servicio de cirugía general, además de solicitarle extraoficialmente la interconsulta.

De igual forma, consta en la hoja de urgencias de esa fecha que se determinó el ingreso de V1 al servicio de ginecología para su vigilancia y al de cirugía general para su valoración, misma que fue realizada por AR7, quien al explorarla la encontró con un cuadro de *“palidez en la piel y tegumentos, bien hidratada, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo redundante, timpanismo generalizado, con presencia de herida quirúrgica infra y supraumbilical bien afrontada con escasa secreción serosa, abdomen blando, depresible, doloroso a palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, peristalsis presente, no visceromegalias palpables, no datos de irritación peritoneal, puntos ureterales (-), genitales externos sin alteraciones, al TV con vagina elástica y eutermica con cérvix pequeño, cerrado, resistente, no doloroso a movilización, con insuficiencia venosa periférica,”* indicando su ingreso al servicio de cirugía general.

En este tenor, a las 17:00 horas del mismo día, V1 fue valorada por AR8, quien la encontró con los antecedentes ya conocidos, destacando *“intolerancia a la vía oral, vómito gastroalimentario postprandial inmediato, con remisión del 80% del dolor a su ingreso, abdomen globoso, reportándose por laboratorio con leucocitosis, anemia por hemoglobina de 9.0 gr/dl y con insuficiencia renal aguda por la elevación de creatinina,”* con lo cual integró el diagnóstico de oclusión parcial, señalando que V1 no presentaba datos de urgencia que ameritaran su resolución quirúrgica. Sin embargo, no solicitó una tomografía abdominal como parte del protocolo de estudio de V1, quien mostraba síndrome doloroso abdominal, además de que no se encuentra registro alguno de que haya revisado el expediente clínico, ya que de haberlo hecho, se habría percatado de la existencia del informe anatomopatológico de ovario y útero que se practicó a V1 el 30 de octubre de 2009, omisión, que volvió a tener como consecuencia que existiera dilación para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El 8 de noviembre de 2009, de acuerdo a la nota de valoración de un médico de base de medicina interna, V1 acudió a interconsulta por presentar elevados los azoados, quien advirtió que la depuración de creatinina estimada de V1 era de 22.9 ml, lo cual había sido un patrón crónico en sus químicas de ingresos previos, y que

existía además agudización de la función renal. En virtud de ello, y de que sólo se contaba con el examen de química sanguínea en su expediente, dicho médico sugirió para completar el protocolo de diagnóstico y estadificación de la función renal de V1, que se le realizaran otros estudios para descartar un proceso urinario infeccioso, ya que V1 presentaba síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Al día siguiente, V1 fue valorada por AR9, reportándola con los mismos antecedentes ya conocidos y con cuadro de oclusión intestinal, probablemente secundario, a adherencias postquirúrgicas, refiriendo que era importante contar con el reporte de patología de las cirugías previas y con radiografía de abdomen, ya que no se tenía ninguna desde su ingreso hasta esa fecha; sin embargo, de las constancias que obran en el expediente, no se advierte que dichos estudios hayan sido realizados, situación que impidió que se estableciera un diagnóstico y tratamiento de certeza de la afección renal de V1; asimismo, AR9 retiró la sonda nasogástrica. En la misma nota, se advierte que AR9 también omitió consultar el informe anatomopatológico, ya que de haberlo realizado lo hubiera registrado, situación que se repitió los días 10 y 11 de noviembre de 2009, pues aunque refirió que era necesario recabar el reporte de patología, se limitó a establecer como diagnóstico *“oclusión intestinal en remisión”*.

El 12 de noviembre de 2009, V1 fue dada de alta del HG por AR6, quien tampoco detectó su padecimiento, lo cual se advierte en la hoja de egresos del citado nosocomio. Ahora bien, en opinión del PMCNDH, AR6 ordenó de manera equivocada el alta de V1, argumentando *“... mejoría y con medidas a seguir en el hogar,”* diagnosticándola con suboclusión intestinal e hidronefrosis bilateral; asimismo le indicó acudir a citas en los servicios de urología, nefrología y ginecología, dejándole consulta abierta a urgencias, prescribiéndole medicamentos (no especificados). De lo anterior se advierte por tanto, que V1 fue dada de alta con desconocimiento total del padecimiento, maligno y como consecuencia grave, que en esa fecha ya se infiltraba a toda su cavidad peritoneal, asumiendo AR6 erróneamente que la oclusión intestinal se debía solo a adherencias postquirúrgicas.

A mayor abundamiento de lo anterior, del análisis del expediente clínico de V1, quedó confirmada además otra irregularidad en el manejo médico que se le brindó a V1 en su segundo ingreso al HG, ya que no obstante que el 8 de noviembre de 2009, un médico de base de medicina interna solicitó, de manera adecuada, estudios de laboratorio y gabinete, y el 10 del mismo mes y año, AR6 solicitó a su vez una radiografía abdominal así como un ultrasonido renal y depuración de creatinina de 24 horas, estudios que eran obligatorios para poder complementar el protocolo de diagnóstico y determinar el tipo y grado de la alteración renal de V1, dichos exámenes no se le practicaron, ya que no existe constancia médica escrita en el mencionado expediente clínico de los mismos. Lo cual finalmente tuvo como consecuencia la omisión de una debida integración en un diagnóstico de certeza y por ende del tratamiento idóneo, pues no existían los elementos suficientes para afirmar que V1 cursaba con hidronefrosis bilateral, como lo diagnosticó finalmente AR6 en la hoja de egresos del 12 de noviembre de 2009.

No pasa desapercibido para la CNDH, el hecho de que AR6, AR7, AR8 y AR9, médicos del servicio de cirugía general y ginecobstetricia que trataron o valoraron a V1 en su segundo internamiento al HG, omitieron solicitar el informe anatomopatológico como ha quedado detallado en los párrafos anteriores, el cual se encontraba disponible desde el 30 de octubre de 2009, fecha en que se le intervino quirúrgicamente en su primer ingreso al HG, situación que llevó a que ésta fuera dada de alta por segunda ocasión con desconocimiento total del padecimiento.

El 25 de noviembre de 2009, V1 reingresó por tercera ocasión al área de urgencias del HG, siendo atendida, de acuerdo a la hoja de urgencias, a las 10:50 horas, en la que consta que refirió *“dolor abdominal, náusea, vómito y sin evacuación en cinco días”*, y a la exploración física se le encontró *“inquieta, fascies de dolor, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen con peristalsis disminuida, con dolor difuso abdominal el cual se exacerbaba a la digito presión”*, con lo cual se le diagnosticó con probable cuadro oclusivo intestinal. Posteriormente, ese mismo día V1 fue valorada por un médico adscrito a cirugía general, quien estableció que la paciente cursaba con una oclusión intestinal probablemente secundaria a adherencias, indicando su ingreso a piso de cirugía, así como impregnación antibiótica y probable tratamiento quirúrgico.

De igual forma, V1 fue valorada por el médico de base en el servicio de ginecobstetricia, a quien le refirió *“no haber canalizado gases en 24 horas, haber presentado fiebre que no fue cuantificada desde una semana atrás, dolor abdominal epigástrico irradiado a cuadrantes inferiores”*, y a la exploración se le encontró con *“palidez generalizada de tegumentos, abdomen con cicatriz, globoso a expensas de panículo adiposo y distensión abdominal, a la auscultación con ruidos peristálticos en cinco minutos, con dolor a la palpación a nivel epigastrio y en cuadrantes inferiores, con hiperglicemia, urea y creatinina elevados, electrolitos dentro de parámetros normales y deshidrogenasa láctica elevada”* (la cual es una enzima que se puede elevar cuando se presentan ciertos tipos de cáncer). Se diagnosticó a V1 con oclusión intestinal que estaba siendo valorada, indicándole tratamiento en el servicio de cirugía general del HG.

El 26 de noviembre de 2009, V1 fue ingresada al servicio de cirugía general, donde el médico que la valoró manifestó que presentaba *“un cuadro de adherencias compatibles con un cuadro oclusivo, mas no se debía descartar la posibilidad de que se tratara de trombosis mesentérica o bien de un cuadro de infarto intestinal”*. En opinión del PMCNDH, el manejo médico realizado a V1 en su tercer ingreso fue adecuado, pues se le suministro profilaxis anticoagulante para evitar riesgo de trombosis, lo que indica que fue preparada para ingresar en las mejores condiciones posibles al procedimiento quirúrgico exploratorio.

El 27 de noviembre de 2009, V1 continuó con persistencia de la sintomatología dolorosa abdominal, por lo que el médico de base del servicio de cirugía general del HG le practicó una laparotomía exploradora teniendo como hallazgos: *“abundante líquido de ascitis, múltiples adherencias del íleo terminal a peritoneo, con implantes*

tumorales muy sugestivos de carcinomatosis en peritoneo, diafragma, vejiga, colon ascendente, mesenterio, íleo terminal y anexos con absceso pélvico de aproximadamente 60 cc.”. De acuerdo a la opinión técnica del PMCNDH, V1 fue manejada adecuadamente, pues se le realizó una *“adherenciólisis, una resección intestinal, una hemicolectomía derecha, cierre de colon transversal con bolsa de hartmann, una plicatura del mesenterio e ileostomía”*, con la finalidad de reseca la mayor cantidad de tumoración posible. Asimismo, se tomó a V1 una biopsia de ganglios mesentéricos y se le realizó un lavado de cavidad abdominal, enviando las muestras a patología. Sin embargo, la atención médica proporcionada en esa etapa avanzada de la tumoración maligna con múltiples metástasis intraperitoneales, ya no le brindó a V1 ninguna mejoría a su estado de salud.

Derivado de la biopsia practicada a V1, el mismo día de la intervención quirúrgica y señalada en el párrafo que antecede, se reportaron marcadores tumorales elevados de 4352.27 u/ml. Dicho marcador es producto particularmente de las células de cáncer ovárico, cuyos niveles máximos son hasta de 37.0 u/ml, según los propios rangos del laboratorio de análisis clínicos del HG. En virtud de lo anterior, se confirmó el diagnóstico de cáncer de ovario, padecimiento maligno y grave que presentaba V1, mismo que no fue diagnosticado ni manejado por parte AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, médicos tratantes del servicio de cirugía general y ginecología del HG que la atendieron en sus dos primeros ingresos, ya que en ninguna de las notas que obran en el expediente médico respectivo se llegó a contemplar como diagnóstico, a pesar de los resultados del estudio anatomopatológico practicado el 30 de octubre de 2009, que indicaron que V1 presentaba cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y pared endocervical, endometrio basal y endocervicitis aguda y crónica.

En ese orden de ideas, en opinión del PMCNDH, de haberse diagnosticado con oportunidad la neoplasia maligna que presentaba V1 desde el 30 de octubre de 2009, situación que era posible determinar, ya que el personal médico del ISSSTE contaba con los elementos necesarios para hacerlo, tales como: el antecedente de cistoadenoma seroso de ovario izquierdo extirpado previamente a V1; el crecimiento rápido de la nueva tumoración uterina y anexial derecha, misma que AR4 confundió con un quiste y mioma uterino, pero que en realidad se trataba de un cáncer, además de que omitió la toma de biopsia transoperatoria a pesar de los hallazgos quirúrgicos descritos como *“distorsión importante de la anatomía uterina y pélvica en general y friabilidad de los tejidos peritoneales”*, así como el cuadro oclusivo intestinal que presentó V1 desde el postquirúrgico mediato en el HG; se le habría brindado la posibilidad de la terapia coadyuvante como la quimioterapia y un mejor pronóstico de sobrevida.

Cabe destacar que la sobrevida de los pacientes que muestran el tipo de tumores que presentó V1 es en promedio de 5 años, sin embargo, la agraviada tuvo un desenlace fatal en un periodo extremadamente corto de aproximadamente setenta días contados a partir de la histerectomía realizada el 30 de octubre de 2009, situación que en la opinión médica de la CNDH se debió a la extensa resección del

útero y ovario derecho de V1, ya que las células tumorales residuales entran en crecimiento, siendo la diseminación tumoral vía linfática y por contigüidad, así que al exfoliar las células tumorales que presentó siguieron circulando intraperitonealmente, favoreciendo su rápida infiltración a tejidos circundantes, en este caso a vísceras abdominales, produciendo múltiples implantes en su circulación que desembocaron en una carcinomatosis peritoneal, actuación que le negó a V1 una oportunidad de mejorar el periodo de sobrevivencia al cual tenía derecho.

El 2 de diciembre de 2009, el médico adscrito a cirugía general que operó a V1 registró en su nota de evolución que en el expediente clínico de V1 existía un reporte de patología de fecha 30 de octubre de 2009, con el diagnóstico de *“cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario con extensión a cuerpo uterino y endocervix”*, y que *“a pesar de las transfusiones sanguíneas V1 continuaba con anemia severa”*, solicitando interconsulta a oncología e indicando la transfusión de hemoderivados (paquetes globulares y plasma fresco).

El 6 de diciembre de 2009, V1 fue reportada por el laboratorio con ligera recuperación de la función renal, y al día siguiente el servicio de nefrología indicó que debía continuar con el manejo por consulta externa, dándola de alta con tratamiento. En virtud de ello, de acuerdo a la hoja de egreso hospitalario, V1 egresó del HG el 8 de diciembre de 2009, con diagnóstico final de *“oclusión intestinal remitida por carcinomatosis peritoneal”*, dejándole abierta la posibilidad de acudir al área de urgencias, así como a consulta externa de cirugía general y de nefrología, indicándole realizar curación diaria de su herida y tratamiento de antibióticos, analgésicos, protectores de la mucosa gástrica, hematínicos, diurético y medidas higiénico dietéticas, lo cual en opinión del PMCNDH fue adecuado, ya que con ello se evitó exponer a V1 a contraer alguna infección nosocomial, pues ya no se le podía ofrecer alguna otra alternativa terapéutica en esa etapa avanzada de su enfermedad.

Finalmente, el 10 de enero de 2010, V1 falleció, especificándose como causa de muerte en el acta de defunción *“carcinomatosis, cáncer de estómago,”* complicación infiltrativa grave y mortal, derivada de manera directa del cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso de ovario que no fue diagnosticado ni manejado oportunamente por el personal médico del ISSSTE desde el 30 de octubre de 2009, convalidándose con todo ello la relación causa-efecto, esto es la inadecuada atención que provocó el fallecimiento de V1. No es óbice para llegar a la anterior conclusión la determinación del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE en su sesión extraordinaria 06/10 de fecha 12 de abril de 2010, en la cual concluyó que *“no existió deficiencia médica en el servicio de Cirugía General del HG. El adenocarcinoma de ovario no tiene relación con un mioma uterino previo o existente.”*

En virtud de lo anterior, para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, AR4, AR5, AR6, AR7 AR8 y AR9 transgredieron lo dispuesto por los artículos 4, párrafo tercero y 14 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos; 1, 2, fracción V, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I y II, 34 fracción III, 37 y 51 de la Ley General de Salud; así como el 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevé la obligación de los servidores públicos 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.

Por otra parte, de las constancias que obran en el expediente clínico proporcionado por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE a la CNDH, del caso de V1, se observó que los mencionados servidores públicos de los servicios de urgencias, cirugía general, tococirugía y ginecobstetricia del HG, incumplieron con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, toda vez que omitieron realizar un protocolo de estudio completo, que permitiera obtener un diagnóstico correcto de V1, ya que no constan en el expediente clínico la tomografía, radiografía y ultrasonido abdominopélvicos que eran obligados por los criterios de riesgo que presentaba, tales como el antecedente de cirugía ginecológica reciente por cistoadenoma, síndrome doloroso abdominal, tumoración de ovario derecho, así como por los resultados de los análisis en los cuales se detectaron altos niveles de glicemia, urea y creatinina, lo que finalmente tuvo como consecuencia que, sin un adecuado protocolo de estudio completo, se practicara a V1 una laparatomía exploradora.

Asimismo, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, médicos que trataron en sus dos primeros ingresos a V1 en el HG, no solicitaron ni consultaron el informe anatomopatológico de V1 en el expediente clínico. Además de que AR4, omitió realizar la visualización completa de la cavidad abdominopélvica, lavado peritoneal con toma de líquido para citología y biopsia transoperatoria, lo que tuvo como consecuencia la dilación en establecer un diagnóstico de certeza y tratamiento idóneo del padecimiento grave maligno, como lo era la administración urgente de la quimioterapia.

Aunado a lo anterior, del estudio técnico médico del expediente clínico de V1, se observó que en diversas notas del expediente no se precisan los nombres completos del personal médico responsable de la atención médica de V1, como ocurrió en el caso de AR1, AR2 y AR3, también omitieron señalar su área de adscripción, cargo, especialidad y matrícula; asimismo, varias de las notas son breves, ilegibles y presentan exceso de abreviaturas; además, en la hoja de egreso hospitalario de 3 de noviembre de 2009 alguien firmó en ausencia de AR5, se omitió la firma del jefe de servicio y solo existe la del residente; de igual manera, en la hoja de egreso de 12 de noviembre de 2009 no constan las firmas de AR6 ni del jefe de servicio, pues solo consta la del mismo residente que aparece en la hoja de egreso de 3 noviembre de 2009, no obstante que esos

documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica y, principalmente, a dejar constancia de los antecedentes que permitan conocer la calidad en el servicio otorgado.

Igualmente, AR4, AR5, AR6, AR7 AR8 y AR9, médicos responsables de la atención médica otorgada a V1 del 30 de octubre al 3 de noviembre y del 6 al 12 de noviembre de 2009 en el HG, no atendieron las disposiciones relacionadas con los derechos fundamentales a la protección de la salud y a la vida, previstas en los instrumentos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y ratificados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siguientes: 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos c) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y una especial protección a la vida, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, los que ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

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

En este sentido, la CNDH, emitió la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho a 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, y la efectividad del derecho a la protección de la salud 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.

En consecuencia, cabe señalar 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 113, segundo párrafo, 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 hubieran ocasionado, por lo cual es necesario que se realice la reparación conducente en los términos de ley.

En virtud de lo expuesto y con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante el Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que se consignan en este caso.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor encargado de la Dirección General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para indemnizar a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que la trataron, en virtud de las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda, para que en los hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y especialmente en el Hospital General Doctor Darío Fernández Fierro, se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcionen, tanto el personal médico como el de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitar de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que

se acredite su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como obligación para el personal médico, 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 para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra del personal médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado encargado de valorar, intervenir y dar tratamiento a V1, enviando a este organismo nacional las constancias que le sean requeridas.

QUINTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas.

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 hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita de usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a la notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la recomendación.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA