



RECOMENDACIÓN No. 5/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO OCARANZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN HERMOSILLO, SONORA.

Ciudad de México, a 19 de Mayo de 2020

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, 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 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/6778/Q**, sobre la queja de V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la



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

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

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

Institución	Acrónimo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE



Hospital General “ <i>Dr. Fernando Ocaranza</i> ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Hermosillo, Sonora.	Hospital General “ <i>Dr. Fernando Ocaranza</i> ”
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General “ <i>Dr. Fernando Ocaranza</i> ” del ISSSTE	UCI
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”.	NOM-004-SSA3-2012
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

I. HECHOS.

5. V1, persona del sexo femenino, quien al momento de los hechos contaba con 54 años de edad, señaló ante AR3 como antecedente de importancia: procedimiento quirúrgico de colecistectomía, esto es, extirpación de la vesícula biliar con antigüedad de 14 años aproximadamente.

6. A las 8:45 horas del 14 de julio de 2017, V1 ingresó con dolor en el costado derecho al servicio de urgencias del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, siendo atendida a las 09:04 horas por AR1, quien la diagnosticó con probables cálculos en la vesícula biliar (colecistitis), dejándola en observación.

7. A las 09:04 horas (sic) del mismo 14 de julio de 2017, AR2 solicitó que pasara a cama para la realización de urotac, esto es, una urografía por tomografía computada para verificar las vías urinarias.



8. A las 14:00 horas de esa misma fecha, AR3 solicitó que V1 pasara al servicio de medicina interna para observación con motivo del dolor en el hipocondrio derecho a nivel de cicatriz antigua de colecistectomía.

9. No obstante, a las 21:25 horas del referido 14 de julio de 2017, AR4 ordenó el egreso de V1 a su domicilio por “*aparente*” mejoría a pesar de que continuaba con dolor en flanco e hipocondrio derecho a la palpación profunda, diagnosticándola con colitis aguda.

10. A las 22:08 horas del mismo 14 de julio de 2017, esto es, después de aproximadamente cuarenta minutos, V1 reingresó a urgencias con vómito, náuseas, dolor abdominal intermitente difuso de tres días de evolución con tratamiento médico sin mejoría, siendo atendida a las 00:29 horas del 15 de ese mes y año, por AR5.

11. AR6 indicó que V1 presentaba “*apendicitis paracecal con cambios inflamatorios de tejidos blandos adyacentes*” confirmado por ultrasonido, por lo cual solicitó su valoración por cirugía general.

12. A las 14:00 horas del 15 de julio de 2017, el médico cirujano AR7 diagnosticó a V1, con gastroenteritis probablemente infecciosa “*GEPI*”, entre otros.

13. A pesar de que el ultrasonido reportó a V1 con apendicitis paracecal, a las 20:45 horas del 15 de julio de 2017, AR8 asentó que no presentaba “*cuadro clínico típico de apendicitis*”, y solicitó una tomografía “*TAC*” para normar conducta.



14. El 16 de julio de 2017, AR7 ordenó que V1 continuara con su tratamiento e indicó su alta del servicio de cirugía general.

15. A las 09:50 horas del 17 de julio de 2017, AR9 describió a V1 sin datos de urgencia quirúrgica, pendiente el reporte de la tomografía solicitada y su revaloración por cirugía general, o en su caso, por urología.

16. En esa misma fecha, esto es, 17 de julio de 2017, la tomografía de abdomen y pelvis reportó que V1 cursaba *“apendicitis aguda, con presencia de escaso líquido libre, sin masas ni colecciones que sugieran absceso”*; lo cual omitió considerar AR10, debido a que a las 22:00 horas de la referida fecha, solicitó actualización de estudios, y en su caso, laparoscopia diagnóstica (procedimiento para visualizar los órganos de la zona pélvica y abdominal).

17. A las 10:00 horas del 18 de julio de 2017, AR11 reportó a V1 sin datos de apendicitis o patología intra-abdominal que requiriera solución quirúrgica, a pesar de que la tomografía computada de abdomen y pelvis solicitada por segunda ocasión, concluyó la persistencia de datos de apendicitis aguda.

18. A las 12:00 horas del 19 de julio de 2017, AR9 indicó que V1 presentaba *“plastrón absceso/apendicular¹”*, siendo hasta las 08:35 horas del 21 de ese mes y año, esto es, después de siete días, cuando le realizó a V1 apendicectomía laparoscópica, empero al no identificarse el apéndice cecal por implantación anómala, decidió la conversión a cirugía abierta.

¹ En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se refiere a la adherencia protectora del epiplón y de las asas intestinales adyacentes a la apendicitis ya perforada.



19. Posterior a la cirugía, V1 cursó múltiples complicaciones de entre lo que se destaca *“apendicectomía complicada, neumonía nosocomial, lesión renal aguda, choque séptico, fracaso multiorgánico “FOM” e hipotiroidismo”*, por lo que, el 24 de julio de 2017 ingresó a la UCI, donde se le diagnosticó con sepsis de sitio abdomen y postoperada de apendicectomía complicada, reportándosele grave.

20. El 9 de agosto de 2017, a V1 se le realizó laparotomía abdominal, aseo de cavidad, extirpándosele un lado del colon derecho (hemicolectomía) y un extremo del intestino grueso (colostomía), debido a que los dos días anteriores había presentado fiebre, abdomen globoso, distendido, timpánico, plastrón palpable en epigastrio y dolor a la palpación media.

21. Del 11 al 13 de agosto de 2017, su estado de salud empeoró, siendo diagnosticada con sepsis abdominal, abdomen distendido, colostomía con alto gasto café-verdoso y disminución de hemoglobina, dándosele seguimiento médico.

22. El 15 de agosto de 2017, después de que a V1 se le realizó aseo quirúrgico, presentó bradicardia sinusal (ritmo cardíaco más lento de lo esperado) y asistolia (insuficiencia de contracciones del corazón), realizándole maniobras de reanimación cardiopulmonar durante quince minutos sin éxito, por lo cual, se declaró como hora de su fallecimiento las 15:00 horas de esa misma fecha.

23. El 15 de agosto de 2017, se recibió en este Organismo Nacional la queja que V2 presentó en la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, en la cual denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de su progenitora V1



atribuibles a personal del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2017/6778/Q.

24. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copias del expediente clínico de V1 en el ISSSTE e informes respecto de la atención médica que le fue brindada, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

25. Oficio 383/2017 de 2 de agosto de 2017, por el cual la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sonora remitió a este Organismo Nacional, el escrito de queja de V2, quien narró las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”.

26. Correo electrónico de 16 de agosto de 2017, a través del cual personal de este Organismo Nacional comunicó al ISSSTE, que se recibió el escrito de queja de V2 con motivo de la atención médica brindada a V1.

27. Correo electrónico de 4 de septiembre de 2017, al que el ISSSTE adjuntó el oficio HG/CAD/154/2017 de 31 de agosto de ese mismo año, por el cual remitió un informe con base en el expediente clínico respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”.

28. Oficio SG/SAD/JSCDQR/00129/18 de 19 de febrero de 2018, al cual el ISSSTE adjuntó lo siguiente:



28.1 Informes de AR2, AR3, AR9, AR11, AR8, AR7, entre otros, del 19, 22, 23, 25 y 30 de enero de 2018, respectivamente, respecto a su intervención en la atención médica de V1.

28.2. Expediente clínico de V1, del cual se destacó lo siguiente:

28.2.1. Hoja de urgencias de las 08:45 horas de 14 de julio de 2017, en la cual a las 09:04 horas, AR1 diagnosticó a V1, con probables cálculos en la vesícula biliar (colecistitis). Omitió firma.

28.2.2. Hoja de urgencias de las 09:04 horas del 14 de julio de 2017 elaborada por AR1 en la que AR2 testó “*a mano*” el diagnóstico de probable colecistitis y agregó el diverso de colestasis residual (disminución o interrupción del flujo biliar por trastorno hepático, biliar o pancreático).

28.2.3. Resumen de evolución y tratamiento de las 14:00 horas del 14 de julio de 2017, en la que AR3 reportó a V1, “*sin datos de patología aguda*” confirmado por la urotac, esto es, técnica de exploración para verificar sangre en la orina, cálculos renales, vesicales o cáncer en el tracto urinario, por lo cual solicitó que pasara a medicina interna con el diagnóstico de dolor en la costilla derecha (neuropatía costal derecha) y probable colitis “*aguda*”. Omitió firma.

28.2.4. Hoja de egreso hospitalario de las 21:25 horas del 14 de julio de 2017, elaborada por AR4 ante la “*aparente*” mejoría de V1, a quien diagnosticó con colitis aguda. Omitió firma.



28.2.5. Hoja de urgencias de las 22:08 horas de 14 de julio de 2017, en la cual a las 00:29 horas del 15 de ese mes y año, AR5 indicó que V1 presentó vómito abundante, náuseas, dolor abdominal intermitente difuso de tres días de evolución y tratamiento médico sin mejoría. Omitió toma de signos vitales.

28.2.6. Nota sin fecha ni hora legible, en la cual se asentó que V1 reingresó por vómito, *“no canaliza gases y fiebre de 38”*, por lo cual se le diagnosticó con probable suboclusión intestinal. Nombre del médico y número de empleado ilegibles.

28.2.7. Ultrasonido abdominal de 15 de julio de 2017, en el cual se reportó que V1 presentaba: *“apendicitis paracecal acompañada de cambios inflamatorios de tejidos blandos adyacentes (...)”*.

28.2.8. Valoración de *“urgencias-observación”* en la que AR6 solicitó la valoración de V1 por cirugía general debido a que el ultrasonido evidenció que presentaba *“apendicitis paracecal”*. No se apreció fecha y los datos del médico están ilegibles.

28.2.9. *“Hoja de orden médica”* de las 14:00 horas del 15 de julio de 2017, en la que AR7 indicó que V1 cursaba gastroenteritis probable infecciosa, hipertiroidismo, colesterol en la sangre (hipercolesterolemia) y enfermedad neurológica. Nota ilegible, omitió nombre completo.

28.2.10. *“Hoja de orden médica”* de las 14:30 horas del 15 de julio de 2017, en la que AR6 asentó que cirugía general descartó clínicamente que V1



padeciera apendicitis, por lo cual la diagnosticó con gastroenteritis probable infecciosa “GEPI”. Nota ilegible.

28.2.11. Nota de cirugía de las 20:45 horas de 15 de julio de 2017, en la que AR8 destacó que V1 había sido multitratada, por lo que no era de esperarse un cuadro clínico típico de apendicitis y solicitó tomografía para normar conducta. Nota ilegible, omitió nombre completo, número de empleado y/o cédula profesional.

28.2.12. Nota de cirugía general de 16 de julio de 2017, en la que AR7 ordenó el alta de V1 del servicio de cirugía general. Nota sin hora y el médico omitió su nombre completo.

28.2.13. Nota de evolución de las 20:30 horas de 16 de julio de 2017, en la que AR8 informó que V1 no presentaba datos de abdomen quirúrgico. Nombre y número de empleado incompletos.

28.2.14. Nota de evolución de las 09:50 horas de 17 de julio de 2017, en la que AR9 reportó a V1 sin datos de urgencia quirúrgica. Nombre incompleto.

28.2.15. Tomografía computada de abdomen y pelvis de 17 de julio de 2015, en la cual se concluyó que V1 presentaba datos de *“apendicitis aguda, con presencia de escaso líquido libre, sin masas ni colecciones que sugieran absceso”*.

28.2.16. Nota de evolución de cirugía general de las 22:00 horas de 17 de julio de 2017, en la que AR10 consensó la actualización de estudios, y en



su caso, la realización de laparoscopia diagnóstica al *“día siguiente”* a pesar de que los reportes ultrasonográficos y tomográficos de V1 evidenciaban *“engrosamiento apendicular”*.

28.2.17. Nota de evolución de cirugía general de las 10:00 horas de 18 de julio de 2017, por la que AR11 ordenó que V1 ingresara a piso de cirugía general para vigilancia. Informó a familiares. Datos ilegibles.

28.2.18. Tomografía computada de abdomen y pelvis (control) de 18 de julio de 2017, la cual concluyó la persistencia de datos de apendicitis aguda, sin cambios en relación con el estudio previo.

28.2.19. Nota de evolución de cirugía general de las 12:00 horas de 19 de julio de 2017, en la que AR9 diagnosticó a V1, con plastrón absceso/apendicular, por lo cual, solicitó *“tiempo quirúrgico para mañana”*. Omitió nombre completo.

28.2.20. Nota de evolución de cirugía de 19 de julio de 2017, en la cual AR9 indicó que V1 no presentaba urgencia quirúrgica, no obstante *“requerirá manejo quirúrgico definitivo”*. Se omitió hora y nombre del médico.

28.2.21. *“Carta de consentimiento informado bajo información”* para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos de 20 de julio de 2017, relacionada con la cirugía de apendicectomía, con precisión de riesgos, posibles complicaciones y beneficios. Omitieron datos y firma del médico.



28.2.22. Consentimiento informado de anestesia de 20 de julio de 2017, en el que únicamente se apreció la firma de V1.

28.2.23. Nota de medicina interna de las 01:10 horas de 21 de julio de 2017. Nota ilegible al igual que los datos del médico.

28.2.24. Hoja de enfermería para pacientes quirúrgicos de 21 de julio de 2017, en la cual se describió, que la cirugía de V1 inició a las 08:35 horas y concluyó a las 11:30 horas.

28.2.25. Hoja de registro anestésico de V1 de 21 de julio de 2017.

28.2.26. Nota postquirúrgica de las 11:40 horas del 21 de julio de 2017, en la que AR9 describió como hallazgos durante el procedimiento quirúrgico de V1: *“apéndice cecal con proceso inflamatorio subagudo, con perforación en 1/3 medio y plastrón controlando la perforación”*.

28.2.27. Nota de cirugía general de las 09:30 horas del 22 de julio de 2017, en la que AR7 reportó a V1 estable, afebril, con herida quirúrgica *“ok”*.

28.2.28. Hoja de indicaciones médicas de las 06:30 horas del 22 de julio de 2017.

28.2.29. Nota de cirugía general de las 10:00 horas del 23 de julio de 2017, en la que AR7 asentó que V1 desde el día de ayer presentó dolor abdominal de moderado a severo en ambos cuadrantes inferiores,



intolerancia a la deambulación y a la vía oral, reportándola los estudios de laboratorio con leucocitosis (12,500) y anemia leve.

28.2.30. Hoja del Servicio de imagenología diagnóstica y terapéutica de 23 de julio de 2017, en la cual se concluyó, que no había imágenes de abscesos intra-abdominales, sugiriéndose una tomografía contrastada de abdomen en búsqueda de complicaciones postquirúrgicas.

28.2.31 Hoja de indicaciones médicas de las 08:00 horas del 23 de julio de 2017.

28.2.32. Nota médica de “*cirugía gastro*” de 23 de julio de 2017, en la que diverso médico solicitó la tomografía contrastada urgente debido a que V1 presentaba taquicardia, fiebre, dolor en área quirúrgica, peristalsis presente y herida quirúrgica con datos de infección, lo que informó a sus familiares.

28.2.33. Nota médica de 23 de julio de 2017, en la cual se asentó que V1 fue operada de colecistectomía a los 40 años de edad, siendo intervenida por apendicitis complicada encontrándose con dolor abdominal.

28.2.34. Nota de “*cirugía gastro*” de las 00:19 horas del 24 de julio de 2017, en la cual se destacó que V1 no presentaba datos que ameritaran cirugía de urgencia.

28.2.35. Nota de valoración “*UCI*” de las 09:00 horas del 24 de julio de 2017, en la cual se diagnosticó a V1, con sepsis y postoperada de apendicectomía complicada, reportándosele grave.



28.2.36. Nota de cirugía general de las 09:45 horas de 24 de julio de 2017, en la que AR9 indicó que V1 requería manejo en la UCI ante su mala evolución desde hacía 48 horas. Omitió nombre del médico.

28.2.37. Carta de consentimiento bajo información para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos de 24 de julio de 2017, derivada de la colocación de catéter central, advirtiéndose únicamente la firma de V2. Omitió datos y firma de los médicos tratantes.

28.2.38. Nota médica de las 12:10 horas de 24 de julio de 2017, en la que AR2 reportó a V1 con datos de choque séptico con hipoperfusión, esto es, disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano. Se informó a familia presente.

28.2.39. Nota de ingreso a UCI de las 17:00 horas de 24 de julio de 2017, en la que se reportó a V1, con falla respiratoria, cardiovascular y renal, encontrándola muy grave con pronóstico reservado y riesgo alto de muerte.

28.2.40. Nota de evolución de UCI de las 11:00 horas del 25 de julio de 2017, a través de la cual se diagnosticó a V1, con sepsis grave, postoperada de apendicectomía complicada, neumonía intrahospitalaria a descartar probable tromboembolia pulmonar “TEP”.

28.2.41. Tomografía computada de tórax simple de 25 de julio de 2017, la que descartó que V1 presentara tromboembolia pulmonar, reportándose



con datos de afección pulmonar bilateral con probable foco neumónico con derrame pleural.

28.2.42. Nota de evolución de UCI de las 09:30 horas del 1º de agosto de 2017, en la cual se reportó a V1, grave con soporte multiorgánico.

28.2.43. Tomografía computada toracoabdominal (control) de 1º de agosto de 2017, en la que se concluyó que V1 presentaba derrame pleural bilateral en tórax, sin datos de proceso neumónico, íleo reflejo en abdomen con líquido y *“aires libres”*, además imagen de absceso *“subfrénico izquierdo”*, esto es, secreciones purulentas compuestas por leucocitos y bacterias con tejido necrótico en cavidad abdominal.

28.2.44. Nota de las 12:28 horas de 3 de agosto de 2017, en la cual se asentó que a V1 se le drenó un absceso subfrénico izquierdo.

28.2.45. Resultados de laboratorio de parasitología de 4 de agosto de 2017, negativos y normales.

28.2.46. Resultados preliminares de microbiología de 4 de agosto de 2017, en el que se indicó que: *“no hubo desarrollo de colonias”*.

28.2.47. Nota de evolución de UCI de las 20:00 horas del 5 de agosto de 2017, en la cual se indicó que a V1 se le dio oxígeno con puntas nasales.

28.2.48. Notas de cirugía general de las 10:00 y las 18:00 horas del 6 de agosto de 2017, en las cuales AR7 asentó el resultado del ultrasonido



abdominal de V1 y del estudio tomográfico en el cual se advirtió derrame pleural bilateral y posible foco neumónico basal en pulmón izquierdo, entre otros.

28.2.49. Ultrasonido abdominal de 6 de agosto de 2017, en el cual se concluyó que V1 presentaba entre otros, imagen sacular en flanco izquierdo posiblemente compatible con hematoma versus obstrucción de asas intestinales.

28.2.50. Hoja de enfermería para pacientes quirúrgicos de las 11:20 horas de 9 de agosto de 2017, en la que se asentó que V1 ingresó a quirófano para aseo quirúrgico.

28.2.51. Consentimiento informado de anestesia de 9 de agosto de 2017, firmado por V3, esposo de V1.

28.2.52. Hoja de registro anestésico de 9 de agosto de 2017 de las 11:50 horas.

28.2.53. Hoja de operaciones de las 12:00 horas de 9 de agosto de 2017, en la cual se asentó que a V1 se le realizó laparotomía abdominal, aseo de cavidad, extirpación de un lado del colon derecho (hemicolecotomía) y de un extremo del intestino grueso (colostomía). Se omitió la firma del cirujano.

28.2.54. Reporte de patología de 9 de agosto de 2017, en la que se determinó que el segmento de intestino grueso (colon ascendente) de V1 presentó proceso inflamatorio agudo abscedado y edema.



28.2.55. Notas de evolución en la UCI de 10 de agosto de 2017, de las 13:15 y las 14:50 horas respectivamente, en las que se reportó a V1, muy grave y con pronóstico reservado.

28.2.56. Resultados de laboratorio de microbiología del 10 de agosto de 2017, respecto al cultivo bronquial de V1.

28.2.57. Notas de evolución del 11 al 13 de agosto de 2017, en las que se reportó a V1, con sepsis abdominal, abdomen distendido, colostomía con alto gasto café-verdoso y disminución de hemoglobina.

28.2.58. Nota de 14 de agosto de 2017, en la cual se asentó que V1 presentaba estomatitis aguda, esto es, afección que provoca hinchazón y llagas dentro de la boca. Se omitieron datos del médico tratante.

28.2.59. Notas de evolución de la UCI de las 12:30 horas y 14:35 horas del 14 de agosto de 2017, en las cuales se asentó que el 15 de ese mes y año, V1 pasaría a quirófano para aseo quirúrgico, reportándosele grave con pronóstico reservado.

28.2.60. Tomografía de abdomen subrogada de 14 de agosto de 2017, en la que se determinó que V1 presentaba entre otros padecimientos, derrame pleural en hemitórax izquierdo en cantidad leve y cambios postquirúrgicos en la pared abdominal.



28.2.61. Notas de evolución clínica de 15 de agosto de 2017, de las 09:00, 13:50 y 14:30 horas, en las que se asentó al egreso de V1 de quirófano presentó bradicardia sinusal (ritmo cardíaco más lento de lo esperado) y asistolia (insuficiencia de contracciones del corazón), informándole la gravedad de la situación a V3.

28.2.62. Hoja de enfermería para pacientes quirúrgicos de 15 de agosto de 2017, en la cual se estableció que V1 ingresó a quirófano a las 11:10 horas para aseo quirúrgico y pasó a UCI a las 13:30 horas.

28.2.63. Hoja de registro anestésico de 15 de agosto de 2017, en la que se asentó que V1 pasó a terapia intensiva a las 13:20 horas.

28.2.64. Nota de defunción en la UCI de las 15:00 horas de 15 de agosto de 2017, en la que se asentó que se reiniciaron maniobras de RCP durante quince minutos sin éxito, por lo cual se le declaró clínicamente muerta.

28.2.65. Hoja de egreso hospitalario de 15 de agosto de 2017 por defunción, cuyo diagnóstico final fue: choque cardiogénico, insuficiencia cardíaca aguda y sepsis abdominal.

28.2.66. Hoja de operaciones de 16 de agosto de 2017, en la cual se destacó que se le realizó aseo quirúrgico a V1, el 15 de ese mes y año, a cuyo término pasó intubada y hemodinámicamente estable a terapia.

28.2.67. Certificado de defunción de V1.



29. Acta circunstanciada de 12 de marzo de 2019 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V2, quien informó que no había presentado denuncia en la entonces PGR ni queja en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

30. Acta circunstanciada de 23 de mayo de 2019, por la cual personal de este Organismo Nacional adjuntó el correo electrónico remitido por el ISSSTE, a través del cual informó que después de realizarse una búsqueda en la base de datos de los expedientes de queja médica, no se encontró antecedente relacionado con el caso particular.

31. Acta Circunstanciada de 30 de mayo de 2019, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica de V3, quien comunicó que presentó queja en la Delegación del ISSSTE en Sonora, la cual se encuentra en trámite, asimismo, aportó su domicilio.

32. Opinión médica de 31 de mayo de 2019 en la que personal médico de esta Comisión Nacional estableció sus consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General "*Dr. Fernando Ocaranza*".

33. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/03326-4/19 de 2 de agosto de 2019, por el cual el ISSSTE adjuntó a este Organismo Nacional, copia simple del diverso HG/CAD/158/2019 de 12 de julio de ese mismo año, en el que se indicó que V1 presentaba apendicitis aguda confirmada con el reporte histopatológico de su apéndice cecal de 21 de julio de 2017.



34. Acta Circunstanciada de 6 de septiembre de 2019 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se entrevistó vía telefónica con V3, quien recordó que el 3 de junio de 2019 presentó queja en la Delegación del ISSSTE en Sonora, en la cual solicitó la reparación de daño moral y patrimonial.

35. Acta Circunstanciada de 23 de septiembre de 2019, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que V3 remitió vía correo electrónico la siguiente documentación:

35.1. Escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado de 15 de mayo de 2019 dirigido al ISSSTE por V2, V3, V4 y V5.

35.2. Copias incompletas del acuerdo de 24 de junio de 2019 emitido por la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales del ISSSTE, del que se destacó lo siguiente:

35.2.1. Escrito de 3 de mayo de 2019, presentado en la Unidad Jurídica de la Delegación Estatal del ISSSTE en Sonora para atención mediante oficio UJ-2110/2019 ingresado en la Oficialía de Partes de la Subdirección de lo Contencioso el 17 de ese mes y año, donde se radicó como Expediente de Responsabilidad 1 en cual los familiares de V1 solicitaron una indemnización y el pago de los intereses generados.

36. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05114-4/19 de 31 de octubre de 2019, a través del cual el ISSSTE informó a esta Comisión Nacional, que el 28 de ese mismo mes y año, el Comité de Quejas Médicas de dicho Instituto resolvió



procedente la queja presentada por deficiencia en la atención proporcionada a V1, ordenando medidas de no repetición y vista al Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

37. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05658-4/19 de 26 de noviembre de 2019, por el cual el ISSSTE en relación a la queja presentada por V2 remitió a este Organismo Nacional, lo siguiente:

37.1. Oficios DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05339-4/19 y 05340-4/19 de 7 de noviembre de 2019, a través de los cuales el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE solicitó al director del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, instruyera al personal médico y de enfermería observaran las normas oficiales mexicanas y mantuvieran la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades.

38. Acta circunstanciada de 17 de enero de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V3, quien informó que el Expediente de Responsabilidad 1 continuaba en trámite.

39. Oficio OICBC/QR/009/2020 de 9 de enero de 2020, a través del cual el Órgano Interno de Control en el ISSSTE informó a esta Comisión Nacional, que con motivo de la queja presentada por V2, se dictó acuerdo de radicación de investigación en el Área de Quejas como Expediente Administrativo 1.

40. Acta circunstanciada de 4 de marzo de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con personal del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, quien informó que el Expediente Administrativo 1



se inició en contra de quien resultara responsable y tenía hasta el 14 de julio de 2020 para su pronunciamiento.

41. Acta circunstanciada de 12 de marzo de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción del correo electrónico de V3, al cual adjuntó lo siguiente:

41.1. Acuerdos dictados en el Expediente de Responsabilidad 1, el 24 de junio, 15 de julio, 7 y 23 de agosto, así como el 21 de octubre de 2019, de los que se destacó que el 15 de julio de ese año, se decretó la suspensión hasta que *“cause estado la resolución definitiva que se dicte en el expediente de queja que se encuentra en trámite ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos”*.

41.2. Copia del escrito de V3, a través del cual ofreció copias de sus credenciales de elector en el Expediente de Responsabilidad 1 e indicó los datos de su perito particular en materia de cirugía general.

41.3. Copia del peritaje particular exhibido en el Expediente de Responsabilidad 1, en el cual se concluyó que *“la muerte de la señora [V1] (...) se produjo porque hubo confusión y con ello una serie de retrasos en el manejo definitivo en cuestión. Ocasionando complicaciones fatales (...)”*.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

42. El 24 de junio de 2019, la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales en el ISSSTE radicó como Expediente de



Responsabilidad 1 el escrito de 3 de mayo de ese mes y año, suscrito por V2, V3, V4 y V5, quienes con motivo del deceso de V1, solicitaron una indemnización por daño patrimonial y moral, así como el pago de intereses por las cantidades reclamadas.

43. El 15 de julio de 2019, en el Expediente de Responsabilidad 1 se decretó la suspensión del procedimiento hasta que *“cause estado la resolución definitiva que se dicte en el expediente de queja”* de este Organismo Nacional.

44. El 28 de octubre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja presentada por V2, por considerar que existió deficiencia en la atención brindada a V1, con motivo de lo cual implementaron medidas de no repetición al personal médico y de enfermería del Hospital General *“Dr. Fernando Ocaranza”* y se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

45. El 9 de enero de 2020, el Órgano Interno de Control en el ISSSTE radicó la investigación conferida como Expediente Administrativo 1, en contra de quienes resulten responsables e informó que cuenta hasta el 14 de julio de ese mismo año, para su pronunciamiento.

46. Hasta el momento en que se emite la presente Recomendación, no se cuenta con información de que se hubiere iniciado alguna carpeta de investigación en la Fiscalía General de la República con motivo de los hechos que nos ocupan.



IV. OBSERVACIONES.

47. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/6778/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 adscritos al servicio de urgencias del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”.

47.1. A la protección de la salud de V1

47.2. A la vida de V1.

47.3. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de los familiares de V1.

48. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

49. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.



50. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.²

51. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.³

52. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”*.

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



53. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*.

54. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”*⁴

55. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

⁴ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.



56. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁵ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

57. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 adscritos al servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Fernando Ocaranza” omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada en su calidad de garantes derivada de las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 15 y 65 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

58. En el caso particular, como antecedente de importancia se destaca que a V1 le realizaron el procedimiento quirúrgico de colecistectomía desde los 40 años de edad y padecía sobrepeso.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



❖ **Servicio de urgencias de las 08:45 a las 21:25 horas del 14 de julio de 2017.**

59. V1 llegó al servicio de urgencias del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*” a las 08:45 horas del 14 de julio de 2017, siendo atendida a las 09:04 horas por AR1, quien asentó que inició su padecimiento el día previo con “*dolor en hemicinturón derecho*”, la reportó con sobrepeso y signos vitales dentro de parámetros aceptables, sin que en la referida hoja de urgencias se advirtiera la temperatura, frecuencia cardiaca, entre otros.

60. A la exploración física, AR1 la encontró intranquila con abdomen blando depresible, “*hipocondrio derecho doloroso a la palpación*”, extremidades íntegras, sin masas ni megalias, sin compromiso neurovascular, diagnosticándola con probable colelitiasis –piedras en la vesícula biliar-, ordenó que permanecería en observación con solución intravenosa, butilhioscina, ketorolaco -dosis única- y la realización de estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil hepático y amilasa), así como, ultrasonido de hígado y vías biliares.

61. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se destacó que la intervención de AR1 fue incorrecta por lo siguiente:

61.1. Omitió un interrogatorio adecuado y dirigido a la sintomatología y patología que presentaba V1, de haberlo realizado, se hubiera percatado que ya no tenía vesícula biliar, contrario a ello, la diagnosticó con probable colelitiasis, esto es, cálculos en dicho órgano.



61.2. Indicó la administración de un antiespasmódico y analgésico (butilhioscina y ketorolaco) previo a un diagnóstico temprano para que pudiera excluir o disminuir los riesgos de complicaciones que conlleva una enfermedad avanzada, como sucedió con posterioridad.

62. Respecto a AR2, se desconoce la fecha y hora de su intervención, debido a que en la misma nota médica de las 09:04 horas del 14 de julio de 2014 elaborada por AR1, varió el diagnóstico de V1 a “*colestasis residual*” y “*urolitiasis*”, es decir, presencia de cálculos en los riñones o en las vías urinarias.

63. También indicó que el examen general de orina “*EGO*” de V1 era patológico, por lo cual le indicó solución intravenosa, levofloxacino (antibiótico de amplio espectro) y su pase a cama para un urotac, otorgándole licencia médica por un día.

64. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que AR2 no solicitó el reporte del ultrasonido solicitado por AR1, o en su caso, su realización para conocer la causa del padecimiento de V1; tampoco consideró indispensable su valoración por especialista en urología a fin de que se confirmara su diagnóstico de “*urolitiasis*” y de esta forma, proporcionarle un manejo médico definitivo, pues en ese sentido, llama la atención el hecho de que no especificara el medio por el cual llegó a dicho diagnóstico.

65. AR2 tampoco realizó el interrogatorio de V1 de manera adecuada para indagar respecto a su malestar, aunado a que escribió sus observaciones en la nota médica de AR1, lo cual será motivo de valoración en el apartado relacionado con el expediente clínico.



66. Hasta las 14:00 horas del mismo 14 de julio de 2017, AR3 indicó que a V1 se le había realizado con anterioridad una colecistectomía; encontrándola a la exploración física, con hemodinámico y ventilatorio sin alteraciones, abdomen blando depresible, sin datos de irritación peritoneal, *“dolor en hipocondrio derecho”* a nivel de cicatriz antigua de colecistectomía, sin datos de *“patología agda”* -confirmado por la urotac- ni hernia abdominal.

67. AR3 indicó que V1 cursaba con dolor en la costilla derecha (neuropatía costal derecha) y probable colitis aguda, indicó su pase a piso de medicina interna para observación con manejo a base de dieta sin irritantes, solución intravenosa, omeprazol (gastroprotector), butilhioscina (antiespasmódico), diclofenaco (analgésico antiinflamatorio), levofloxacino (antibiótico de amplio espectro), signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería.

68. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se destacó que AR3 no realizó la adecuada semiología del dolor que V1 presentaba desde su ingreso para que se conociera su tipo, ubicación, irradiación, intensidad, comienzo y evolución, entre otros, lo cual generó retraso en su diagnóstico para brindarle un manejo médico oportuno.

69. Aun cuando AR3 ordenó que V1 ingresara a piso de medicina interna para observación, no se contó con alguna nota médica de dicho servicio, ni otra adicional que especificara el seguimiento clínico de la paciente durante las siguientes siete horas, siendo hasta las 21:25 horas del referido 14 de julio de 2017, cuando AR4 elaboró la hoja de egreso hospitalario de V1, de cuyo rubro destinado al *“resumen clínico del caso durante el internamiento”*, asentó que presentaba colitis aguda en su primer día de estancia hospitalaria, encontrándola



consciente, orientada, cooperadora, con facies de dolor, abdomen blando depresible, dolor en flanco derecho e hipocondrio derecho a la palpación profunda, por lo cual: *“se da medicamento sintomático, con mejoría aparente, manejo posterior no es aceptado por la paciente”*.

70. En la multireferida Opinión Médica, se indicó que AR4 omitió el motivo por el cual V1 no aceptó un manejo posterior, ni asentó la razón por la cual no solicitó el reporte del ultrasonido requerido desde su ingreso por AR1 -esto en el caso de que se hubiere realizado-, así como tampoco las medidas a seguir, limitándose a dejarla con cita abierta a urgencias por eventualidades y cuidados generales en casa.

71. En cuanto a la afirmación de AR4 en el sentido que V1 no aceptó manejo posterior, pareciera que se trataba de un egreso voluntario con pleno conocimiento de las consecuencias que dicha determinación conlleva; sin embargo, para que fuera considerarlo como tal, se requería otro formato o en su caso que la precitada hoja de egreso hospitalario, contara con la firma de V1 o de alguno de sus familiares que avalara tal decisión, contrario a ello, se evidenció una determinación prematura en el manejo médico de su padecimiento, debido a que continuaba con el dolor que motivó su ingreso al referido nosocomio.

72. Llama la atención que AR2, AR3 y AR4 omitieran el seguimiento a la realización del ultrasonido solicitado por AR1 en la nota médica de las 09:04 horas del 14 de julio de 2017, a fin de que se allegaran de un diagnóstico certero, máxime que V1 comentó con AR3, que ya le habían extirpado la vesícula biliar, lo que hacía indispensable dicho estudio para normar conducta y así mejorar la



efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo al bienestar de V1, lo que no sucedió.

❖ **Servicio de urgencias de las 22:08 del 14 al 22 de julio de 2017.**

73. El inadecuado manejo médico inicial brindado a V1 se demostró con su reingreso al mismo servicio de urgencias en esa misma fecha, después de aproximadamente media hora de que AR4 había ordenado su egreso por mejoría.

74. Afirmación que se corroboró con la hoja de urgencias, en la cual se asentó como fecha y hora de admisión las 22:08 horas del 14 de julio de 2017, y no obstante que ya se contaba con su antecedente, fue atendida hasta las 00:29 horas del 15 de ese mismo mes y año por AR5, esto es, después de dos horas en espera y sin que se le tomaran los signos vitales (condiciones de admisión), al encontrarse sin información dicho rubro.

75. AR5 indicó que V1 regresó a urgencias por vómito de contenido alimenticio abundante, náuseas, dolor abdominal intermitente difuso de tres días de evolución con tratamiento médico sin mejoría.

76. A la exploración física la encontró con *“abdomen globoso dolor difuso rebote negativo dolor epigástrico”*, por lo cual la diagnosticó con *“dolor abdominal”*, le indicó como plan de manejo: solución intravenosa (glucosada), butilhioscina (antiespasmódico), metoclopramida (antiemético y agente procinético), omeprazol (gastroprotector), ondansetrón (antiemético).



77. Solicitó estudios de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea, amilasa, examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático y bilirrubinas) y una radiografía simple de abdomen (decúbito/pie).

78. El personal médico de este Organismo Nacional destacó que AR5 omitió lo siguiente:

78.1. Toma y valoración de los signos vitales de V1, así como haber considerado su manejo farmacológico previo con antiespasmódico (butilhioscina) debido a que erróneamente se le volvió a indicar.

78.2. Debió establecer un diagnóstico para brindarle un tratamiento y no limitarse a señalar que cursaba con “*dolor abdominal*”, sin indagar o establecer su probable origen.

78.3. Debió requerir interconsulta por cirugía general para que se descartara o se corroborara, si V1 ameritaba tratamiento quirúrgico, lo cual no sucedió.

79. Dichas omisiones evidenciaron la falta de interrogatorio para conformar la historia clínica de V1, el cual se tornaba indispensable para indagar los motivos por los cuales reingresó con el padecimiento que motivó su primera estancia hospitalaria y otros síntomas agregados para que AR5 se allegara con la mayor aproximación a su afectación y así diagnosticar su enfermedad de manera más certera, lo que al no haber acontecido contribuyó a la inestabilidad clínica de V1.

80. Cabe mencionar que obra la valoración de una persona servidora pública -de quien se desconocen datos-, quien asentó que V1 ingresó porque no canalizaba



gases y con fiebre de 38°, indicó que el estudio radiográfico la reportó con “*datos de niveles hidroaéreos*”, por lo cual la diagnosticó con probable suboclusión intestinal con manejo con soluciones intravenosas y enema, solicitando un ultrasonido abdominal e interconsulta con medicina interna, la cual no se documentó.

81. Sin que se conozca la hora, AR6 indicó que V1 aún presentaba dolor en flanco derecho, encontrándose pendientes los resultados de sus estudios de laboratorio, por lo cual, le indicó dieta hiposódica, toma de signos vitales cada cuatro horas (sin que se advirtiera que durante su intervención le fueran tomados), cuidados generales de enfermería, solución intravenosa, ranitidina, metoclopramida, levofloxacino y metamizol; en ese sentido, personal médico de esta Comisión Nacional consideró lo siguiente:

81.1. AR6 desestimó la persistencia del dolor abdominal con varias horas de evolución, omitió el seguimiento y evolución de su cuadro clínico, tampoco indagó la semiología del dolor abdominal con base en el tiempo transcurrido desde su inicio al momento de su valoración.

81.2. Incorrectamente indicó un analgésico (metamizol) cuando ya se le había administrado previamente, aunado a que no consideró que dicho medicamento está contraindicado en casos de diagnóstico dudoso -cual era nuestro caso-, lo que favoreció para que su cuadro clínico, se tornara atípico, esto es, “*enmascarado*”.

82. Posteriormente, AR6 diagnosticó a V1 con: “*apendicitis paracecal acompañada de cambios inflamatorios de tejidos blandos adyacentes, vesícula*”



ausente por antecedente quirúrgico, esteatosis hepática leve (...)” confirmado por ultrasonido abdominal del 15 de julio de 2017; sin que solicitara su interconsulta con cirugía general, al respecto, los médicos de esta Comisión Nacional, asentaron lo siguiente:

82.1. V1 cursaba cuadro doloroso abdominal secundario a la inflamación aguda del apéndice cecal (apendicitis) en un estadio inicial, por lo cual era indispensable su cirugía para prevenir posibles complicaciones, sin que AR6 lo considerara.

82.2. Dicho cuadro clínico se debió a la inadecuada medicación con analgésicos y antibióticos que se le indicaron desde la primera valoración en urgencias, esto es, el 14 de julio de 2017, al igual que a su reingreso en la misma fecha, lo que retrasó su diagnóstico y tratamiento quirúrgico con incremento de las complicaciones que presentó.

83. De ahí la importancia de que a V1 se le hubiera realizado un interrogatorio con adecuada exploración física, para que a través de la descripción amplia de los signos y síntomas que presentaba desde la primera vez que acudió a urgencias, se indagara sobre la etiología del dolor, lo que hubiera evitado el diagnóstico erróneo de AR1 y AR2, así como la inadecuada atención médica subsecuente a pesar de que AR6 desde el 15 de julio de 2017, ya contaba con el resultado del ultrasonido abdominal ordenado.

84. A las 14:00 horas del 15 de julio de 2017, AR7 reseñó que el padecimiento de V1 inició desde hace 3 días, *“(...) con dolor en el flanco der. con náuseas y vómitos antier 1 ocasión y ayer una ocasión, evacuaciones diarreicas hoy 3*



ocasiones completamente liq. con sed y apetito”, reportándola con dolor en flanco derecho y apetito.

85. Debido a que a la exploración física la apreció bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen prominente con exceso de panículo adiposo, cicatriz quirúrgica oblicua subcostal derecha, sin datos de irritación peritoneal, McBurney, psoas, obturador y Rovsing negativos (todos éstos referentes al diagnóstico de la apendicitis), la diagnosticó con: probable gastroenteritis infecciosa “*GEPI*”, hipertiroidismo, hipercolesterolemia, enfermedad neurológica (enfermedad de Behcet -trastorno que provoca la inflamación de los vasos sanguíneos-) y vasculitis de causa desconocida.

86. En el rubro destinado al plan asentó: *“No Qx, requiere manejo y tx médico por Urg Adultos, mismo manejo agregar metronidazol”*, inclusive asentó que si continuaba afebril y sin datos apendiculares se progresaría a dieta líquida a partir de las 18:00 horas; en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, el manejo de AR7 también fue inadecuado con base en lo siguiente:

86.1. El cuadro de dolor abdominal con que V1 ingresó, desestimó el *“enmascaramiento”* por los analgésicos y antibióticos que le fueron administraron, aunado a que las evacuaciones diarreicas se agregaron cuando ya estaba hospitalizada.

86.2. No valoró el diagnóstico de apendicitis en su fase inicial confirmado por el ultrasonido abdominal de esa misma fecha, más aún cuando dicho estudio tiene una sensibilidad del 75 al 90% y una especificidad del 86 al 90% para tal diagnóstico, lo que lo convierte en una prueba sumamente confiable que



considerada con la evolución clínica de V1, establecían el diagnóstico de apendicitis aguda.

86.3. Ante dicho diagnóstico debió ordenar el protocolo prequirúrgico y la resolución quirúrgica de V1 de inmediato, lo que al no haber acontecido, favoreció el incremento de la perforación del apéndice, junto con el retraso en su intervención quirúrgica y mayor morbi-mortalidad asociadas de acuerdo a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis aguda.

87. El inadecuado manejo médico de V1 continuó, ya que en la diversa revisión realizada a las 14:30 horas del 15 de julio de 2017, AR6 nuevamente destacó que presentaba apendicitis aguda y que los resultados de sus estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis a pesar del doble esquema de antibiótico; por lo cual solicitó una tomografía para normar conducta al considerar que el cuadro se encontraba *modificado “blemente [SIC] por antibióticos y analgésicos desde hace 48 hrs”*, más aún cuando en ese momento, V1 se encontraba asintomática y sin datos de irritación peritoneal.

88. AR6 agregó que a las 14:00 horas del referido 15 de julio de 2017, cirugía general descartó clínicamente que V1 padeciera apendicitis, por lo cual, la diagnosticó con gastroenteritis probable infecciosa “*GEPI*”, ordenó que mantuviera el ayuno, soluciones intravenosas y omeprazol, suspendiéndole la metoclopramida y butilhioscina para que continuara sólo con levofloxacino, metronidazol y metamizol; solicitando una tomografía de abdomen y su revaloración con los resultados.



89. AR6 minimizó el diagnóstico de apendicitis aguda confirmado por ultrasonido, así como los resultados de los estudios de laboratorio, con lo cual pudo solicitar el tratamiento quirúrgico de V1 para evitar mayores complicaciones, como se suscitó.

90. Después de seis horas aproximadamente, esto es, a las 20:45 horas del mismo 15 de julio de 2017, AR8 reportó a V1 con 72 horas de evolución de dolor abdominal, destacó que el urotac la reportó sin litiasis o problemas obstructivos y que el ultrasonido evidenció una *“imagen sugestiva de apéndice retrocecal que pudiera corresponder a la imagen de urotac sin embargo no es contrastada.*

91. Sin considerar el resultado del ultrasonido de V1, el 16 de julio de 2017 -sin que se conozca la hora-, AR7 ordenó su alta de cirugía general por haberla encontrado asintomática, afebril, sin ningún signo apendicular y con limitación de las evacuaciones diarreicas, debiendo continuar con el tratamiento establecido.

92. Contrario a lo solicitado por AR7, a las 20:30 horas del mismo 16 de julio de 2017, AR8 determinó que V1 continuaría en observación a pesar de que el dolor intenso ya había cedido, siendo ocasional e irradiado a miembro pélvico derecho, sin datos de abdomen quirúrgico, reportada por los resultados de los estudios de laboratorio con 9,600 leucocitos; e indicó que no se le realizó la tomografía solicitada.

93. Al día siguiente, a las 09:50 horas del 17 de julio de 2017, AR9 encontró a V1 con dolor abdominal en estudio, pero sin dolor en ese momento, sin fiebre, tolerancia a la vía oral, sin datos de irritación peritoneal, abdomen blando depresible y discreto dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho,



asentó que no contaba con datos de urgencia quirúrgica, pendiente el reporte tomográfico, el cual se revaloraría, y en su caso, solicitaría una valoración por urología.

94. A las 22:00 horas del 17 de julio de 2017, AR10 valoró a V1 con los antecedentes referidos, incluyendo el resultado de los estudios de laboratorio y gabinete, agregó que el 16 de ese mes y año, presentó fiebre (37.7°C) y en ese momento, *“leve dolor en flanco y fosa renal derecha”*, con tolerancia moderada de la vía oral y evacuaciones diarreicas (3).

95. A la exploración física, la observó con palidez de tegumentos, buena hidratación, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso por panículo adiposo, *“con dolor a la palpación en flanco derecho”*, giordano positivo derecho (+++/4), sin signos apendiculares ni de irritación peritoneal.

96. Indicó que el resultado tomográfico de 17 de julio de 2017, evidenció: *“datos que sugieren el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, con presencia de escaso líquido libre, sin masas o colecciones que sugieran absceso”*, sin embargo, V1 se encontraba sin alteraciones renales ni en vías urinarias, con evolución y síndrome doloroso abdominal de predominio en flanco derecho y reporte ultrasonográfico de *“engrosamiento apendicular”*.

97. AR10 asentó que la evolución de V1 no coincidía con los hallazgos tomográficos ni clínicos, *“aunque no se descarta”* y que las posibilidades dada su evolución no eran concluyentes para determinar un tratamiento quirúrgico de urgencia, por lo cual se actualizarían los estudios para verificar la posibilidad de realizarle una laparoscopia diagnóstica al día siguiente; en tanto, continuaría *“sin*



vía oral”, con reposo relativo, líquidos parenterales, ranitidina, ketorolaco, levofloxacino, estudios de laboratorio de control e interconsulta con medicina interna para establecer el riesgo quirúrgico, y en su caso, la revaloración por cirugía con los estudios.

98. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se destacó que el manejo médico de AR7, AR8, AR9 y AR10 fue inadecuado con base en lo siguiente:

98.1. En su respectiva valoración no consideraron el dolor abdominal que V1 presentaba más de 48 horas de evolución, lo que contribuyó a que su estado de salud se deteriorara.

98.2. A pesar que desde el 15 de julio de 2017, el resultado del ultrasonido de abdomen diagnosticó a V1 con apendicitis aguda, reafirmado con la tomografía de abdomen y pelvis del 17 de ese mes y año, así como con los resultados de los estudios de laboratorio, dichos médicos lo omitieron, lo que favoreció la presencia de complicaciones que empeoraban el pronóstico de salud de V1.

98.3. Tampoco consideraron que la evolución de V1 no era típica de una apendicitis ante la modificación por la administración de analgésicos y antibióticos suministrados desde su ingreso a urgencias, lo que *“enmascaró”* el cuadro.

99. Por su parte, AR11, a las 10:00 horas del 18 de julio de 2017, reportó a V1 con neutrofilia (causa más frecuente de leucocitosis) y anemia, confirmado por los resultados de los estudios de laboratorio, examen general de orina patológico y



destacó que en ese momento V1 presentaba datos apendiculares negativos, sin dolor abdominal ni datos de irritación peritoneal, psoas, obturador y Rovsing negativo, sin abdomen agudo, ni patología intraabdominal que requiriera una solución quirúrgica, por lo cual solicitó su ingreso a piso de cirugía general para que continuara con vigilancia.

100. Le suspendió el levofloxacino (antibiótico) y ketorolaco *“por razón necesaria”* y solicitó un perfil tiroideo y tomografía contrastada; al respecto, personal médico de este Organismo Nacional consideró que inadecuadamente AR11 le suspendió el antibiótico (levofloxacino) a V1 sin que completara el esquema para combatir una infección, lo que pudo favorecer la resistencia microbiana con motivo de su mal uso.

101. Otro aspecto que llama la atención, es que AR11 solicitara diversa tomografía contrastada cuando tenía menos de 24 horas que se le había realizado una diversa, lo que evidenció la falta de revisión al contenido de los estudios ordenados y con ello, su inadecuada atención médica, aunado a que el mismo 18 de julio de 2017, el nuevo estudio tomográfico reafirmó que persistían los datos de apendicitis aguda con presencia de escaso líquido libre, sin masas o colecciones que sugieran absceso, esto es, *“sin cambios en relación con estudio previo”*.

102. En la multicitada Opinión Médica de este Organismo Nacional, se resaltó que la presencia de apendicitis evolucionó de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, encontrándose para ese momento, en su segunda fase (supurativa), lo que ameritaba manejo quirúrgico a la brevedad de acuerdo a lo establecido en



la Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda, al precisar que la apendicectomía es el tratamiento de elección para la apendicitis aguda.

103. Como resultado de las omisiones valoradas, en el sexto día de estancia intrahospitalaria a V1, esto es, el 19 de julio de 2017, AR9 la diagnosticó con *“plastrón/absceso apendicular”* (adherencia protectora del epiplón y de las asas intestinales adyacentes a la apendicitis perforada), dolor leve, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, con tolerancia a la vía oral, canalización de gases y evacuaciones.

104. A la exploración física dirigida la encontró con abdomen blando depresible, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y sin datos de irritación peritoneal, por lo cual precisó lo siguiente: *“paciente sin urgencia quirúrgica, sin embargo, requerirá manejo quirúrgico definitivo”*, solicitando su valoración preoperatoria.

105. La inestabilidad clínica de V1 se hizo evidente, ya que el dolor en el abdomen por lo cual ingresó a urgencias se modificó, en ese sentido, desde el 19 de julio de 2017, AR9 indicó que requeriría manejo quirúrgico definitivo y no obstante el diagnóstico de apendicitis aguda confirmada por ultrasonido y las tomografías realizadas, solicitó tiempo quirúrgico *“para mañana”*.

106. Dicho retraso en su resolución quirúrgica en opinión de los médicos de esta Comisión Nacional aumentó las complicaciones postoperatorias de infección de pared, íleo paralítico, sepsis abdominal, formación de abscesos, entre otros, aunado a que V1 se encontraba sin antibiótico desde el 18 del referido mes y año, por indicación de AR11.



107. Como se advirtió, la apendicitis evolucionó hacia la necrosis, perforación y formación de bloqueo del proceso (plastrón) y pese a esto, AR9 consideró que V1 no presentaba una urgencia quirúrgica, en ese sentido, el personal médico de esta Comisión Nacional lo consideró como una conducta médica equivocada, debido a que la apendicectomía es el tratamiento de elección para la apendicitis aguda y en la actualidad el procedimiento quirúrgico de más urgencia, según lo reportado por la literatura médica vigente, lo que debió haber sido considerado al igual que el cuadro atípico que V1 presentó secundario a los antibióticos y analgésicos suministrados.

108. Fue hasta la 01:10 horas del 21 de julio de 2017, cuando un médico internista realizó la valoración preoperatoria de V1, y a las 08:35 horas de esa misma fecha, AR9 le realizó apendicectomía laparoscópica de cuya nota postquirúrgica se destacó lo siguiente:

108.1. Diagnóstico prequirúrgico: absceso apendicular; diagnóstico postquirúrgico: apendicitis complicada.

108.2. Cirugía planeada: apendicectomía laparoscópica; cirugía realizada: "LAPE+apendicentomía".

108.3. Técnica: *"Paciente en decúbito supino, asepsia y antisepsia, incisión transumbilical y colocación de trócar (...) insuflación de CO2 (...) se visualizan múltiples adherencias de epiplón hacia ciego e ileon terminal, se intenta disección y no se logra identificar apéndice cecal por implantación anormal. Se decide conversión a cirugía abierta.*



108.4. *Se realiza incisión supra-infra umbilical, se aborda por planos hasta cavidad peritoneal, se libera ciego y ángulo hepático del colon, se disecciona **plastrón** y se identifica base apendicular, se liga (...), se aseca cavidad y se coloca Penrose, se cierra aponeurosis”.*

108.5. Hallazgos: *“apéndice cecal con proceso inflamatorio subagudo, con perforación en 1/3 medio y plastrón controlando la perforación”, sin accidentes, ni incidentes, sangrado de 100 mililitros, enviándose la pieza a patología (apéndice cecal) con lo que se dio por terminada la cirugía.*

“Énfasis añadido”.

109. En la cirugía realizada por AR9, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional destacó lo siguiente:

109.1. Incorrectamente estableció la vía laparoscópica como primera opción para extirpación del apéndice, debido a que omitió considerar el tiempo de evolución (siete días), la ubicación del apéndice cecal, su perforación, la presencia de material fecal y purulento secundarios, el sobrepeso de V1 y más cuando se trataba de una cirugía de urgencia, lo que llevó a convertirla en cirugía abierta.

109.2. Aun cuando indicó durante la cirugía que aseó la cavidad abdominal con colocación de penrose (drenaje), posteriormente V1 presentó colonización bacteriana y líquido peritoneal purulento, lo que favoreció la formación de abscesos, peritonitis y demás complicaciones como se analizará más adelante



110. Al siguiente día, 22 de julio de 2017, AR7 revisó a V1 a las 09:30 horas, encontrándole estable, afebril, con herida quirúrgica “ok”, con tolerancia de dieta líquida, sin evacuaciones, drenaje (penrose) con gasto mínimo, en espera de buena evolución, continuándose con dieta líquida durante el día, solución endovenosa, ketorolaco, tramadol (analgésicos antiinflamatorios), ranitidina (gastroprotector), metoclopramida (regulador del tránsito intestinal), cefotaxima y metronidazol (antibióticos de amplio espectro), cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno y cuidados de herida quirúrgica, con la precisión de que se reportaran las eventualidades.

111. Llama la atención, que AR7 omitiera valorar los signos vitales de V1, reportar las características de su herida quirúrgica de la cual sólo asentó que estaba “ok”, así como cuantificar el gasto a través del drenaje.

112. Cabe destacar que el 23 de julio de 2017, AR7 volvió a revisar a V1 y asentó que “desde ayer” presentaba dolor abdominal de moderado a severo en ambos cuadrantes inferiores, intolerancia a la deambulación y a la vía oral, que evacuó en una ocasión, cardiopulmonar “por el momento estable”, “HxQx línea media supra e infraumbilical sin datos de infecc, con penrose con gasto de material hemático oscuro de 5 ml en 3 días”, abdomen con dolor a la palpación en forma difusa con predominio en cuadrantes inferiores y leve distensión abdominal, por lo cual le colocó una sonda nasogástrica a derivación.

113. Resaltó que el resultado de los estudios de laboratorio evidenciaron que presentaba leucocitosis (12,500) y anemia leve, mientras que el ultrasonido abdominal de esa misma fecha, se advirtió sin patología demostrable, con órganos macizos intraabdominales normales, sin colección intraabdominal, por lo



cual sugirió una *“tomografía contrastada de abdomen en búsqueda de complicaciones postquirúrgicas”*, le reajustó su manejo y requirió estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación), radiografía de abdomen, cuantificación de líquidos y sonda foley a derivación.

114. En ese sentido, el personal médico de esta Comisión Nacional indicó que AR7 desestimó que V1 ya presentaba tendencia a la hipertensión (102/79 mmHg), que se encontraba taquicárdica (131 por minuto) y con fiebre (38.5°C), datos indicativos de sepsis y/o choque séptico de origen abdominal muy probablemente por el antecedente de apendicitis perforada, lo que ameritaba de forma inmediata su interconsulta para valoración en la UCI.

115. Como se acreditó las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 generaron la inestabilidad clínica de V1, por una parte, AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron interrogarla y valorarla adecuadamente previo a que AR4 ordenara su egreso hospitalario en la primera ocasión, en tanto AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 no consideraron el diagnóstico de apendicitis desde el 15 de julio de 2017, esto es, al segundo día de su estancia hospitalaria, corroborado con el resultado de los estudios de laboratorio y las tomografías de abdomen y pelvis, sin que consideraran su resolución quirúrgica de inmediato, ya que de haberlo hecho, se pudo haber evitado el paulatino detrimento en su estado de salud.

116. Por otra parte, tampoco pasa inadvertido que con motivo de la queja presentada por V2 ante este Organismo Nacional, el ISSSTE remitió un informe relacionado con la atención médica otorgada a V1 con base en su expediente



clínico; inclusive se agregaron los escritos de algunos de los médicos intervinientes, quienes en ese sentido refirieron en lo que interesa, lo siguiente:

116.1. El 19 de enero de 2018, AR2 precisó que en la atención médica de V1, intervino en dos ocasiones: la primera, en urgencias cuando detectó que tenía infección de tracto urinario, *“dejando terapéutico protocolo de urotomografía”* y hospitalizada; la segunda, en el piso de cirugía, cuando identificó su gravedad y le instaló un catéter central, así como modificó la *“terapéutica”* con base a su estado clínico y revisión.

116.2. El 22 enero del 2018, AR3 detalló los antecedentes de V1, y agregó lo siguiente:

116.2.1. Acudió por dolor en hipocondrio derecho con más de tres días de evolución, sin fiebre, ni dolor en hígado (hepatalgia), con color amarillento ocre en la orina (coluria) sin sangrado (hematuria) y falta de coloración de heces (acolia).

116.2.2. A la exploración física, apreció íntegro el neurológico, hemodinámico y ventilatorio sin alteraciones, abdomen depresible sin datos de irritación peritoneal, dolor en hipocondrio derecho a nivel de cicatriz de colecistectomía.

116.2.3. El urotac la reportó sin datos de patología aguda, sin que observara datos de hernia abdominal, considerando su pronóstico reservado a evolución y complicaciones, e indicó que pasara a medicina



interna para observación, por lo cual la diagnosticó con neuropatía costal derecha más probable colitis aguda.

116.3. Misma fecha, esto es, 22 de enero de 2018, en la que AR9 emitió su informe con base a la información del expediente clínico, de cuya intervención se resaltó lo siguiente:

116.3.1. El 17 de julio de 2017, fue su primer contacto con V1, quien se refirió “*sin dolor*”, la encontró afebril y con tolerancia de la vía oral, agregó que decidió esperar el resultado tomográfico mientras la paciente continuaba con vigilancia.

116.3.2. Durante el turno vespertino se reportó el resultado del estudio tomográfico con hallazgo de imágenes sugestivas de proceso inflamatorio apendicular con escaso líquido libre en la fosa ilíaca derecha, sin embargo, en el turno nocturno, los cirujanos de guardia indicaron que no había concordancia entre los hallazgos tomográficos con el cuadro clínico de la paciente, planteándosele la posibilidad de continuar con tratamiento médico y vigilancia para una laparoscopia exploradora.

116.3.3. El 18 de julio de 2017, el cirujano encargado de urgencias ordenó que V1 pasara a piso de cirugía general al no haber encontrado datos de patología quirúrgica urgente.

116.3.4. El 19 de julio de 2017, AR9 la revaloró nuevamente y solicitó valoración preoperatoria para realizar procedimiento bajo las mejores condiciones posibles, el 20 de ese mes y año, se le programó para cirugía



al siguiente día, contando con valoración preoperatoria y las condiciones adecuadas.

116.3.5. El 21 de julio de 2017, sometió a V1, al procedimiento quirúrgico vía laparoscópica, encontrando múltiples adherencias en aplioplón hacía el ciego e ileón terminal, siendo imposible identificar el apéndice cecal por implantación anormal, por lo cual decidió la conversión a cirugía abierta, siendo posible identificar plastrón conteniendo proceso inflamatorio apendicular, apéndice cecal con perforación en su tercio medio, sin peritonitis generalizada.

116.3.6. Cuando finalizó el procedimiento, V1 pasó a sala de recuperación y posteriormente a su cama en hospitalización, el 22 de julio de 2017, un cirujano la reportó estable, sin embargo, por la noche refirió dolor abdominal de predominio en cuadrantes inferiores.

116.3.7. El 23 de julio de 2017, V1 continuó con dolor abdominal de moderado a severo, los estudios de laboratorio indicaron leucocitosis y el ultrasonido la reportó con escaso líquido libre y cambios inflamatorios postquirúrgicos *“esperados de acuerdo al antecedente de la cirugía”*.

116.3.8. La tomografía urgente de manera externa la reportó con neumología basal bilateral, escaso líquido libre en cavidad abdominal, sin datos para pensar en una reintervención quirúrgica, solicitándose apoyo a medicina interna para manejo de patología pulmonar.



116.3.9. El 24 de julio de 2017, ingresó a la UCI con diagnóstico de neumonía, sepsis y falla orgánica múltiple, donde AR9 la valoró el 27 de ese mes y año, encontrando el abdomen con herida quirúrgica limpia, drenaje de penrose con escaso gasto de aspecto sedoso, sin datos para *“pensar en complicación de origen abdominal”*.

116.3.10. AR9 indicó que el 28 de julio de 2017 fue su último día como suplente en el servicio de cirugía, reportando a V1 delicada pero estable en la UCI, desconociendo su manejo y evolución posterior.

116.4. El 23 enero de 2018, AR11 asentó que:

116.4.1. El 18 de julio de 2017, fue su primera intervención médica hacia V1 y después de haber leído su historia clínica, las notas previas de internamiento, la encontró con 36° de temperatura, pulso de 67, frecuencia respiratoria de 17 y presión arterial de 116/90.

116.4.2. V1 refirió que cursaba el quinto día de dolor en hipocondrio derecho con estado nauseoso y fiebre, evacuaciones diarreas, sintiéndose mejor con molestia dolorosa en la escala numérica de 3/10, encontrándose con mucha hambre; a la exploración física la encontró entre otras, con dolor a la digitopresión de las costillas flotantes derechas, sin datos de dolor abdominal, no masas ni plastrones, ni datos de irritación peritoneal, así como datos apendiculares negativos.

116.4.3. Enunció que los exámenes de laboratorio de 18 de julio de 2017 evidenciaron que presentaba leucocitos de 5.6, neutrófilos 48.8,



hemoglobina 11.9, hematocrito 33.6, glucosa 99 y el examen general de orina: eritrocituria, resto normal, sin datos de abdomen agudo ni patología abdominal que requiera solución quirúrgica.

116.4.4. Como V1 había recibido tratamiento previo, decidió su ingreso de urgencias a cirugía general, suspendiéndole antibioticoterapia y analgesia sólo por razón necesaria, también solicitó exámenes de laboratorio tiroideo, TAC doble contrastada y su valoración por cirugía, estando V1 de acuerdo con el plan a seguir.

116.5. El 25 de enero de 2018, AR8 indicó que el 15 de julio de 2017, se le solicitó interconsulta en urgencias en la jornada acumulada nocturna para la valoración de V1 en la que se destacó lo siguiente:

116.5.1. Al interrogatorio refirió que tenía múltiples ingresos y egresos de urgencias por dolor abdominal, con manejo por infección de vías urinarias con respuesta adecuada, tratamientos múltiples con antibióticos y analgésicos, además de encontrarse en seguimiento por vasculitis.

116.5.2. Se realizó urotomografía determinándose litiasis uretral derecha que condicionaba el cuadro y al no haber mejoría se realizó un ultrasonido que sugirió la posibilidad de apendicitis retrocecal y se solicitó nueva tomografía.

116.5.3. V1 refirió hematuria en una ocasión, dolor en flanco derecho e hipertermia de 39°, en ese momento asintomática, incluso había tolerado la vía oral y debido a que no se contaba en el turno con tomografía con medio



de contraste para descartar la posibilidad de cuadro de apendicitis enmascarada con múltiples manejos previos, permaneció en el servicio de urgencias.

116.5.4. Al día siguiente, la encontró con signos normales, mostrándose el examen de orina turbia y eritrocitos, sin que encontrara a la exploración del abdomen, datos de irritación peritoneal.

116.5.5. Agregó que la tomografía no se realizó porque al parecer tenía la creatinina elevada e indicó que su intervención fue como interconsultante.

116.6. El 30 de enero de 2018, AR7 manifestó que atendió a V1 desde el 15 de julio de 2017 en urgencias adultos y destacó lo siguiente:

116.6.1. Ingresó con cuadro de gastroenteritis aguda manifestada por cuadros diarreicos (tres) líquidos de tres días de evolución, con náuseas y vómitos, sin fiebre, por lo que le brindó el tratamiento correspondiente.

116.6.2. El 16 de julio de 2017, la dejó como probable alta del servicio ante su mejoría por encontrarse afebril, con tolerancia a la vía oral, sin vómito y con control de las evacuaciones diarreicas.

116.6.3. Del 22 al 23 de julio de 2017, la reportó en sus primeras horas de postoperada: afebril, con tolerancia a la vía oral y penrose con gasto escaso, sin embargo, este último día, refirió dolor en área quirúrgica de moderado a severo, con poca canalización de gases y una evacuación, gasto en el penrose de 5 ml. de material hemático, colocándole una sonda



nasogástrica, le tomó laboratorios , reportándola el ultrasonido abdominal con ausencia de colecciones intraabdominales, quedando pendiente la tomografía abdominal para el lunes porque no se cuenta con ese servicio los fines de semana.

116.6.4. El 6 y 7 de agosto de 2017, cuando V1 estaba en la UCI, la reportó muy grave, por último, agregó que su función se limitó a la vigilancia postoperatoria.

117. Los informes que anteceden corroboran la atención médica brindada a V1, documentada en el propio expediente clínico, lo cual no generaría mayor discrepancia sino fuera porque AR2, AR7, AR8, AR9 y AR11 y demás personal médico interviniente, incurrieron en omisiones que contribuyeron al deterioro de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida como quedó acreditado.

118. Por una parte, AR2 omitió el interrogatorio y revisión adecuada de V1 a fin de que indagara la semiología del dolor que presentaba, lo que generó que la diagnosticara con un padecimiento relacionado con la vesícula biliar, cuando ésta se la habían extirpada 14 años atrás.

119. En tanto, AR7, AR8, AR9, AR11 y demás personal médico involucrado, minimizaron que V1 padecía *“apendicitis paracecal acompañada de cambios inflamatorios de tejidos blandos adyacentes”*, como lo diagnosticó el ultrasonido abdominal del 15 de julio de 2017 confirmado por los resultados de los estudios de laboratorio y la tomografía abdominal y de pelvis del 17 de ese mismo mes año, corroborada con la realizada el 18 de julio de 2017.



120. V1 requería la resolución quirúrgica para mejorar su salud, lo cual aconteció después de siete días, momento en que ya presentaba mayores complicaciones debido a que soslayaron considerar que el cuadro clínico de la apendicitis aguda que cursaba era atípico por la ingesta de antibiótico y analgésico que le fueron suministrados desde su ingreso a urgencias, por lo cual se afirma que vulneraron su derecho humano a la protección de la salud, que derivó en la pérdida de su vida como se mencionará más adelante.

121. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 incumplieron en el desempeño de sus respectivas valoraciones, el contenido de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis aguda, así como de la diversa Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda, ambas del Consejo de Salubridad en México, destacándose en la primera, que cualquier paciente con cuadro clínico clásico, esto es, con dolor abdominal agudo, cólico localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad antes de 24 horas, irradiado a cuadrante inferior derecho “CID” con o sin náuseas, vómito y fiebre de 38°, entre otros, debe ser referido y valorado por cirugía general, inclusive sin que medie solicitud de exámenes de laboratorio o de gabinete.

122. Igualmente establece que la tomografía axial computarizada es el “*patrón de oro*” en casos de duda diagnóstica debido a que detecta y localiza masas inflamatorias periapendiculares (plastrones), abscesos y con gran precisión una apendicitis aguda, lo que soslayaron considerar.

123. También incumplieron con la fracción III, del artículo 27, de la Ley General de Salud, que precisa que la atención medica integral incluye la atención de urgencias, como un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción



XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley, en concordancia con el diverso 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que al respecto señala que se entiende por urgencia: “(...) *todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata*”, correlacionado con la fracción LII, del artículo 3, del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que define la urgencia en similares términos.

124. V1 tenía derecho de ser atendida de manera integral para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, las equivocaciones y omisiones de los médicos señalados contribuyeron a su deficiente proceso inicial, al no haberle garantizado la atención médica que requería, debido a que los hallazgos observados ameritaban su resolución quirúrgica inmediata para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inicio se le hubiera realizado un interrogatorio adecuado para conocer la etiología del dolor que presentaba, así como darle seguimiento a los estudios solicitados, lo que al no haber acontecido, les genera responsabilidad al haber vulnerado el derecho humano a la protección a la salud.

125. En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido lo siguiente:

“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no



*todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina***".⁶

"Énfasis añadido".

126. Otro dato que confirma la afectación a la salud de V1, guarda relación con su evolución postquirúrgica, la cual a pesar de que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional fue adecuada, se tornó insuficiente para restablecerle su salud ante las equivocaciones y omisiones ya acreditadas.

❖ **Atención médica de V1 del 23 de julio al 15 de agosto de 2017.**

127. Como consecuencia de la inadecuada atención médica que V1 recibió, su estado clínico empeoró, debido a que el 23 de julio de 2017, diverso médico

⁶ 10 Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.



cirujano la diagnosticó como: *“postoperada de apendicitis complicada”*, reportándola con taquicardia, fiebre, dolor en área quirúrgica, epigastrio, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, peristalsis presente, herida quirúrgica sin datos de infección, drenaje (penrose) de material serohemático, ya valorada por medicina interna y en espera de la tomografía contrastada urgente.

128. Dicho médico informó a V1 y a sus familiares, las dos posibilidades de tratamiento: la primera, una tomografía y esperar resultados para normar conducta; y la segunda, una laparotomía exploradora de urgencias, optando por la primera opción.

129. El 24 de julio de 2017, la tomografía evidenció que V1 presentaba: *“neumonía basal bilateral, escaso líquido libre, aire libre”*, sin datos que ameritaran cirugía de urgencia; a las 09:00 horas del mismo día, presentó dolor abdominal y leve disnea, hipotensa (85/48 mmHg) y taquicardica (105 por minuto) y debido a que el 23 de ese mes y año presentó fiebre, se le ajustó el antibiótico y se le diagnosticó con: *“sepsis de sitio abdomen y postoperada de apendicectomía complicada”*, en espera de espacio físico en la UCI.

130. Aun cuando a las 09:45 horas del 24 de julio de 2017, AR9 la reportó con mala evolución desde hacía 48 horas, con disnea, taquicardia, hipotensión, fiebre y dolor torácico a la inspiración, indicó que no presentaba *“datos clínicos de complicación intraabdominal”*, agregó que la acidosis metabólica ya estaba manejada por medicina interna y reiteró que requería atención en la UCI, solicitando un ecocardiograma y AngioTAC pulmonar.



131. Ante el compromiso multiorgánico de V1, a las 12:10 horas del mismo 24 de julio de 2017, AR2 indicó ventilación no invasiva y la reportó con datos de *“choque séptico con hipoperfusión”*, misma data en que a las 17:00 horas ingresó a la UCI, donde se le diagnosticó como: *“paciente complicada con neumonía nosocomial, insuficiencia respiratoria, lesión renal aguda y probable tromboembolia pulmonar”*.

132. Se descartó que tuviera foco infeccioso en sitio quirúrgico, advirtiéndose las bases pulmonares con infiltrado neumónico bilateral, por lo que se le ajustó el antibiótico; posteriormente se le reportó con falla respiratoria, cardiovascular, renal, con pronóstico reservado con riesgo alto de muerte, en espera del AngioTAC y Dímero D, esto es, pruebas para descartar que cursara con tromboembolia pulmonar.

133. El 25 de julio de 2017, se le diagnosticó con: *“sepsis grave, postoperada de apendicectomía complicada, neumonía intrahospitalaria a descartar probable tromboembolia pulmonar (TEP)”*, dándosele aminas, ventilación mecánica asistida, encontrándosele con peristalsis ausente, drenaje con líquido seroso, hipertermia en las últimas 8 a 10 horas por proceso infeccioso (neumonía) ya en manejo, con mortalidad del 50 al 60%.

134. El mismo 25 de julio de 2017, se descartó que presentara tromboembolia pulmonar y del 26 al 31 del referido mes y año, se agregó a su diagnóstico de postoperada de apendicitis complicada: neumonía nosocomial, lesión renal aguda *“LRA”*, choque séptico, fracaso multiorgánico *“FOM”* e hipotiroidismo; suministrándole insulina con nutrición parenteral (fórmula que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita a través de la vena).



135. El 27 de julio de 2017, nuevamente fue valorada por AR9 quien la apreció sin *“datos de complicación quirúrgica”*, y debido a que sus estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis en descenso, anemia, normalización de azoados, nivel bajo de electrolitos de potasio en la sangre (hipokalemia) y aumento del ph sanguíneo (alcalosis metabólica), requirió hemo-transfusión.

136. El 1 de agosto de 2017, incremento la leucocitosis, evidenciando la radiografía portátil de tórax *“radiopacidad parahiliar derecha basal izq”*, esto es, una patología infecciosa del tórax más frecuente, solicitándose ante el aumento de temperatura, cultivos (hemocultivo, urocultivo, secreción bronquial y punta de tubo endotraqueal).

137. El estudio tomográfico toraco-abdominal reportó que V1 presentaba derrame pleural bilateral en tórax sin datos de proceso neumónico: *“se identifica íleo reflejo en abdomen con líquido y aire libres, además imagen de absceso subfrénico izquierdo”*; en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, los abscesos son formaciones líquidas sépticas y en el caso particular, a nivel abdominal, favorecida por una infección intraabdominal, secundario a la perforación visceral (apéndice cecal) por las omisiones señaladas.

138. Aun cuando del 2 al 5 de agosto de 2017, V1 refirió *“sentirse bien”*, el 3 de ese mes y año, tuvo evacuaciones diarreicas, fiebre y taquipnea, requirió oxígeno suplementario por mascarilla, y ante la disminución de leucocitos y desequilibrio electrolítico se le dio manejo correctivo, se le drenaron los abscesos a nivel de mesogastrio, reportándose los resultados del urocultivo y cultivo bronquial sin desarrollo y el coprológico negativo.



139. El 6 de agosto de 2017, AR7 encontró a V1: *“indiferente al medio, con fascias renales (paciente con enfermedad renal)”*, indicó que se le puncionó a nivel subdiafragmático de ambos lados el “4/07/17” y que el ultrasonido abdominal de ese día, mostró probable hematoma vs. distensión de asa del colon transverso a nivel del ángulo esplénico, evidenciando la tomografía: *“derrame pleural bilateral y posible foco neumónico basal en pulmón izquierdo. Engrosamiento y proceso inflamatorio en región omental en topografía apendicular post Qx. líquido en espacio subfrenico izquierdo, corredera parietocolica izquierda e imagen quística entre asas de intestino delgado (a nivel de ileon distal)”*.

140. Durante el 7 y 8 de agosto de 2017, se le reportó febril, abdomen globoso, distendido, timpánico, plastrón palpable en epigastrio y dolor a la palpación media, *“aún por definir manejo definitivo por (...) cirugía”*, y se estableció que: *“(…) mañana se le sometería a laparotomía (...) en turno matutino”*; en tanto los cultivos de orina y secreción bronquial resultaron negativos.

141. A las 11:20 horas del 9 de agosto de 2017, se le realizó a V1, laparotomía abdominal, aseo de cavidad, se le extirpó un lado del colon derecho (hemicolecotomía), así como un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal (colostomía); reportando patología que el segmento del intestino grueso se advirtió: *“(…) con proceso inflamatorio agudo abscedado y edema”*.

142. El 10 de agosto de 2017, se le extubo pero continuó con respuesta inflamatoria sistémica, fiebre, taquicardia, hipotensión arterial, con datos de sepsis



abdominal, abdomen con herida quirúrgica abierta, con biovac (sistema de drenaje de fluidos acumulados en la herida), colostomía funcional con escasa salida de líquido café-verdoso, por lo que se continuó con ayuno, nutrición parenteral, sonda nasogástrica a gravedad, sonda foley a permanencia, curación y cuidados de herida quirúrgica y drenajes.

143. Del 11 al 13 de agosto de 2017, persistió la sepsis abdominal, ileostomía (apertura en la pared abdominal) funcional, leucocitosis, ya sin aminas con abdomen distendido, colostomía con alto gasto café-verdoso, disminución de hemoglobina.

144. El 14 de agosto de 2017, fue valorada por la especialidad de otorrinolaringología debido a que presentaba hinchazón y llagas dentro de la boca (estomatitis aguda), agregándose a su manejo antibioticoterapia de amplio espectro (gatifloxacino), mientras que los resultados de sus estudios de laboratorio, reportaron incremento de leucocitos y anemia.

145. El estudio tomográfico de control subrogado del 14 de agosto de 2017 evidenció en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, que V1 presentaba una nueva formación de abscesos desde el punto de vista médico forense, secundaria a la apendicitis complicada que presentó, derivado del retraso en su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, como se acreditó.

146. A las 11:27 horas del 15 de agosto de 2017, se le realizó un aseo quirúrgico en el cual se drenó un hematoma antiguo en su totalidad, se le colocó drenaje tipo Biovac (de succión cerrado debajo de la piel durante la cirugía), sin embargo, cuando salió del quirófano, presentó paro cardiorrespiratorio, realizándole



maniobras de reanimación, “(...) saliendo inicialmente a ritmo sinusal, sin embargo presenta nuevamente asistolia irreversible a maniobras, por lo cual se declara clínicamente muerta a las 15:00 horas”, señalándose como causas de su lamentable defunción: “choque cardiogénico, insuficiencia cardiaca aguda, sepsis abdominal y apendicitis complicada”.

147. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 vulneraron su derecho humano a la salud, que derivó en la pérdida de su vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

148. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por tanto, corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

149. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias*



(...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)⁷.

“Énfasis añadido”.

150. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

151. La CrIDH ha establecido que: *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)*⁸,

⁷ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

⁸ *“Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.



asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.⁹

152. Este Organismo Nacional ha referido que: “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”.¹⁰

153. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana¹¹; en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida.

⁹ “*Caso Familia Barrios vs. Venezuela*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

¹⁰ CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.

¹¹ “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.



B.1. Violación al derecho humano a la vida.

154. V1 falleció a las 15:00 horas del 15 de agosto de 2017 y conforme a la información asentada en el certificado de defunción, las causas que provocaron su deceso directamente fue choque cardiogénico (una hora), en tanto, el rubro destinado a *“causas, antecedentes, estados morbosos si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica”*, se advirtió: insuficiencia cardiaca aguda (dos horas), sepsis abdominal (un mes) y apendicitis complicada (un mes).

155. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se asentó la responsabilidad del personal médico tratante de V1, por los siguientes motivos:

155.1. El choque cardiogénico y la insuficiencia cardiaca aguda, son padecimientos graves derivados de forma directa de la sepsis abdominal originada por la apendicitis complicada que V1 presentó, la cual no fue diagnosticada ni manejada adecuada ni oportunamente como se sustentó.

155.2. El desenlace de V1, se presentó como consecuencia de haberse desestimado el diagnóstico de apendicitis aguda confirmado con el resultado del ultrasonido abdominal del 15 de julio de 2014, así como con los estudios de laboratorio que evidenciaron leucitosis y las dos tomografías de abdomen y pelvis realizadas el 17 y 18 de ese mismo mes y año, lo que ameritaba su resolución quirúrgica inmediata.

155.3. Los médicos tratantes no consideraron que a V1 se le administró analgésico y antibiótico desde su llegada, lo cual favoreció que su cuadro



clínico se tornara atípico, esto es, “*enmascarado*”, circunstancias que incidieron en el retraso en su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, incrementándose las complicaciones que ocasionaron su lamentable deceso.

155.4. Al respecto, en el certificado de defunción se destacó como causa básica de su deceso apendicitis complicada durante un mes aunado a la sepsis abdominal con la misma temporalidad.

156. A consecuencia de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 omitieran protocolizar y tratar en tiempo y forma la apendicitis aguda con que se diagnosticó a V1 desde el 15 de julio de 2017, confirmada con las tomografías del 17 y 18 de ese mismo mes y año, y aun cuando AR9 la intervino quirúrgicamente después de siete días de que solicitó el servicio de urgencias del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, dicha circunstancia fue insuficiente para restablecerle su salud, en ese sentido, se reitera que la falta de interrogatorio adecuado, una minuciosa revisión, la omisión de considerar el resultado de los estudios realizados, la administración de antibiótico y analgésico sin diagnóstico certero –“*enmascaró*” su padecimiento- y la demora en su resolución quirúrgica- a pesar de lo establecido en la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento de la Apendicitis Aguda-, ocasionó el avance de la historia natural de la apendicitis aguda y con ello, se produjo la afectación al derecho humano a la protección de su salud con la subsecuente pérdida de la vida, por lo que se afirma, que dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

157. También incumplieron lo previsto en los artículos 48 y 138 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención



Médica, que destacan el derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, recibir atención profesional y éticamente responsable, siendo responsabilidad del médico tratante identificar, valorar y atender en forma oportuna el dolor y síntomas, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad con tratamiento adecuado y apegado a principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

158. Igualmente, incumplieron con los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002¹², los cuales prevén la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.

159. Al no haberle proporcionado a V1, la atención médica de urgencia que requería desde su ingreso, dichas personas servidoras públicas también incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vigente al momento de los hechos, que define a la urgencia como: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*.

¹² Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.



160. Otro dato que avala las irregularidades en que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 incurrieron en la atención médica de V1, lo constituyó el hecho de que el 28 de octubre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja presentada por V2, ante la deficiente atención médica brindada a V1, lo que propició que se diera vista en el Órgano Interno de Control en dicha Institución para que investigaran los hechos y en su caso, acreditaran la responsabilidad correspondiente.

161. Así como la pericial particular en materia de cirugía general presentada por V3, en el Expediente de Responsabilidad 1.

162. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

163. En el presente caso, los médicos tratantes que atendieron a V1 posterior a su reingreso, no consideraron la evolución del dolor que presentaba ni mucho menos el diagnóstico de apendicitis aguda confirmado por ultrasonido abdominal y tomografía de abdomen y pelvis, colocándola en un estado de vulnerabilidad, que ameritaba la resolución quirúrgica de inmediato, lo que aconteció después de siete días de revisiones médicas, reportándose como hallazgo de la cirugía *“apéndice cecal con proceso inflamatorio subagudo, con perforación en 1/3 medio y plastrón controlando la perforación”*, generándosele inestabilidad clínica constante hasta su fallecimiento.



164. Para garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas¹³.

165. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

166. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

167. Por ello, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por lo cual, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los

¹³ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.



pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

168. En el caso particular, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual vulneraron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, así como en el contenido de la norma oficial mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, así como las Guías de Práctica Clínica ya señaladas.

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

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

170. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹⁴, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente*

¹⁴ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.



vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”

171. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*¹⁵.

172. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*¹⁶.

173. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con

¹⁵ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁶ Introducción, p. dos.



sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

174. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁷

175. Una de las consecuencias de la indebida integración del expediente clínico es que dificulta la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, por lo que, en el caso particular, se asentarán las irregularidades administrativas en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

176. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en algunas hojas de urgencias, evolución y notas médicas de AR1, AR3, AR4,

¹⁷ CNDH, p. 34.



AR6, AR7, AR8 y AR9 omitieron asentar su firma, cargo, o en su caso, número de cédula profesional; otras fueron ilegibles, con abreviaturas, sin fecha ni hora legible o datos de quien la suscribió como en el caso de aquella en la que se diagnosticó a V1, con probable suboclusión intestinal, por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, en lo subsecuente NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

177. Por su parte, AR1 y AR2 omitieron realizar una adecuada historia clínica y exploración física, lo que se evidenció al haber diagnosticado a V1 con padecimientos relacionados con la vesícula biliar, cuando ya carecía de dicho órgano, con lo cual contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la referida NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona; AR2 igualmente incumplió con el punto 5.11 de la precitada norma oficial mexicana, al haber sobreescrito en la nota médica de AR1, además de haber testado el diagnóstico de éste para plasmar el propio.

178. Dichas omisiones impidieron que se determinara la etiología del padecimiento de V1, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció y en ese sentido, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:



*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina**”¹⁸.***

“Énfasis añadido”.

¹⁸ Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1.



179. Otro aspecto a considerar en el presente rubro, es el relacionado con el llenado de las siguientes documentales:

179.1. Consentimiento informado de anestesia, así como la carta de consentimiento bajo información para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos, ambas del 20 de julio de 2017, indicándose en esta última, que a V1 se le realizaría apendicectomía, estableciéndose los riesgos o posibles complicaciones y los beneficios.

179.2. Carta de consentimiento bajo información para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos de 24 de julio de 2017, en la cual se asentó como diagnóstico *“postoperada de apendicectomía/shock séptico”* y en el rubro de procedimiento a realizar: catéter central, firmada sólo por V2.

180. En el caso concreto, no se cubrió con los requisitos establecidos en los puntos 4.2, 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.2 y 10.1.2.3 de la NOM-004-SSA3-2012, ya que las dos primeras cartas de consentimiento informado, fueron firmadas al parecer por V1, sin embargo, carecían del nombre y firma del médico anesthesiólogo y cirujano, respectivamente; en tanto en la tercera, también se omitieron los datos del personal médico, sin que se establecieran los riesgos, posibles complicaciones y beneficios del procedimiento quirúrgico a realizar, encontrándose únicamente firmada por la hija de V1.

181. Tales irregularidades evidenciaron que el personal médico encargado de la atención de V1, omitió la trascendencia del consentimiento informado al considerarse como la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica, pues a través del mismo, se le



informa la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizar con los riesgos y beneficios que conlleva.

182. El consentimiento informado constituye un derecho humano que en el caso particular igualmente se vulneró al no haberse realizado al amparo de la ley, la omisión de los datos del médico tratante, nulificó la capacidad de V1 para decidir respecto de los procedimientos que se realizarían en su persona, lo que deberá investigarse a fin de que se deslinden las responsabilidades administrativas correspondientes, debido a que se vulneró lo establecido en los artículos 51, 51 Bis.1 y 51 Bis.2, de la Ley General de Salud, artículos 80, 81 y 82, del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Prestación de Servicios, así como el punto 5 de la Carta de los Derechos de los Pacientes emitida en el 2001, por la Secretaría de Salud en colaboración con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

183. En ese sentido, la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética de la Secretaría de Salud establece que: *“El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal de salud ha informado y de que el paciente ha comprendido en su totalidad, la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas”*¹⁹, de ahí su relevancia.

¹⁹ Publicada por la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Bioética en el año 2015. Anexo 4, pág. 46.



184. Por otra parte, no pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que en la queja presentada por V2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, indicó entre otras cuestiones, lo siguiente:

184.1. Cuando V1 ingresó al quirófano el 21 de julio de 2017 para ser intervenida quirúrgicamente, la operación culminó a las “13:00 horas”, sin que los médicos les informaran algo *“a pesar que mi madre salió con una abertura de varios centímetros a la altura del ombligo lo cual nos pareció curioso porque ella no tenía problema en alguno órgano que se ubique en esa zona”*.

184.2. Agregó que V1 duró todo ese día con dolor hasta las 19:00 horas cuando inició con mucha temperatura, sin que recibiera la visita de algún médico.

185. Al respecto, de las evidencias analizadas, se advirtió que después de la nota postquirúrgica elaborada a las 11:40 horas del 21 de julio de 2017 por AR9, la subsecuente nota relacionada con el seguimiento de V1, se documentó a las 09:30 horas del 22 de julio de 2017, cuando AR7 la reportó estable, afebril y con herida quirúrgica “ok”; situación que igualmente será motivo de investigación, pues en ese sentido, el punto 9 “Código de conducta para el personal de salud 2002”, destaca que el personal médico está obligado a informar al paciente o a sus familiares de manera veraz y oportuna el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente o posible, lo que deberá indicarse con mesura, prudencia y calidez, respetando su dignidad humana.

186. Tampoco se debe perder de vista que a través de las notas clínicas y las indicaciones médicas documentadas en el expediente clínico se evidencia la



relación médico-paciente, de ahí la importancia de brindar información adecuada a los usuarios o en su caso, a sus familiares.

187. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes, así como su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento y en su caso, para deslindar las responsabilidades que correspondan, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

188. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuyas notas médicas se encontraron incompletas, breves e ilegibles, con abreviaturas, a pesar de que dichos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.²⁰

189. No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se

²⁰ CNDH. Recomendaciones 83/2019, p. 219, 1/2019, p.145, 71/2018, p.243 y 40/2018, p. 222, entre otras.



traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el ISSSTE resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

190. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*²¹, la cual es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el Sector Público, así como para aquellos establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de

²¹ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.



registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.

191. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 incumplieron con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos y el artículo 252 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que prevén su obligación 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; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

D. RESPONSABILIDAD.

192. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se acreditó con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1, como se constata enseguida:

192.1. AR1 y AR2 no le realizaron un interrogatorio completo, lo que propició que el primero la diagnosticara con probables cálculos en la vesícula biliar,



padecimiento modificado por AR2, quien indicó que padecía colestasis residual, esto es, disminución o interrupción del flujo biliar por trastorno hepático, biliar o pancreático, determinaciones equívocas debido a que a V1 le fue extirpada la vesícula biliar 14 años atrás, aunado a que su sintomatología era representativa de apendicitis, lo cual incidió en su inadecuado manejo clínico.

192.2. AR3 se limitó a diagnosticarla con neuropatía costal derecha y probable colitis aguda, y aun cuando solicitó su pase a medicina interna para observación, ello no aconteció.

192.3. AR4 soslayó la petición de su homólogo AR3, y a las 21:25 horas del mismo 14 de julio de 2017, ordenó el alta hospitalaria de V1 a pesar de que continuaba con abdomen blando depresible y dolor en flanco e hipocondrio derecho a la palpación profunda, limitándose a dejarle cita abierta a urgencias por eventualidades y *“cuidados generales en casa”* sin indicación ulterior.

192.4. Como V1 no mejoró, en menos de una hora del mismo 14 de julio de 2017, regresó a urgencias, donde fue atendida después de casi dos horas de espera, por AR5, quien la diagnosticó con *“dolor abdominal”*, solicitó estudios de laboratorio y una radiografía simple de abdomen; sin que le tomara los signos vitales, mucho menos la interrogó para conocer su manejo farmacológico previo, lo que generó que le volviera a suministrar butilioscina.

192.5. AR6 sin un diagnóstico certero no sólo le indicó un analgésico (metamizol) -cuando ya se le había administrado-, sino que no consideró que está contraindicado en casos dudosos, lo que favoreció a que el cuadro



clínico de V1, se tornara atípico, esto es, “*enmascarado*”; y aun cuando en una ulterior revisión asentó que presentaba apendicitis paracecal confirmada por ultrasonido del 15 de julio de 2017, omitió su valoración por cirugía general.

192.6. A pesar de que para el momento en que AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, desde el 15 de julio de 2017, ya contaban con el resultado del ultrasonido y de los estudios de laboratorio y posteriormente con el de las tomografías de abdomen y pelvis (17 y 18 de ese mismo mes y año), omitieron la resolución quirúrgica de V1, lo que le generó mayor inestabilidad y su deterioro paulatino, ya que para el momento en que AR9 la intervino quirúrgicamente, esto es, el 21 de ese mismo mes y año, ya habían transcurrido siete días.

193. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, con lo cual se vulneró su derecho humano al acceso a la información en materia de salud.

194. De lo anterior se colige que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7 y 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.



195. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, 73 bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

195.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y en contra de quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y en el caso de los nueve primeros, respecto a la integración del expediente clínico.

195.2. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y quien resulte responsable, con motivo de la deficiente atención médica de V1.

196. No se omite precisar que como se asentó el 28 de octubre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja presentada por V2 ante la deficiente atención médica brindada a V1, en la cual se ordenaron medidas de no repetición al personal médico y de enfermería del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, así como también se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

197. En ese sentido, el 9 de enero de 2020, el Órgano Interno de Control en el ISSSTE informó que cuenta hasta el 14 de julio de este año para su pronunciamiento; por lo cual, la autoridad administrativa y ministerial encargadas



de las investigaciones correspondientes, deberán considerar las evidencias de esta Recomendación para que en su caso, determinen las responsabilidades en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

198. Con independencia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

199. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

200. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I,



64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V2, V3, V4, V5 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

201. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición,



obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

202. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “(...) *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.²²

203. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²³

²² Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²³ “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



204. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

205. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V4, V5 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V1.

206. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente. Los tratamientos en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, incluyendo cuando sea indispensable, la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

207. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y en la presentación de la denuncia en contra del personal médico interviniente y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.



208. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados.

iii. Garantías de no repetición.

209. Consisten en implementar medidas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

210. Al respecto, aun cuando el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE indicó que se solicitó al director del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, instruyera al personal médico y de enfermería para que en el desempeño de sus funciones observen lo establecido en las normas oficiales mexicanas y se mantuviera la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades; al momento en que se emite la presente Recomendación, se desconocen las medidas implementadas para dar cumplimiento a lo solicitado.

211. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, al personal médico del servicio de urgencias y cirugía general del Hospital General “*Dr. Fernando Ocaranza*”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación a la debida observancia al contenido de las Guía de



Práctica Clínica de Diagnóstico de Apendicitis aguda, así como de la diversa de Tratamiento de la Apendicitis Aguda, y uno más relacionado con la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

212. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de urgencias y de cirugía general del Hospital General *“Dr. Fernando Ocaranza”*, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia.

213. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²⁴, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

²⁴ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.



iv. Compensación.

214. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.²⁵

215. El ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, se proceda conforme a Derecho.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V2, V3, V4 y V5, que incluya

²⁵ “Caso *Palamara Iribarne Vs. Chile*” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



una compensación con motivo del deceso de V1 en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y en contra de quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como las relacionadas con la integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, deberá anexar copia de la presente Recomendación en sus expedientes laborales, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del servicio de urgencias y cirugía general del Hospital General “Dr.



Fernando Ocaranza”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación a la debida observancia al contenido de las Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Apendicitis aguda, así como de la diversa de Tratamiento de la Apendicitis Aguda del Consejo de Salubridad en México; y uno más relacionado con la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Giren instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico del área de urgencias y de cirugía general del Hospital General *“Dr. Fernando Ocaranza”*, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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



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

217. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

218. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, 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 su aceptación.

219. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública 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 que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA