



RECOMENDACIÓN No. 05/2013

PRE. No. 009/2013

QUEJA: CDHEC/075/12

ASUNTO: Violación al Derecho a la Protección
de la Salud y Negligencia Médica (Impericia)

Colima, Colima, 22 de marzo de 2013

AR1

SECRETARIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

P R E S E N T E

Q1

QUEJOSO

Síntesis:

El día 10 diez de diciembre de 2010 dos mil diez, aproximadamente a las 20:00 horas, el quejoso sintió un fuerte dolor en la parte media del estómago, el cual aumentaba produciéndole vómitos constantes, por esa razón, siendo cerca de las 23:00 veintitrés horas, acudió al Centro de Salud, del Mirador de la Cumbre I, en el que le otorgaron un pase para que acudiera al Hospital Regional Universitario de Colima, en donde le comentaron que podría tener "colitis nerviosa", dándolo de alta aproximadamente a las 03:00 tres horas del día siguiente (11 once de diciembre de 2010 dos mil diez). Debido a que el dolor le continuo, el día 12 doce de diciembre de 2010 dos mil diez, siendo las 22:00 veintidós horas, se trasladó, junto con su esposa, al Centro de Salud del Parque Hidalgo, lugar en el que le aplicaron diversas inyecciones para calmar el dolor, mencionándole que "al parecer lo que padecía era infección de las vías

*"2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ
PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS"*



urinarias". El martes 13 trece de diciembre de 2010 dos mil diez, siendo las 07:00 siete horas, acudió nuevamente al Centro de Salud del Mirador de la Cumbre I, en donde le dieron otro pase para el Hospital Regional Universitario; al cual llegó, en compañía de su esposa, a las 08:00 ocho horas. Allí, el doctor de turno lo examina y le dice a su esposa que al parecer era la vesícula y que ocupaba cirugía urgente, más tardar a las 13:00 trece horas. No obstante, fue trasladado al quirófano a las 23:00 veintitrés horas, saliendo de cirugía a las 04:00 cuatro horas, del día 14 catorce de diciembre de 2010 dos mil diez. El día 17 diecisiete de diciembre de 2010 dos mil diez, fue dado de alta, comentándoles a los doctores que se sentía mal. Después de cinco horas de que fue dado de alta, regresó con su esposa al Hospital Regional Universitario, al área de urgencias, enseguida mandaron a su esposa a comprar un enema evacuante para que el quejoso pudiera defecar, regresándolo nuevamente a casa como las 23:00 veintitrés horas del mismo día 17 diecisiete de diciembre del 2010 dos mil diez. Así pues, a las 2 dos horas de haberse retirado del Hospital Regional Universitario, regresó una vez más. Al estar allí, lo pasaron al área de urgencias, encamándolo y administrándole medicamento para el dolor. Aproximadamente a las 10:00 diez horas, de ese mismo día 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, le comenzó a brotar un líquido color amarillo. Por lo que se quedó en observación. El día 19 diecinueve de diciembre de 2010 dos mil diez, aproximadamente a las 08:00 ocho horas, el médico de turno, informó que requería que el quejoso se le aplicara un CPRE (Colangiopancreatografía Endoscópica), estudio que se le realizó en la clínica Córdoba. Lugar en el que le comentaron que tenía que ser intervenido urgentemente para una cirugía, con la finalidad de limpiarle la herida, pues padecía de una peritonitis aguda. El día 20 veinte de diciembre de 2010 dos mil diez, fue sometido a otra cirugía en el Hospital Regional; posterior a ello, presentó temperatura y el día 26 veintiséis de diciembre de 2010 dos mil diez, el



doctor de turno le comentó a la esposa del agraviado que éste presentaba una infección en la cirugía. El día 27 veintisiete de diciembre de 2010 dos mil diez, lo pasaron al quirófano nuevamente para hacerme un rastreo, que al parecer no tuvo éxito, pues empeoró y comenzó a vomitar y defecar con frecuencia. El día 30 treinta de diciembre de 2010 dos mil diez, fue intervenido una vez más quirúrgicamente, cirugía de la cual salió muy grave. En fecha 31 treinta y uno de diciembre del año referido, aproximadamente a las 16:00 horas, fue dado de alta bajo su responsabilidad, acudiendo a la Clínica San Francisco, en la que fue atendido de inmediato bajo el diagnóstico de SEPSIS ABDOMINAL, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, EVENTRACIÓN, ABDOMEN CONTENIDO CON BOLSA DE BOGOTÁ, FUGA BILIAR CONTROLADA, CPRE CON ENDOPRÓTESIS, POST OPERADO, COLECISTECTOMÍA ABIERTA POR PIOCOLECISTOS.

Las pruebas aportadas por las parte y recabadas oficiosamente por este Organismo Protector de los Derechos Humanos, permitieron concluir que personal médico del Hospital Regional Universitario de Colima, cometieron violaciones al derecho humano a la PROTECCIÓN DE LA SALUD, incurriendo en NEGLIGENCIA MÉDICA (impericia).

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima, en uso de las facultades que le confiere el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el diverso 86 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima; los numerales 1, 2, 3, 19 fracciones I y III, artículo 23 fracciones I, VII, VIII, 39, 45 y 46 de la Ley Orgánica de esta Comisión; así como los arábigos 56 fracción VI, 57, 58, 64, 65 y demás aplicables del Reglamento Interno de este Organismo, ha examinado los



documentos que obran en el expediente CDHEC/075/12, formado con motivo de la queja interpuesta por el Ciudadano Q1, y considerando los siguientes:

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1.- El día 24 veinticuatro de febrero de 2012 dos mil doce, el Ciudadano Q1, presentó una queja ante este Organismo Protector de los Derechos Humanos, por violación a sus derechos humanos, cometidos por el personal del Hospital Regional Universitario de Colima. En dicha queja, manifestó que:

“(..). El día 10 de diciembre del 2010, a las 20:00 hrs, sentí un fuerte dolor en la parte media del estómago, el cual aumentaba produciéndome vómitos constantes, por esa razón me dirigí en compañía de mi esposa al CENTRO DE SALUD del Mirador de la Cumbre I, aproximadamente once de la noche, pero como no había medicamento me dieron un pase para el HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO de Colima. A las 23:15 horas nos atendieron en ese lugar me pusieron un suero y una inyección para el dolor y me dijeron `que al parecer era colitis nerviosa´, por lo cual me dan de alta como a las 03:00 horas del día siguiente (11 de diciembre del 2010). Pero el dolor no cesaba, por el contrario, el dolor aumentó, por lo que decidimos regresar el día 12, pero ahora nos trasladamos mi esposa C1, y yo, al Centro de Salud del Parque Hidalgo, y cuando arribamos como a las 22:00 horas, el doctor que nos recibió, le reclamó a mi esposa el porqué no me había llevado al Mirador de la Cumbre I, y le contestó que por que no había medicamentos.- Me atendieron, y después de dos horas me aplicaron una inyección en cada brazo cerca de las muñecas y una hora después dos inyecciones intramusculares. La doctora del turno nocturno le dijo a mi esposa `que al parecer lo que yo padecía era infección de las vías urinarias´, que me llevara hasta otro día para realizarme unos estudios de sangre, pero el dolor iba en aumento. El martes 13 de diciembre del 2010, mi



esposa me llevó nuevamente al Centro de Salud del Mirador de la Cumbre I, aproximadamente como a las 07:00 horas de la mañana y ahí le dieron otro pase para el Hospital Regional Universitario, al cual llegamos a las 08:00 horas, y me atendieron como a las 09:00 horas.- El doctor de turno me examina y le dijo a mi esposa que `al parecer era la vesícula y que ocupaba cirugía urgente´, me hicieron un ultrasonido y efectivamente era la vesícula, y el doctor le comentó a mi esposa que como a las 13:00 horas a más tardar, tenía que estar en quirófano, a pesar de la urgencia, no fue así. Pasó el tiempo y el dolor empeoraba, ya para entonces orinaba sangre. Mi esposa desesperada les preguntó a las enfermeras que a qué horas me iban a operar. No obstante las suplicas de mi esposa, me metieron al quirófano como a las 23:00 horas y salí de cirugía a las 04:00 del día 14 de diciembre del 2010. Al parecer todo había salido bien, por lo que me pasaron a piso, a la cama 32. El día 16 de diciembre del 2010, deciden cambiarme a los cuartos de cirugía y el día 17 de diciembre del 2010 y me dieron de alta a las 15:00 horas, les comenté que me sentía mal y me dijo la enfermera `es normal por la cirugía´.- Nos retiramos y ya en la casa le dije a mi esposa que me sentía mal, sentía que me ahogaba, tenía dolor y no podía defecar. Después de cinco horas de haber llegado a mi casa, me puse muy mal y nos regresamos mi esposa y yo en un taxi al Hospital Regional Universitario, a urgencias, dónde me revisaron y le dijeron a mi esposa que el dolor era porque no había defecado, a lo que mi esposa les contestó `que como era posible que lo hayan dado de alta sin haberse recuperado por completo´. Enseguida la mandaron a comprar un enema evacuante para poder defecar, me lo pusieron pero no me sirvió y aún así me regresaron nuevamente a casa como las 23:00 horas del mismo día 17 de diciembre del 2010. Seguí sintiéndome muy mal, por lo que, como a las dos horas de haberme ido del Hospital Regional Universitario, regresé al mismo, sería aproximadamente las 01:00 horas del día 18 de diciembre del 2010. Me pasaron a urgencias, donde



me encamaron y me administraron medicamento para el dolor, pero los doctores no sabían qué era lo que me provocaba el dolor. Como a las 10:00 horas, desde ese mismo día 18, por el orificio del dren, me brotó un líquido de color amarillo, salpicando con tal fuerza, que mojó a la enfermera que me atendía. Me limpiaron y le pidieron a mi esposa una bolsa especial para colocármela por donde drenaba el líquido, y le comentaron a mi esposa que ese líquido podía quemarle la piel, que tuviera cuidado.- Por esa razón, dijeron, tenía que quedarme en observación hasta que saliera todo el líquido. Me pasaron a piso a las 17:00 horas del día 18 de diciembre del 2010. Al día siguiente, el 19 de diciembre del 2010, cuando pasó el médico de turno, aproximadamente a las 08:00 horas, le informó a mi esposa que yo necesitaba de urgencia, un CPRE (Colangiopancreatografía Endoscópica), que tiene como finalidad el estudio de la vía biliar, pero le dijeron que era muy caro. Mi esposa pasó a hablar con la encargada de trabajo social del Hospital para que me lo aplicaran, pero le dijeron que no se podían aplicar la CPRE ese día porque era domingo, al parecer por falta de personal. Ante esto, le supliqué a mi esposa que buscara en donde fuera para que me realizaran ese estudio, encontrando uno en la clínica Córdoba.- Por lo que nos trasladamos a las 15:30 horas del día 19 de diciembre del 2010, a la clínica Córdoba en una ambulancia del Hospital Regional. En la clínica Córdoba, el médico que me aplicó el CPRE (procedimiento utilizado para identificar la presencia de cálculos, tumores o estrechamiento en las vías biliares. Se hace a través de un endoscopio), nos comentó que tenía que ser intervenido urgentemente para una cirugía, con la finalidad de limpiarme, pues dijo que padecía de una peritonitis aguda, por lo que nos regresamos nuevamente al Hospital Regional Universitario, una hora después, en la misma ambulancia. El día 20 de diciembre del 2010, aproximadamente a las 17:00 horas, me pasaron a cirugía, terminada ésta, como a las 18:30 horas, enfermeras que me atienden le comentaron a mi



esposa que reabrieron el estómago y me lavaron, pero mi esposa no vio al médico que me hizo la cirugía. En el transcurso de la noche tuve calentura, la cual no cedía, por lo que mi esposa les pidió a las enfermeras que me limpiaran la herida, pues de acuerdo a lo que había escuchado, tenía que ser higienizado dos veces por día, sin embargo durante mi estancia, pasaban hasta dos días sin aplicarme el aseo de la operación, y yo me sentía cada más grave. Le comenté a mi esposa que me sentía morir.- Así estuve hasta el día 26 de diciembre del 2010, y mi esposa se dio cuenta que la cirugía ya olía mal, como algo podrido; y además, con mucha temperatura. Ese mismo día me sacaron una radiografía para ver si no tenía alguna infección en el pulmón, porque el líquido que me brotaba podía irse al pulmón e infectarlo. Cuando llegó el doctor de turno matutino le dijo a mi esposa: `no tiene infección en pulmón, tiene un poco de infección en la cirugía, por eso es la calentura´, enseguida les ordenó a las enfermeras, que la limpieza en la cirugía se realizara tres veces al día. Enseguida los doctores (tres) proceden a limpiarme la cirugía, y sin piedad alguna me abren la herida de la cirugía, sin anestesia, por lo que mi esposa se sorprendió al ver cómo me abrían la parte de la cirugía, y yo quejándome del dolor. Mi esposa le dijo al doctor que porqué no me adormecían para que no sufriera tanto, y éste respondió `que no se podía, porque con la infección no le hace efecto la anestesia y si la calentura no cede, se tendrá que abrir aun más la cirugía´. En ese momento me mandó a bañar, con la herida abierta para que me cayera el chorro del agua directa en la herida, lo que nos molestó por la falta de sanidad e inconsciencia con la que actuaba. Los fines de semana eran los peores días para mí como para mi esposa, porque me atendía una enfermera de mal carácter y poco profesionalismo.- El día 27 de diciembre del 2010, me pasaron a quirófano nuevamente para hacerme un rastreo, que al parecer no tuvo éxito, porque no noté ninguna mejoría y fue tanta nuestra desesperación por no ver buenos resultados, que mi esposa acudió con el Director del Hospital



Regional Universitario, quien le dijo: `su esposo no es el único que se encuentra grave en este Hospital`. Posteriormente acudió con la jefa de enfermeras del turno de la mañana, quien al parecer, les llamo la atención a las enfermeras para que me atendieran un poco mejor. Pero yo seguía empeorando y comencé a vomitar con frecuencia y a defecar inconscientemente, es decir, sin darme cuenta, en varias ocasiones machándome la bata y la ropa de cama, vomitaba tanto que no le daba tiempo a mi esposa de tirar lo primero que sacaba cuando ya estaba vomitando de nuevo. Para entonces el personal médico ya casi no hacía caso de mí. Me encontraba sin fuerzas y casi inconsciente, por la noche una enfermera me aplicó una inyección y quede inconsciente y dice mi esposa que parecía que estaba muerto, ya no supe de mí, no me daba cuenta si vomitaba o me hacía del baño, me torturaron tanto que me tronaron las venas y ya no tenía donde me pusieran el suero, por lo cual decidieron ponerme un catéter para el suero. El día 30 de diciembre me vuelven a intervenir quirúrgicamente y ni a mi esposa ni a mi prima, les dijeron para qué era la cirugía. Salí muy grave, por lo cual mi esposa se vio en la necesidad de llamar al Doctor C2, médico particular quien al examinarme y ver lo grave que me encontraba, le dijo a mi esposa y a mis hermanos, que era urgente que me trasladaran a otro hospital, de lo contrario sería demasiado tarde, por lo cual mi esposa le dijo a los doctores del Hospital Regional que me iban a sacar, a lo que ellos respondieron que yo estaba muy mal y que si me sacaban era bajo su responsabilidad.- El día 31 de diciembre como a las 16:00 horas, me dan la alta, pero bajo mi responsabilidad. Mi esposa solicitó una ambulancia al mismo Hospital Regional, pero no hubo, y por ese motivo solicitó una particular para trasladarme a la Clínica San Francisco, fui atendido de inmediato bajo el diagnóstico de SEPSIS ABDOMINAL, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, EVENTRACIÓN, ABDOMEN CONTENIDO CON BOLSA DE BOGOTÁ, FUGA BILIAR CONTROLADA, CPRE CON ENDOPRÓTESIS, POST OPERADO,



COLECISTECTOMÍA ABIERTA POR PIOCOCLECISTOS. A fin de justificar mi salida del Hospital Regional Universitario, se levantó constancia mediante un resumen clínico fechado el día 31 de diciembre del 2010, firmado por el Dr. Bernal, dicho resumen se transcribe íntegro, y dice: `ingreso al Hospital Regional Universitario una persona masculino de 62 años de edad con antecedentes de c.c. colecistectomía abierta secundaria a piocolecisto realizada el 14 de diciembre del mismo año, se egreso por mejoría clínica. Posteriormente el paciente regresa al mismo día a urgencias por presentar cuadro doloroso abdominal con presencia de líquido biliar por el drenaje (el sit del penrose). Se realiza CPRE que reporta integridad de la vía biliar, se coloca endoprotesis y un US que reporta líquido libre subdiafragmático y por encima del segmento VIII de ounaud, se realizar cirugía drenando biloma de aproximadamente 300ml. Se deja drenajes tipo Saratoga presentando gastos de aproximadamente 160ml/d característica biliares. El paciente presenta dolor abdominal generalizado, por lo que se le solicita nuevo rastreo abdominal reportando colección subfrenica derecha de 1290cc, se realiza aseo quirúrgico y drenaje con un gasto de 1300cc serobiliar.- Durante su estancia se observa salida de material vinoso por la herida encuentran dos eventraciones de la misma, posteriormente comienzan con exudado purulento a través de la herida, se toma cultivo que reporta klebsiella pneumoníe y pseudomona aeruginosa sensible a amicacina, gentamicina, imipenem, piperazilina/tazobactam, por lo que se cambia esquema de acuerdo a sensibilidad. El día de ayer se pasa a quirófano donde se realiza aseo quirúrgico con degradación de zonas de necrosis en la pared abdominal se deja con bolsas de bogotá y curaciones por irrigaciones en sus cama y aseo quirúrgico seriados. Actualmente el paciente y familiares solicitan alta voluntaria de este hospital. Nota medica que firma el C3 (foja 19 del legajo de pruebas). En la clínica San Francisco, bajo la supervisión del Dr. C4 C2, el día 10 de Enero del 2011, se realizó la primera laparotomía, la cual se transcribe:

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



laparotomía exploradora, drenaje y aseo de cavidad con los siguientes hallazgos: abdomen congelado, imposible acceder a cuadrantes superiores. Cuadrantes inferiores limpios, sin colecciones, no se observa a ese nivel fuga biliar ni material purulento. Asas de delgado sin edema ni distensión. Aponeurosis muy retraída con placas de fibrina. Se realiza drenaje Saratoga, previa toma de muestra para cultivo. Dos días después se realiza el TAC abdominal sin evidencias de colecciones intrabdominales, con prótesis biliar bien colocada, con evidencias y reporte de pancreatitis aguda clasificación de Balthazar O, por colección peri pancreática de 4ml, instaurando tratamiento médico conservador. La evolución clínica del paciente hacia la mejoría, se retira sonda naso gástrica y se inicia con vía oral a bases de líquidos. Curso con tos seca, se realiza tele de tórax evidenciando derrame pleural derecho del 20%, aumentando en frecuencia la terapia pulmonar. Se realiza nuevamente otra intervención quirúrgica el día 3 de enero 2011, aseo de cavidad abdominal y cambio de bolsa de bogotá, sin evidencia de bilomas, continua con abdomen abierto congelado. Se reciben resultados de cultivo del día 31 de enero 2010, con reporte de Candida Albicans, se administra fluconazol. El día 7 enero 2011 se realiza el cierre de abdomen de TCS y de piel, quedando con hernia ventral programada. La evolución clínica satisfactoria sin datos de infección de la herida. Se egresa con mejorías el día 11 enero 2011 con los siguientes diagnósticos: sepsia abdominal remitida, infección de herida quirúrgica remitida, cierre quirúrgico de eventración, fuga biliar ausente, endoprotesis funcional. Este documento fue firmado a puño y letra por Dr. C4 C2 (...)."

2.- Acuerdo de inicio de fecha 24 veinticuatro de febrero de 2012 dos mil doce, mediante el cual, se admite la queja presentada. Igualmente, se le solicita al Doctor AR1, Secretario de Salud y Bienestar Social en Colima, rinda el informe respectivo en un plazo de ocho días naturales.

"2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS"



3.- En fecha 02 dos de marzo de 2012 dos mil doce, se recibe en esta Comisión de Derechos Humanos, el informe suscrito por el Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud del Estado de Colima, con número de oficio 5002-UJ-077/2012.

4.- Comparecencia del día 22 veintidós de marzo de 2012 dos mil doce, en la cual se le pone a la vista del quejoso el informe rendido por la autoridad señalada como responsable. En dicha comparecencia el agraviado solicitó a este organismo protector de los derechos humanos, el envío del expediente de queja 075/2012, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de que peritos forenses realizaran una opinión médica de la atención que recibió en el Hospital Regional Universitario.

5.- En fecha 03 tres de octubre de 2012 dos mil doce, se recibe en esta Comisión de Derechos Humanos, el oficio número CNDH/SVG/DG/315/2012, de fecha 25 veinticinco de septiembre de 2012 dos mil doce, signado por el Director General de la Segunda Visitaduría de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por medio del cual manifiesta que se remite la Opinión Médica realizada sobre la atención brindada al señor Q1, atribuible al personal médico del Hospital Regional Universitario del estado de Colima.

II. EVIDENCIAS:

1.- Escrito de queja suscrito por el quejoso Q1, recibido en esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha 24 veinticuatro de febrero de 2012 dos mil doce.



2.- Informe médico de fecha 29 veintinueve de febrero de 2012, firmado por el Dr. AR1, Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud del Estado de Colima, solicitado por esta Comisión de Derechos Humanos, que a la letra dice:

“(...) 1.- Que de la información que usted solicita, respecto de la queja presentada por el C. Q1, por presuntas violaciones a sus derechos humanos, cometidas al parecer por personal adscrito a estos Servicios de Salud, informo a usted que efectivamente y en base a los archivos que se tienen en el HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO, el C. Q1, fue atendido en dicho establecimiento de salud de acuerdo a los protocolos que se manejan respecto del ingreso de pacientes, y que fue atendido de manera precisa por el personal médico y paramédico del Hospital Regional Universitario, dependiente de estos Servicios de Salud a mi cargo, ya que en un manejo exclusivamente interno de acuerdo al Diagnóstico que presentaba ‘Infección de Vesícula o Pícolecisto’ hizo que el paciente quedara hospitalizado y atendido de acuerdo a los protocolos establecidos y con la innegable condición de no atentar contra la dignidad humana, las garantías individuales y el pleno desarrollo del paciente.

2.- Es de señalar, que de acuerdo a la evolución presentada por el paciente, C. Q1, fue la esperada ya que en una intervención quirúrgica de este tipo, las consecuencias colaterales son inevitables, por tanto, en este caso específico todo había salido bien, sin embargo reitero las consecuencias están latentes, por lo que el día 18 de diciembre se decide pasarlo a urgencias donde fue canalizado administrándole medicamento para el dolor, y dado el diagnóstico presuntivo era necesario le practicaran un estudio de Colangiopancreatografía Endoscópica, misma que fue realizada en el medio particular dada la desesperación en la que se encontraba el paciente, cabe hacer mención, que el



traslado del Hospital a la Clínica, y viceversa fue realizado en una ambulancia perteneciente al Hospital.

3.- Es evidente, de acuerdo a lo que se vislumbra respecto de la atención proporcionada al paciente Q1, es la que en la medida de las posibilidades y respecto de la urgencia fue la indicada, aclarando que todo el protocolo utilizado fue el que de acuerdo al caso que nos ocupa llevaron a cabo los médicos y el personal paramédico del Hospital Regional Universitario, por lo que no se puede deducir una omisión, falta de pericia o negligencia médica por parte de dicho personal ya que el egresó en una primera intervención fue por mejoría clínica y posteriormente regresó a urgencias por presentar dolor abdominal a lo que se solicitó nuevo rastreo abdominal lo que dio como consecuencia se le realizara un aseo quirúrgico y drenado, hasta ahí la mejoría era la esperada repito de acuerdo al diagnóstico presuntivo y a las consecuencias colaterales propias de la cirugía que le fue practicada y que en este caso específico los familiares dado el desconocimiento y la desesperación que vivieron con el paciente, mal interpretaron la evolución y desarrollo que se tuvo post-operatoriamente hablando, ya que fue él quien autorizó su cirugía, y en ningún momento sufrió desatención por parte del personal médico y paramédico del HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO, lo anterior, por lo que refiere el paciente de que en el hospital no le hacían caso, motivo por el cual deciden llevarlo a una Clínica Particular, específicamente `CLÍNICA SAN FRANCISCO´ por lo que en este caso, hace que el quejoso dude de la buena práctica llevada a cabo en el hospital, ya que en un análisis preciso y apegado a la praxis médica, las complicaciones reitero se presentan, aunado a que sin haber terminado el tratamiento, solicitaron ellos mismos el alta voluntaria, misma que se encuentra agregada al expediente a fojas No. 42, lo que originó complicaciones al paciente y una falta de responsabilidad por parte de los



familiares al exponerlo de esa manera, por lo que considero que no existe responsabilidad de parte del personal médico que lo atendió ya que bien sabían que existía el respaldo de la Institución que represento para darle seguimiento y atención a su caso, lo que no sucedió, repito ante la decisión del paciente y sus familiares de llevarlo a la mencionada Clínica Particular, reitero y lo señalo de nueva cuenta que fue el diagnóstico protocolario que dio lugar a que se interviniera el paciente, caso contrario estaba en riesgo de perder la vida, por lo que se deduce que la actuación brindada al Q1, no desprende responsabilidad o negligencia alguna para que se pudiera pensar por parte de esa Comisión que la complicación del paciente haya sido como consecuencia de una supuesta mala práctica o falta de atención médica de dicho Hospital Regional Universitario.

4.- Por otro lado y respecto a lo que señala el quejoso de que ante la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico, se ventiló el caso como instancia conciliadora, es cierto sin embargo no se logró la conciliación debido a las inconsistencias respecto de los comentarios vertidos, por parte de los quejosos que dieron lugar a NO desahogar la etapa conciliatoria misma que no se desarrollo ante la dicha Comisión, y en la que el asunto quedó totalmente concluido por haberse negado a firmar actuaciones y haber manifestado su decisión de no continuar, lo que orilló a estos Servicios de Salud a desistimos de la instancia (...)."

Al informe que rindió la autoridad responsable, se acompañaron 61 sesenta y un fojas útiles, consistentes en el expediente Clínico del quejoso Q1, del que se resaltan las siguientes:



a) Nota médica del servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario, de fecha 14 catorce de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 08:09 ocho horas con nueve minutos. En la que entre otras cosas se plasma: Nota médica.- PROBLEMA: refiere 5 días con dolor cólico en flanco e hipocondrio derecho que se le irradia a región lumbar que le provoca inicialmente vómito de contenido biliar y ataque al estado general.- Síntomas: Cólico biliar.- Objetivo: Inspección General, Paciente masculino de 62 años obeso con fascia dolorosa y posición antálgica, aprensivo, buena coloración de tegumentos, mucosas orales bien hidratadas.- Cabeza: Normocéfalo sin endos ni exostosis, ojos simétricos pupilas isocóricas normorefléxicas, orofaringe sin alteración.- Cuello: Cilíndrico sin adenomegalias.- Tórax: CsPs limpios y bien ventilados no se auscultan estertores.- Región precordial: Área cardiaca dentro de límites normales ruidos fuertes audibles rítmicos a fc 65 por min sin fenómenos agregados.- Abdominal: Globoso por panículo adiposo, con dolor a la palpación en flanco derecho con Murphy positivo se palpa plastrón por prob vesícula muy dolorosa a la palpación.

Análisis: Paciente que ha consultado en varias ocasiones por el mismo cuadro clínico al parecer se trata de una piocolecisto.- Diagnósticos: Colecistitis aguda (primera vez).- Estudios de gabinete: Ultrasonografía diagnóstica del aparato (ultrasonido hepático y vías biliares).- Indicaciones: Solución fisiológica 1000 cc para 12 horas. Butilhioscina amp IV cada 8 horas. Metoclopramida 10 mgs IV cada 12 horas. (sic)

b) Nota médica de ingreso a piso de cirugía general de fecha 14 catorce de diciembre de 2010 dos mil diez, sin hora, firmada por el Dr. AR2, en la que entre otras cosas dice: Nombre: Q1.- Edad: 62



Antecedentes personales patológicos: Cirugías previas (+) colocación paca y RAFI de Fx. expuesta de cadera y codo derecho 82002 y 1998 respectivamente), alergias (-), fractura (+) lo comentado, transfusiones (-), crónico-degenerativas (+) HAS 13 años evolución tratada con amlodipino.

Antecedentes personales no patológicos: Etilismo (+) desde 13 años Tabaquismo de 15 años hasta los 42, 1 cajetilla diaria, toxicomanías (-)

Antecedentes heredo-familiares: Hermano diabético. Resto de familiares en aparente buen estado de salud.

Padecimiento actual: Inicia hace 5 días con dolor abdominal en flanco derecho de HCD con irradiación subescapular de inicio lento tipo cólico con exacerbaciones posterior a la ingesta de colecistoquinéticos, acompañado de nauseas y vómitos contenido gastroalimentario postprandial tardía y mejorando el dolor posterior a la emesis, niega datos de "coletas" acude por exacerbación del dolor.

Exploración física: Tranquilo, consiente, regular estado hídrico, campos pulmonares limpios bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen globoso a expensas de panículo, peristalsis regular, blando, depresible, punto cístico (+), Murphy (+), datos de irritación peritoneal también dolor en FD y FID.

USG vesícula aumentada de tamaño 11 x5x6 cms con lito enclavado de 4 mm, en cuello de 3.5 mm, BH leucocitosis de 22,000 con neutrofilia 2%, se sospecha cuadro de piocolecisto en espera de quirófano.

IDx: Pble piocolecisto. (sic)

Dr. AR2



c) Nota postquirúrgica de fecha 15 quince de diciembre de 2010 dos mil diez, de las 03:10 tres horas con diez minutos, firmada por los Drs. AR2, que a la letra dice:

NOTA POSQUIRÚRGICA

15/12/10

Dx Preqx: posible piocolecisto.

Dx postqx: piocolecisto.

Cx proyectada y realizada: colecistectomía abierta

Cx: Dr. AR2.

Ayudantes: MIP Tintos/R3CG Villa

Anestesia: BPD

Anestesiólogo: Dr. C5/R2A

Instrumentista: Enf. Alma

Circulante: Enf. Meche.

Hallazgos: vesícula aumentada de tamaño, edematosa, pared engrosada de 5 mm dimensión vesícula de 12x6x4 cms, necrosis y gangrena del fondo lito de 5x3 cms.

Incidentes: Ninguno

Sangrado: Escaso

Tipo de cirugía: Contaminada

Cuenta de textiles y material quirúrgico completo. (sic)

d) Nota de evolución de cirugía general y valoración conjunta, de fecha 15 quince de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 05:08 cinco horas con ocho minutos, firmada por el C6, que a la letra dice:



EVOLUCIÓN CIRUGÍA GENERAL Y VALORACIÓN CONJUNTA

15/12/10

5:08

TA: 121/81

FC: 69x'

FR: 20x'

T: 36.1 °C

ES" ES"

Masculino de 62 años con dx picolecisto PO colecistectomía abierta a sus primeras horas postquirúrgicas.

Se refiere con dolor en herida quirúrgica, en ayuno, diuresis (+), sin canalizar gases.

Se encuentra con SV normales, regular estado hídrico, campos pulmonares limpios bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen globoso a expensas de panículo, peristalsis disminuida, blando, depresible, con dolor perilesional, herida quirúrgica sin descubrirse apósito gasto hemático residual, penrose gasto sero-hemático, resto sin alteraciones aparentes.

Evolución primeras horas postquirúrgico favorable sv normales, febril, sin datos de fuga biliar.

Continuamos ayuno, analgesia, antibióticos, medidas generales, se hace hincapié en deambulación, en vigilancia postoperatoria. (sic)

e) Nota de evolución de cirugía general de fecha 17 diecisiete de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 06:44 seis horas con cuarenta y cuatro minutos, firmada por los C6, que a la letra dice:

EVOLUCIÓN CIRUGIA GENERAL

"2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS"



17/12/10

6:44

TA: 130/80

FC: 87x'

FR: 18x'

T: 37.3 °C

ES"ES"

Masculino de 62 años con diagnóstico piocolecisto PO colecistectomía en su 2do. Día PO.

Se refiere asintomático tolerando vía oral, diuresis (+), canaliza gases sin evacuar.

Se encuentra con sv normales, regular estado hídrico, campos pulmonares limpios bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen peristalsis regular, globoso a expensas de panículo, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sin resto no dehiscentes penrose escaso gasto biliar 2cc, resto sin alteraciones aparentes.

Evolución hacia la mejoría tolerando vía oral, ayer se movilizó penrose gasto biliar escaso, continúa analgésico, antibióticos, medidas generales.

Prealta. (sic)

f) Nota médica de alta de fecha 17 de diciembre de 2012, firmada por el Dr. Rosales, que a la letra dice:

HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Unidad médica que contra refiere

Nombre: Q1

Servicio Cirugía General

MANEJO DEL PACIENTE

"2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS"



RESUMEN: Paciente masculino de 62 años de edad que inicia 5 días previos a su ingreso, con dolor abdominal en flanco derecho e hipocondrio derecho con irradiación sub escapular de inicio lento tipo cólico exacerbaciones. Posterior a la ingestas de colecistoquinéticos, acompañado de náusea y vómito, de contenido gastroalimentario, postprandial tardío mejorando el dolor posterior a la emesis, niega datos de colestasis acude por exacerbaciones del dolor. Se reporta ultrasonido con patrón ecográfico heterogéneo, denso puntiforme, difuso a determinar, se decide la intervención quirúrgica, se realiza sin ninguna complicación, actualmente el paciente se encuentra estable sin datos de infección, tolerando lavado. Por lo que se decide su egreso.

Diagnostico de ingreso: piocolecisto.

Diagnostico de egreso: PO colecistectomía abierta.

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción:

Alta a su domicilio.

Curaciones diarias con agua y jabón y retiro de puntos en 7 días.

Medicamentos, paracetamol 500 mg 1 cada 6 horas en caso de Ciprofloxacino 2520 mg 2 tab cada 12 horas por 7 días.

Cita a consulta externa de cirugía.

Acudir a urgencias en caso de dolor y/o infección de herida. (sic)

g) Valoración de Triage de fecha 18 de diciembre de 2010 a las 00:42 horas, sin firma, que a la letra dice:

FORMATO DE TRIAGE

Prioridad: 111

Fecha: 18/12/2010

Hora: 00:42

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



Nombre: Q1

Edad: 62

Motivo de la consulta: Dolor /triage

Glasgow 4/4 6/6 5/5 15/15

Alerta

Signos vitales

T A 100/70 FC68

FR 24

T°36.5

PULSO Regular

GLUCEMIA 0

AYUNO NO

NOTA MÉDICA

Problema: dolor abdominal

Síntomas: paciente que acude a consulta por referir dolor en HD y flanco derecho, ya había acudido a esta unidad y se le dio manejo con enema, paciente PO de colecistectomía egresado por mejoría el día de hoy.

Objetivo:

Inspección general: Abdomen distendido, dolor a la palpación en HD, peristalsis presente.

Análisis: dese. Pancreatitis.

Diagnóstico: (K52.9) Colitis y gastroenteritis no infecciosas, no especificadas.

Indicaciones:

Procedimientos:

Enviar a: Consultorio de Urgencias. (sic)

h) Nota de urgencias de fecha 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 12:58 doce horas con cincuenta y ocho minutos, sin firma, que a la letra dice:

Nota de Urgencias



Especialidad o Servicio:

Folio de Urgencia:

Fecha:

Urgencia

80929

18-12-2010

12:58:59 AM.

Unidad Médica

Municipio

Entidad

Colima

Colima

Colima

Nombre del paciente: Q1

Sexo

Femenino

Edad: 62 años 11 meses.

Peso

No. De Afiliación

Peso

Talla

0602004215

99.600

(ilegible) (Obesidad

en 2do. Grado)

Nombre del Médico: C7 Especialidad: Urgencias Cédula

Profesional: 5687227

Somatometría y signos vitales:

Temperatura: 36.5 °C (normal)

Frecuencia Cardíaca: 68/min

Sistólica: 100 mmHg (Normal Baja)

Frecuencia Respiratoria: 24/min

Diastólica: 70 mmHg (Normal Baja)

Glucemia: 0 mg/dl

Nota médica:

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



Problema: Masculino de 62 años de edad, que acude al servicio por presentar dolor abdominal - de colecistectomía abierta.

Síntomas: pa. Lo inicia hace dos días al realizarle colecistectomía abierta el día de ayer, refiere haber sido dada de alta. Posteriormente presento dolor abdominal acudiendo al servicio tratado con edema evacuante y posteriormente es dado de alta, nos refiere canalizar gases, por lo que acude al servicio para su manejo.

Objetivo: inspección general: Paciente inquieto con buena coloración de piel y tegumentos, cráneo sin alteraciones, cardiopulmonar sin alteraciones, refiere dolor en tórax posterior que se aumento con la palpación, abdomen distendido, herida de colecistectomía sin datos de infección, herida de dren, presenta escasa secreción serosa, peristalsis presente. Miembros inferiores normales.

Análisis: Niega dm.

Has de 13 años de dx tratado con norvas 1 cada 24 horas.

Tabaquismo negado.

Alcoholismo ocasional sin llegar al estado de embriaguez

--- de abdomen no muestra niveles ni dilatación de asas.

IDx ... Sx doloroso abdominal

Po colecistectomía

Diagnostico:

(R10). Dolor abdominal localizado en parte superior (primera vez)

Plan:

Dieta: No aplica

Cuidados: No aplica. (sic)

i) Historia clínica de cirugía de fecha 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, sin hora, firmada por la R2 Hiram Íñiguez, que a la letra dice:

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



Historia Clínica Cirugía

Fecha: 18-12-10

Nombre: Q1

Sexo: Masculino

Unión Libre

Fecha de nacimiento: 15/01/48

Secundaria

Lugar de nacimiento: Michoacán Lugar de Residencia: Colima, Colima

Antecedentes heredo-familiares:

Diabetes: Si Cuales: Hermano

Hipertensión: No

Otros: No

Cáncer: No

Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo: Si Inicio: 15 años Fin: 42 años Cig/día: 1
cajetilla/día

Alcoholismo: Si Inicio: 13 años Fin: Continua Intenso: No

Toxicomanías: No

Grupo Sanguíneo: B Rh: Positivo

Antecedentes personales patológicos:

Diabetes: No

Hipertensión: Si Tiempo: 13 años Manejo: Normal

Transfusiones: Si

Quirúrgicos: Si Fx expuesta de cadera y codo derecho en 2008 con reducción
abierta, colecistectomía hace 5 días.

Alérgicos: No.



PADECIMIENTO ACTUAL:

Presenta cuadro doloroso abdominal generalizado de dos días de evolución acompañado de hiporexia y salida de líquido biliar del sitio del penrose. Acude a urgencias donde se le solicita US abdominal que reporta líquido libre subdiafragmático, izquierdo, en espacio de morison y por encima del segmento VIII del hígado. Se realiza CPRE donde se coloca endoprótesis, con mejoría del gasto hilio. Se realiza cirugía de urgencia por cuadro de irritación peritoneal, se localiza bilioma de 300 mi aproximadamente, paciente hospitalizado con buena evolución.

Exploración física

T/A: 100/70 PESO: 100

CABEZA Y CUELLO: Cráneo normocéfalo, pupilar reactivas, isocóricas, reflexivas, cuello sin adenomegalias ni soplos.

TÓRAX: Brevilíneo, simétrico, CsPs ventilados sin agregados, RsCs rítmicos sin soplos.

ABDOMEN: Globoso a expensas de panículo adiposo, con herida quirúrgica sin datos patológicos, con dolor leve en el sitio quirúrgico y hacia parte superior del abdomen con sitio del penrose gasto biliar, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal.

GENITALES: Adecuados para la edad y el género, no se aprecian lesiones papulosas, verrugosas, meato urinario adecuadamente implantado, testículos no doloroso a la palpación.

PIEL: Hidratada, buena coloración de piel y tegumentos, sin presencia de vesículas, pápulas, escamas o alguna otra lesión dérmica.

EXTREMIDADES: Simétricas, adecuada movilidad, sensibilidad presente, pulso presente, llenado capilar menor de 2 seg, sin afecciones dérmicas.

IMPRESIÓN (ES) Fistula Biliar



Elaboró la historia: Hiram Íñiguez R2. (sic)

j) Nota de ingreso al servicio de cirugía general de fecha 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, sin hora, firmada por el Dr. C8, que a la letra dice:

NOTA DE INGRESO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Se trata de masculino de 62 años de edad con antecedentes de importancia HAS de 13 años de evolución manejado con Novak, Fx de cadera hace 20 años, y colecistectomía abierta el 15 de diciembre.

Ingresar por presentar cuadro doloroso abdominal generalizado de dos días de evolución, hiporexia, y presencia de salida de líquido biliar abundante cantidad por el sitio de drenaje del penrose.

Se encuentra en urgencias a la exploración abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, con presencia de exudado biliar abundante por el sitio del penrose. Se ingresa a piso para manejo.

Paciente que a cirugía previa, colecistectomía abierta, se encontró una vesícula biliar de 13x6 cm. listo de 5x3 cm, menciona que durante la ligadura del conducto cístico "hay desgarramiento del mismo, ligándose y colocando un surgicel" durante su estancia intrahospitalaria presentó un gato a través de penrose de aspecto biliar, pero este disminuyó considerablemente a ser casi nulo, por lo que por mejoría se dio de alta.

Al paciente se le solicitara CPRE a valorar a integridad de la vía biliar, ya cuenta con un US abdominal que reporta líquido libre subdiafragmático izquierdo, espacio de morrison, y por encima el segmento VIII.

IDX Fistula Bilio-cutánea



Desc. Lesión Biliar. (sic)

k) Nota de valoración de cirugía general del 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 2:00 dos horas, firmada por los Dr. C8 y los residentes C9, que a la letra dice:

NOTA DE VALORACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

18/12/10 2:00 horas

Se trata de paciente masculino de 62 años el cual esta cursando sus primeras 12 horas de egresado del servicio de cirugía general por el cuadro de pirolecisto post-operado de colecistectomía abierta, el paciente refiere dolor lumbar, poco dolor posquirúrgico.

Paciente masculino buen estado de hidratación, buena coloración de piel y tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso no distendido, peristalsis disminuido, sin datos de sangrado de la herida quirúrgica o fuga del orificio del penrose, no datos de irritación peritoneal.

Se le solicitan laboratorios, y USG abdominal, por la mañana.

Paciente por el momento hemodinámicamente estable, se mantendrá en observación.

Continúa con las mismas indicaciones. (sic)

l) Nota de valoración de cirugía y urgencias de fecha 18 de diciembre de 2010 a las 15:00 horas, que a la letra dice:

NOTA DE CXGX URG

18-12-10 15:00 horas

Enterados, se revalorara paciente, se encuentra se refiere asintomático, cedió el dolor, a la exploración abdomen blando, depresible, no doloroso a la



palpación profunda, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, presenta gasto serobiliar por el sitio del drenaje moderado.

Lab reporta BT2.4, BD1, BI 0.7, amilasa y lipasa normal. TGP y TGO normal. F alcalina 105. US reporta colédoco 6mm, liquido libre subdiafragmático, espacio de morrison y por encima del segmento VIII.

De ingreso a piso de cirugía a observación, se solicitara CPRE para valorar sitio de la fuga biliar.

Dr. C8 MBCG/Dr. C9 r2CG. (sic)

m) Nota de evolución y prequirúrgica, de fecha 20 veinte de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 9:30 nueve horas con treinta minutos, firmada por el Dr. C9 R2 de cirugía general, que a la letra dice:

NOTA DE EVOLUCIÓN Y PREQUIRÚRGICA.

20/12/10

9:30 horas

TA: 110/80

FR: 16x'

FC: 70x'

T: 36.5

DELICADO

Paciente masculino de 62 años de edad el cual está cursando su 3 día de EIH con el dx. De fistula biliar tiro a (Ámsterdam) post operado de colecistectomía abierta hace 6 días por piocolecisto.

Paciente actualmente de refiere con poco dolor abdominal con canalización esporádica de gases y una evacuación, el día de ayer se practico CPRE, reportando la fistula como tipo V, se le colocó endoprótesis en los estudios



post-CPRE, el paciente no presentó descenso de hemoglobina, ni elevación de enzimas pancreáticas falta sólo el control radiográfico.

Consciente se encuentra el paciente, orientado, tranquilo con ligera ictericia, buen estado de hidratación, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo peristalsis disminuida, no datos de irritación peritoneal, fistula con un gasto de 10 ml de características biliar, herida quirúrgica limpia sin datos de infección o de dehiscencia, extremidades integra, paciente estable, se le insiste en la deambulacion se iniciara la vía oral el día de hoy y se está en espera de toma de Rx de abdomen de control. (sic)

n) Nota de evolución de fecha 22 de diciembre de 2010 a las 06:00 seis horas, firmada por el Dr. C9 médico de base y el Dr. Pérez R2 de CG, que a la letra dice:

NOTA DE EVOLUCIÓN

22/12/10 6:00 horas

TA: 110/80

FR: 16x'

FC: 74x'

T: 36.5

DELICADO

Paciente masculino de 62 años de edad el cual está con el dx de fistula biliar tipo A, Postoperado de colecistectomía abierta no piocolecisto.

Consciente orientado, tranquilo con menos dolor abdominal, está canalizando gases sin evacuaciones, no ha presentado fiebre.

Consciente, orientado, tranquilo, con buena coloración de piel y tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, buen estado de hidratación, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, con herida quirúrgica limpia sin datos



de infección por el momento drenaje Saratoga funcional con un gasto en 24 horas de 166ml de características biliar, abdomen con peristalsis blando depresible poco doloroso no datos de irritación peritoneal. Paciente con buena evolución hacia la mejoría, se iniciara via oral a base de líquidos el día de hoy, se continuara con el mismo manejo a base de analgésicos, el drenaje, y antibiótico con terapia. (sic)

o) Nota de evolución de fecha 23 veintitrés de diciembre de 2010 dos mil diez, sin hora, firmada por el Dr. C9 médico de base y el Dr. C9 R2 de CG, que a la letra dice:

NOTA DE EVOLUCIÓN

23/12/10

TA: 120/80

FR: 16x'

FC: 76x'

T: 36.5

DELICADO

Paciente masculino de 62 años de edad el cual está cursando su 5 día de EIH con el dx. De fistula biliar tipo A más formación de billón drenado con antecedentes de post colecistectomía.

Paciente refiere distensión abdominal durante toda la noche, poca canalización de gases, no evacuaciones, afebril por el momento.

Conciente, orientado, tranquilo con referencia de dolor abdominal buen estado de hidratación, buena coloración de piel y tegumento cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen distendido, herida quirúrgica se encuentra salida de material serosanguinolento en la porción sugerir se retiran 2 puntos con salida de material serohemático en escasa cantidad se realiza curación, peristalsis



presente aunque disminuida, poco timpánico el abdomen, blando depresible, doloroso a la palpación en el cuadrante superior derecho, y peri-incisión no datos de irritación peritoneal se realiza tacto rectal no se encuentra material fecal en el ambula, no masa o alteraciones en el tacto.

Paciente estable, que continúa con íleo postquirúrgico, se le pide más deambulación y se agregó desde el día de ayer metoclopramida.

Continuara en ayuno hasta nueva orden, se solicitan laboratorios de control.
(sic)

p) Nota postquirúrgica, de fecha 24 veinticuatro de diciembre de 2010 dos mil diez, firmada por el Dr. AR2 y el Dr. R3 de cirugía general, que a la letra dice:

NOTA POSQUIRÚRGICA

12/10

Dx Preqx: Absceso múltiples residuales.

Dx postqx: Colección serobiliar residual + absceso de pared.

Cx proyectada y realizada: Drenaje + aseo quirúrgico

Cx: Dr. AR2.

Ayudantes: RSCG IR3CG Villa

Anestesia: BPD

Anestesiólogo: Dra. C10

Instrumentista: Enf. Julio

Hallazgos: Absceso de pared material serohematopurulento escaso, al ingresar a cavidad escaso liquido serobiliar, se realiza disección de espacio subfrénico



se encuentra nata o fibrina adosada y por detrás (esta entre hígado y pared lateral) salida de material serobiliar aprox. 1300cc

Incidentes: Ninguno

Sangrado: Escaso

Tipo de cirugía: Contaminada

Cuenta de textiles y material quirúrgico completo. (sic)

q) Nota de evolución de fecha 30 treinta de diciembre de 2010 dos mil diez, a las 06:00 seis horas, firmada por el Dr. C9 y el Dr. R2 de CG, que a la letra dice:

NOTA DE EVOLUCIÓN

30/12/10

6:00 horas

TA: 120/70

FR: 16x'

FC: 68x'

T: 36.5

DELICADO

Paciente masculino de 62 años de edad el cual está cursando su 12° día de EIH con el dx. de bilioma + absceso de pared y evisceración, post colecistectomía simple por picrolecisto y perforación vesicular.

El paciente se encuentra en mejores condiciones el día de ayer se colocó sonda NG mejorando la distensión no ha presentado vómitos con un gasto de 1900ml de características biliar en 8 horas, el paciente refiere escasa canalización de gases.

A la exploración consciente, orientado, tranquilo, con ligera --- 320 mi biliares de piel y tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso a



expensas de pániculo adiposo con abdomen abierto con herida quirúrgica un con gasto abundante purulento a nivel de la aponeurosis presencial del foco infeccioso, con tejido desvitalizado y mayor cantidad de material purulento, se realiza curación a las 2:00 horas del día de hoy, peristalsis ausente, no datos de irritación peritoneal.

Paciente con una evolución tórpida con mejoramiento de sus síntomas, sin embargo el paciente tendrá que ser pasado a quirófano para realizar aseo quirúrgico y debridación del tejido desvitalizado. (sic)

3.- Declaración del Doctor AR2, del día 19 diecinueve de marzo de 2013 dos mil trece, a las 12:14 horas, ante esta Comisión de Derechos Humanos.

III. SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Esta Comisión de Derechos Humanos tiene como finalidad la observancia, promoción, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos. En este orden de ideas, resulta competente para conocer de los acontecimientos descritos, ya que la parte quejosa atribuye al personal médico del Hospital Regional Universitario de Colima, violaciones de derechos humanos a la Protección de la Salud y una Negligencia Médica (impericia).

Precisado que fue lo anterior, lo procedente es abordar el estudio de los elementos y fundamentos que se deben acreditar para tener por configurado el Derecho humano de la: 1) PROTECCIÓN DE LA SALUD y 2) NEGLIGENCIA MÉDICA (Impericia).

1) “PROTECCIÓN DE LA SALUD”, es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo. A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer los siguientes derechos:

a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.

b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad, proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas, cuya supervisión corre a cargo del Estado.

c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud.

d) Derecho garantizado por el Estado para implementar las medidas necesarias para perseguir las acciones u omisiones que pongan en peligro la salud de los miembros de la sociedad (delitos contra la salud).

e) Derecho a que el Estado, dentro de sus posibilidades, implemente las medidas necesarias para fomentar y promover la cultura de la salud entre los miembros de la sociedad¹.

Este derecho encuentra su fundamento jurídico en los siguientes ordenamientos:

¹ Cárdenas Nieto, Enrique. *Estudios para la elaboración de un Manual para la calificación de hechos violatorios de los Derechos Humanos*. México. 2005. p. 504.

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4.- (...) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (...)

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima:

Artículo 1.- El Estado de Colima reconoce, protege y garantiza a toda persona, el goce de sus derechos consignados en la Constitución General de la República y los establecidos en esta Constitución.- (...) Con respecto a la vida, la libertad, igualdad y seguridad jurídica, se establecen las siguientes declaraciones: (...).- V. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la salud y a disfrutar de vivienda digna y decorosa. El gobierno del Estado y los gobiernos municipales promoverán la construcción de vivienda popular e inducirán a los sectores privado y social hacia ese propósito, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

Ley General de Salud:

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



salud que contribuyan al desarrollo social.- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I.- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.- II.- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.- III.- La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.- IV.- La atención materno-infantil.- V.- La planificación familiar.- VI.- La salud mental.- VII.- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.- VIII.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.- IX.- La promoción del mejoramiento de la nutrición.- X.- La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.



Artículo 33. Las actividades de atención médica son: **I.** Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; **II.** Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; **III.** De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y **IV.** Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.- Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Ley del Seguro Social:

Artículo 2.- La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.



Artículo 3.- La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 4.- El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 5.- La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores Del Estado:

Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República, y se aplicará a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes, de: I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto.- II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación.- III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros



de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal; IV. La Procuraduría General de la República.- V. Los órganos jurisdiccionales autónomos.- VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional.- VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley.

Artículo 2.- La seguridad social de los Trabajadores comprende: I. El régimen obligatorio, y II. El régimen voluntario.

Ley de Salud del Estado de Colima:

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: I.- El bienestar físico y mental del ser humano, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.- II.- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.- IV.- El desarrollo de actitudes responsables y solidarias de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; y VI.- El conocimiento de los



servicios de salud para su adecuado aprovechamiento y utilización.- VII.- Garantizar el acceso a los servicios de salud a los menores de edad, las mujeres, las personas con discapacidad y los adultos mayores.

Declaración Universal de Derechos Humanos², adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su resolución 217 A (III), en París, Francia; ratificada por México el 10 de diciembre de 1948, que al respecto señala:

Artículo 25.- 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.- 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³, aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948, firmada por México el 2 de mayo de 1948, que establece entre otras cosas:

Artículo XI.- Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la

² <http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/>

³ <http://www.cidh.org/basicos/Basicos1.htm>

"2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS"



vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴, adoptado en Nueva York, EUA, por las Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entra en vigor el 3 de enero de 1976. Ratificado por México el 18 de diciembre de 1980. Publicado en DOF: 12 DE MAYO DE 1981.

Artículo 12.- 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.- 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

2) “NEGLIGENCIA MÉDICA (IMPERICIA)”, este derecho consiste en cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada, que traiga como consecuencia una alteración en la salud del

⁴ <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”

paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico⁵.

Para definir la acción u omisión, debe mencionarse lo que se conoce como faltas médicas que son negligencia, impericia, precipitación e inobservancia de las normas jurídicas.

La negligencia se define como la omisión al cumplimiento de un deber, a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo.

La impericia consiste en la realización de actos con una carencia de conocimientos técnicos, científicos o destreza suficientes para realizar el procedimiento o cualquier otro acto relacionado con el ejercicio profesional, mismo que debe exigirse, de acuerdo con el grado académico real del profesional.

La precipitación es la actuación apresurada, cuando se cuenta con el tiempo suficiente para precisar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios, sean médicos o quirúrgicos.

La inobservancia de las normas sucede cuando no se realiza lo que al respecto indique la normatividad o la legislación de cualquier tipo.

En relación con el daño o mal efectivo y concreto, éste sucede cuando a consecuencia de cualquiera de las faltas anteriores se presume una complicación derivada de éstas. Ejemplos de ello son la muerte o agravamiento de lesiones o incapacidades por la falta de atención en caso de urgencia, cuya

⁵ Cárdenas, *op. cit.*, p. 523.



atención señala la ley como obligatoria, homicidio, muerte o los diversos tipos de lesiones por un procedimiento médico o quirúrgico que se complica de modo injustificado y ocasiona los resultados antes descritos, falta de comunicación, de la presencia de una epidemia, maltrato de menores, abandono social o ataque a una institución médica para consumar un crimen en un herido.

Este derecho está regulado por los siguientes ordenamientos jurídicos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4.- (...) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (...)

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima:

Artículo 1.- El Estado de Colima reconoce, protege y garantiza a toda persona, el goce de sus derechos consignados en la Constitución General de la República y los establecidos en esta Constitución.- (...) Con respecto a la vida, la libertad, igualdad y seguridad jurídica, se establecen las siguientes declaraciones: (...)- V. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la salud y a disfrutar de vivienda digna y decorosa. El gobierno del Estado y los gobiernos municipales promoverán la construcción de vivienda popular e inducirán a los sectores privado y social hacia ese propósito, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.



Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 8.- Las actividades de atención médica son: I.- PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y III.- DE REHABILITACION: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

Artículo 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

(...)

Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos:

Artículo 44.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, según la naturaleza de la infracción en que se incurra, y sin perjuicio de sus derechos laborales: I. Cumplir con la máxima diligencia el



servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión. (...).

Cabe señalar que los instrumentos internacionales citados en la presente recomendación, son válidos como fuentes del derecho de nuestro país en tanto éste es Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. Además, de acuerdo a lo establecido por el artículo 1, párrafos primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por el arábigo 1, párrafo primero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima, en relación con el artículo 133 de nuestra Carta Magna, que al efecto señala: *“Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados”*; los instrumentos internacionales tienen relevancia dentro de nuestro orden jurídico, y constituyen norma vigente, por lo que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia de sus derechos humanos.

IV. OBSERVACIONES

Después de haber referido los Derechos Humanos vulnerados en el presente asunto de queja, y los fundamentos legales que tanto a nivel local, nacional e internacional existen al respecto, lo procedente es valorar los medios

de convicción que obran en el expediente CDHEC/075/12, conforme a los principios pro persona y legalidad, atendiendo lo preceptuado por los párrafos segundo y tercero, del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el arábigo 39, de Ley Orgánica de esta Comisión de Derechos Humanos, que a la letra señalan:

“Artículo 1º.- (...)

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

(...)

Artículo 39.- Las pruebas que se presenten por los quejosos, los terceros interesados, las autoridades o servidores públicos a los que se imputen las violaciones, o bien que la Comisión recabe de oficio, serán valoradas en conjunto por el Visitador, de acuerdo con los principios de la lógica y la experiencia, a fin de que puedan producir convicción sobre los hechos reclamados.



Del análisis lógico jurídico que realizó el personal de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al conjunto de evidencias del expediente en estudio se advierte que la atención brindada en el Hospital Regional Universitario de Colima, perteneciente a la Secretaría de Salud del estado, al señor Q1, no fue la adecuada, en atención a lo siguiente:

Las lesiones de la vía biliar se pueden producir por múltiples causas, siendo las lesiones iatrogénicas de la vía biliar las más frecuentes. Son situaciones clínicas complejas producidas en pacientes aparentemente sanos que se asocian a una morbilidad importante y una mortalidad baja pero no despreciable. Un tratamiento correcto requiere un alto nivel de sospecha en el intraoperatorio y en el postoperatorio inmediato, y un abordaje multidisciplinario entre cirujanos, radiólogos y endoscopistas para ofrecer al paciente el mejor diagnóstico inicial, las mejores opciones terapéuticas y el mejor manejo y seguimiento de las complicaciones.

Estas lesiones que se presentan en la Vía Biliar Principal tienen una repercusión clínica, económica, social, laboral, y judicial muy importante e inclusive pueden comprometer la vida del paciente. La lesión de la Vía Biliar Principal la consideramos la complicación más importante que se puede presentar durante una intervención quirúrgica de Colectomía Convencional o Colectomía Video laparoscópica. En realidad esta complicación puede presentarse durante la realización de múltiples procedimientos quirúrgicos siendo los más frecuentes: Colectomía; Exploración de la Vía Biliar Principal-Colédoco; Anastomosis bilio-digestiva; Gastrectomía; Cirugía hepática; Cirugía de colon; Colectomía laparoscópica.

Una lesión de la vía biliar principal (VBP) es la Obstrucción (Ligadura - Clipado - Estenosis cicatricial) o la sección total o parcial de la VBP o de cualquier conducto aberrante que drena un sector o segmento hepático. Es importante tener en consideración que este tipo de complicación no debe ser tratada como tal, sino todo lo contrario es decir como UNA NUEVA PATOLOGÍA dándole la prioridad del caso.

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LIVB) son situaciones clínicas complejas producidas generalmente por los cirujanos en pacientes habitualmente sanos, asociadas a una morbilidad importante y una mortalidad baja pero no despreciable. Dentro de las LIVB, podemos diferenciar un grupo relacionado con la cirugía (colecistectomía, trasplante hepático y otros procedimientos) y un grupo no quirúrgico (terapias ablativas de tumores [radiofrecuencia], biopsias hepáticas, TIPS o radioterapia externa).

La mayoría de las LIVB se producen en el transcurso de la colecistectomía. Desde 1882 cuando Carl Langebuch realiza la primera colecistectomía abierta hasta la actualidad, las LIVB han sido una complicación inherente a esta cirugía debido al error perceptivo del cirujano. La colecistectomía laparoscópica (CL) ha disminuido el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, pero desgraciadamente ha incrementado algunas complicaciones como las LIVB. Un tratamiento correcto de las LIVB requiere un alto nivel de sospecha en el intraoperatorio y en el postoperatorio inmediato, y un abordaje multidisciplinario entre cirujanos, radiólogos y endoscopistas para ofrecer al paciente el mejor diagnóstico inicial, las mejores opciones terapéuticas, y el mejor manejo de las complicaciones y su seguimiento.

Diferentes clasificaciones de LIVB han sido propuestas basándose en el nivel anatómico de la lesión o el mecanismo de acción, pero llamativamente ninguna ha valorado factores como la sepsis, el estado hemodinámico del paciente o las comorbilidades asociadas. La presencia de lesiones vasculares asociadas generalmente en LIVB más proximales al hilio hepático y su influencia clínica es considerado en las Clasificaciones de Hannover, lau, Kapoor y Stewart- Way, pero no en las clasificaciones de Strasberg, Bismuth, Neuhaus, Csendes, McMahan, Siewert, Frattaroli y Ámsterdam. En general, ninguna de estas clasificaciones es aceptada como un estándar universal lo que reduce su utilidad clínica. Las más utilizadas son las clasificaciones de Strasberg.

Clasificación Strasberg LIVB. A) Fuga del muñón del conducto cístico o fuga de un canalículo en el lecho hepático. B) Oclusión de una parte del árbol biliar, casi invariablemente un conducto hepático derecho aberrante. C) Transección sin ligadura del conducto hepático derecho aberrante. D) Daño lateral a un conducto hepático mayor. E) Subdivida por la clasificación de Bismuth en E1- E5.

Entre los factores de riesgo tenemos los siguientes: Edad/sexo: los pacientes de edad avanzada y sexo varón tienen un riesgo incrementado de LIVB.

Malformaciones congénitas: la agenesia parcial hepática ha sido descrita como factor de riesgo.

Colecistitis aguda: las LIVB son 3 veces más frecuentes en las CL por colecistitis aguda, con una incidencia entre el 0,77-5,0% y es el mayor factor predisponente de LIVB.

Síndrome del conducto cístico oculto: cuando se disecciona el infundíbulo para la identificación del conducto cístico (CC) en la técnica infundibular, es posible que confundamos el hepato-colédoco con un cístico erróneamente identificado y lo seccionemos. Este hecho se favorece por la presencia de inflamación aguda o crónica, piedras grandes impactadas en el infundíbulo, adherencias entre la vesícula y el colédoco y vesículas intrahepáticas.

Anomalías anatómicas de la vía biliar (VB). El CC anómalamente puede unirse al colédoco muy cerca de la localización de los conductos sectoriales segmentarios, puede drenar en un conducto sectorial, así como en la convergencia de los conductos sectoriales anterior y posterior. La confluencia entre el CC y la VB principal puede ser angular (75%), paralela (20%) y espiral (5%). Con una implantación paralela, es posible dañar el exterior del colédoco con una quemadura térmica al disecar el CC por la proximidad.

Error percepción en CL y reconvertidas a abiertas: aunque la técnica de fondo a infundíbulo es un buen recurso para colecistitis agudas por vía abierta, cuando sospechas una fístula colecisto-coledocal, esta técnica en la cirugía laparoscópica puede llevar a lesionar el colédoco.

Tipo de abordaje. Las LIVB de CI son más graves y complejas por su localización más proximal, por su frecuente asociación con lesión vascular y por el mecanismo térmico asociado.

Experiencia del cirujano: aunque la experiencia es esencial para evitar altas cifras de morbilidad en cualquier cirugía, en las CL la curva de aprendizaje no parece ser el factor más importante a la hora de minimizar las cifras de las LIVB.

Existen múltiples técnicas para la prevención de las LIVB: utilización de una cámara de 30 grados, evitar el uso de la termocoagulación cerca de la VB principal, una disección meticulosa y la conversión a cirugía abierta cuando la anatomía sea incierta.

Se han copiado principios de navegación para disminuir las LIVB. En el caso de las colecistectomías abiertas se habla de un «fundus first technique». En las CL, el punto de referencia es el Surco de Rouvière. Dado que la causa principal de LIVB es la identificación errónea de la VB principal o un conducto aberrante como CC, el cirujano debe usar un método de identificación de la arteria y CC.

Surco De Rouvière: hendidura visible hasta en el 90% de los pacientes, que contiene el pedículo portal derecho e identifica el plano sagital de la vía biliar principal. La disección puede comenzarse de forma segura en un triángulo anterior y superior al plano del surco.

Entre los métodos empleados se destacan:

1. Método triestructura: debemos identificar durante la CL: CC, conducto hepático común y colédoco.

2. Método de Fischer: consiste en separar la vesícula completamente del lecho vesicular desde el fondo hacia el infundíbulo como en cirugía abierta, hasta que cuelgue de la arteria y el CC. Esto es especialmente difícil en caso de vesículas intrahepáticas o muy inflamadas. La separación de la vesícula del lecho hepático, también suele sangrar más, al no haberse ligado previamente a la arteria cística.

3. Técnica infundibular: consiste en la identificación del CC al unirse al infundíbulo vesicular. Es la técnica más empleada actualmente en la mayoría de los centros hospitalarios, presenta el inconveniente de no prevenir la LIVB en los pacientes con síndrome del conducto cístico oculto, por ello, distintos grupos sistemáticamente recomiendan el uso de la colangiografía intraoperatoria (CIO) con este tipo de técnica.

4. Técnica de la Vista Crítica de Strasberg: consiste en la disección y liberación del triángulo de Calot hasta exponer la arteria y el CC y exponer la base del hígado. Una vez se alcance esta vista, estas estructuras solo pueden corresponder al conducto y a la arteria cística. En casos de conductos aberrantes o en casos de vesículas muy inflamadas, se sugiere la exposición de la capa interna de la subserosa, optimizando la vista crítica.

5. Colangiografía: desde que en 1932 el argentino Pablo Mirizzi introduce la primera colangiografía intraoperatoria hasta la actualidad, su beneficio para prevenir la LIVB es debatido. La CIO puede ayudar a evitar las LIVB al menos por 3 causas: a) Muestra la diversidad del árbol biliar y sus anormalidades. b) Ayuda al cirujano a identificar pacientes con riesgo de LIVB por anatomías anómalas. c) Si la LIVB ha ocurrido, permite su identificación y reparación. La CIO ha demostrado tener beneficio especialmente cuando es utilizado por cirujanos con menos experiencia y si hay factores de riesgo. Otros estudios no

aceptan que la CIO prevenga la incidencia de LIVB y remarcan el incremento del tiempo total de cirugía.

6. Ecografía laparoscópica intraoperatoria: en un estudio multicéntrico reciente, se destacan sus ventajas para la prevención de LIVB aunque se trata de otro método muy caro y a veces no disponible en todos los hospitales, que no reemplaza completamente a la CIO pero que abre un futuro.

Diagnóstico:

Hay que mantener un alto nivel de sospecha para diagnosticar las LIVB. Podemos hablar de 3 escenarios posibles:

- a) Diagnóstico intraoperatorio «50%).
- b) Postoperatorio inmediato: pacientes que no estén clínicamente bien en las primeras 48h de la cirugía, o con bilis en un drenaje abdominal. Se puede acompañar de colestasis.
- c) Pacientes diagnosticados de un modo tardío con síntomas de colangitis e ictericia obstructiva.

La ecografía permite visualizar las colecciones líquidas y la dilatación de la VB, pero no informa del recorrido completo de la VB y de otros daños asociados.

Por ello, se recomienda como estudio diagnóstico inicial la TAC con contraste, ya que además de la información del ultrasonido, permite diferenciar el nivel de la lesión, el daño vascular asociado y la atrofia-hipertrofia hepática. El scanner con ácido iminodiacético (HIDA scan) ayuda al diagnóstico de las

fugas biliares, pero no delimita el nivel de la lesión y la anatomía biliar. La colangiografía por RM nos permitirá identificar la necesidad de realizar o no una CPRE por fugas de pequeños radicales biliares o fugas del muñón cístico, y nos informará de la presencia o no de coledocolitiasis. La RM colangiografía con manganeso es un método no invasivo, eficiente en el diagnóstico de las LIVB pero que requiere mayores series para su valoración.

El nivel de la LIVB en el árbol biliar puede visualizarse por colangiografía a través de la CPRE o CTPH. En casos de lesiones proximales al hilio, con transección, o con presencia de un conducto aberrante, la CPRE no logra dibujar el árbol biliar de un modo correcto, necesitándose la colangiografía anterógrada por CTPH.

El tratamiento de las LIVB es complejo, y multidisciplinario. Se requiere conocer: el tipo de lesión, la situación clínica del paciente, lesiones vasculares asociadas, factores locales hospitalarios.

Describimos brevemente unas generalidades sobre el tratamiento no quirúrgico y quirúrgico, resaltando la hepaticoyeyunostomía (H-Y). Posteriormente definimos un tratamiento según los tipos de Strasberg. El tratamiento endoscópico será ampliado en lesiones Strasberg tipo A.

a) Tratamiento no quirúrgico (endoscópico y radiológico intervencionista).

El tratamiento multimodal de la LIVB incluye el tratamiento endoscópico y radiológico intervencionista. Las técnicas de radiologías intervencionistas percutáneas van a requerir una continuidad bilioentérica, son menos invasivas y pueden ser más adecuadas en pacientes no candidatos a la cirugía, o aquellos

cuya anatomía hace la instrumentación endoscópica técnicamente muy difícil. El desarrollo de «stent» autoexpandibles cubiertos, específicamente diseñados para ser retirados posteriormente, puede cambiar próximamente el manejo de las estenosis benignas.

b) Tratamiento quirúrgico.

Hay tres parámetros pronósticos independientes del tratamiento quirúrgico de una LIVB que implican una pobre evolución postoperatoria y una tasa superior de complicaciones: 1.- LIVB proximal: técnicamente mucho más complejas de reparar y habitualmente asociadas a lesión vascular. 2.- Reparación en fase aguda: en LIVB agudas, la reparación inmediata es la mejor opción si el estado hemodinámico del paciente y las condiciones sépticas lo permiten. No existe evidencia para apoyar una reparación precoz o diferida cuando la LIVB es identificada días después de la lesión.- 3. Derivación tardía a un centro terciario: la reconstrucción biliar en un centro de referencia por un cirujano experto en LIVB, presentan mejor tasa de éxito, menor estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad. El momento en que se deriva a un centro terciario puede afectar drásticamente a la cirugía de reconstrucción biliar cuando se lleve a cabo.

c) Técnica quirúrgica

La anastomosis bilioentérica que ofrece los mejores resultados es la H-Y en Y de Roux. El asa desfuncionalizada garantiza la ausencia de reflujo intestinal dentro de la VB, y evita la colangitis ascendente. La anastomosis hepatoduodenal presenta una mayor tensión anastomótica, el reflujo de comida macroscópico a nivel del árbol biliar y la posibilidad de desarrollar una fístula

biliar de alto débito. Los errores más comunes en relación con el fallo de la reparación y anastomosis bilioentérica son la falta de aposición mucosa completa entre la VB y el intestino y el uso de material de sutura no absorbible. El uso de «stents» transanastomóticos no se encuentra universalizado. Se ha sugerido colocarlo de modo proximal sin atravesar la reparación. También se ha postulado emplear un asa proximal redundante y fijada a la pared, que permite una manipulación percutánea radiológica más sencilla.

Existen estudios experimentales en animales con LIVB utilizando prótesis anilladas de «Gore-Tex» vasculares⁷⁸, «stents» magnéticos⁷⁹, pegamentos de fibrina y «flap» vesiculares para la reconstrucción biliar.

Existen dos complicaciones que requerirían el trasplante hepático (TH): LIVB asociadas a episodios de colangitis de repetición y colestasis crónica con cirrosis biliar secundaria y lesiones de los vasos del hilio hepático, especialmente la arteria hepática, que conlleven un fallo hepático fulminante. Existen pocas publicaciones acerca del TH secundario a LIVB. En general el trasplante en estos pacientes es técnicamente más complejo por: adherencias intraabdominales, esclerosis del pedículo hepático, hipertensión portal severa y coagulopatía asociada. La mayor incidencia de LIVB por CL hace pensar en un incremento en esta indicación de TH en próximos años.

Técnica a realizar según la clasificación LIVB Strasberg

Tipo A: el tratamiento endoscópico (papilotomía+prótesis) en las fugas biliares del CC es muy eficiente, en cambio, si las fugas son más proximales el porcentaje de resolución del cuadro es inferior. Las diferencia de presión basal o intraductales, la longitud del CC y el diámetro de la VB posiblemente

expliquen las diferencias en los resultados. No existen datos comparativos que definan el número óptimo de «stents», tamaño, configuración (recto o «pigtail»), longitud y tiempo de retirada. No hay diferencias entre el uso de «stents» que atraviesen la fuga («leak-brizdging») o cortos que solo descompriman y disminuyan el gradiente de presión transpapilar. Aunque en algunos centros, estas lesiones en el postoperatorio inmediato sean abordadas mediante laparoscopia exploradora y recolocación de clips o sutura del conducto de luschka, no existe actualmente ningún estudio comparativo que compare el abordaje endoscópico y el abordaje laparoscópico en este escenario.

Tipo C: no existe continuidad con la VB principal por lo que el uso de prótesis no será efectiva. Si el conducto es pequeño, se puede ligar, evolucionando hacia una atrofia, o bien dando episodios de colangitis. Si es un conducto de mayor calibre (2 o más segmentos) se debería reconstruir mediante H-Y. La reconstrucción biliar en un sectorial derecho aberrante con respecto a la VB principal presenta mayores cifras de estenosis y colangitis a largo plazo. Con respecto a las resecciones hepáticas, hay que reservarla para el fallo de la H- Y previa o si hay sintomatología persistente.

Tipo D: pueden abordarse por:

- Cierre primario con sutura absorbible y un drenaje subhepático. La colocación de un tubo en T se ha asociado con una mayor cifra de estenosis tardías en pacientes trasplantados. Por lo tanto parece prudente evitar un cuerpo extraño en una VB no dilatada.
- Anastomosis término-terminal: su realización va a depender de una serie de factores como la presencia de los extremos proximales y distales intactos, similitud de diámetro entre los extremos, lesión menor de 1 cm longitud y

ausencia de tensión excesiva, signos de infección o inflamación. Las ventajas son la simplicidad y la preservación de la longitud de la VB, pero aproximadamente un 50% se estenosa durante el seguimiento. Se describe un refuerzo mediante un parche de la vena umbilical y del tejido adiposo del ligamento redondo.

- Hepaticoyeyunostomía: es el método más utilizado y más seguro. La anastomosis bilioentérica con la anastomosis latero-lateral es superior al preservar mejor la vascularización, minimizar la disección detrás de los conductos. Se recomienda realizar la H-Y en la porción extra hepática del conducto hepático izquierdo (CHI) en la base del segmento, realizándose una anastomosis latero-lateral entre el CHI y el yeyuno tipo «y» de Roux. Esta técnica fue descrita por Hepp y se denomina técnica de Hepp-Coinaud en referencia a la descripción anatómica extrahepática del CHI descrita por Coinaud.

Tipo E: la H-Y descrita para las lesiones tipo D es la técnica ideal para lesiones E1, E2 Y E3. Aquellas lesiones situadas por encima de la bifurcación (E4) o que puedan afectar a ramas sectoriales del lado derecho (E5, B Y C) no las puede solucionar ya que sólo permite drenar el sistema hepático ductal izquierdo.

- E1 y E2: otra técnica aplicable en estos pacientes fue descrita hace 23 años y rebautizada por Mercado y cols como «bile duct growing factor», en honor al término acuñado por Starzl en anastomosis vasculares, y consiste en la anastomosis de la cara anterior del CHC y del CHI a un asa de yeyuno. Es una alternativa técnica para la reconstrucción de un CHC fino, menor de 4mm, siempre que exista preservación de la confluencia hepática.
- E4 Y E5: en estos casos, la anastomosis es técnicamente más demandante, especialmente cuando existe una interrupción amplia entre CHD y CHI y se

extiende longitudinalmente la estenosis a un conducto sectorial. Generalmente se asocia a daño vascular, atrofia hepática, colangitis de repetición e intentos previos de reparación. En este contexto, se recomienda considerar la hepatectomía antes del trasplante. Strasberg et al, describieron el abordaje «extraglissonian» para estas lesiones basándose en la disección intrahepática de la confluencia del pedículo derecho e izquierdo, el descenso de la llamada «placa hiliar». El cirujano debe puncionar con una aguja fina ambos pedículos hasta localizar la VB, realizar una apertura lo más amplia de los mismos y una doble anastomosis latero lateral. La exposición de una adecuada longitud del conducto sectorial posterior puede estar limitada por la posición de la vena portal sectorial anterior derecha. También es importante no producir desvascularización de la arteria hepática derecha anterior. También se ha descrito la resección parcial del segmento iv y v permitiendo una mejor anastomosis en el CHD aunque otros grupos creen que con una movilización de la placa hiliar es suficiente para la reparación.

Complicaciones tardías de las LIVB

a) Estenosis biliares: Las estenosis tempranas suelen estar relacionadas con aspectos del procedimiento quirúrgico. Las estenosis tardías, se relacionan con fenómenos inflamatorios y fibrosis por las fugas biliares o bien, secundarias a la isquemia por lesión vascular asociada (LVA). Habitualmente el tratamiento se inicia mediante CTPH y drenaje transhepático para solucionar la colangitis. La técnica «rendez-vous» puede facilitar el manejo terapéutico en este tipo de pacientes. Si hay fracaso intervencionista, la realización de una nueva H-Y es la solución. El 61 % de los fallos de las reparaciones primarias bilioentérica hay asociada una lesión vascular, más frecuente cuanto más alta es la estenosis. La estenosis tras anastomosis H-Y oscila entre un 9-25%. El tratamiento

radiológico intervencionista presenta resultados similares a los de la cirugía, pero con menor morbilidad y mortalidad.

b) Hipertensión portal: La incidencia de estenosis biliar e hipertensión portal en pacientes con LIVB oscila entre un 15-20%. La cifra de mortalidad quirúrgica en estos casos alcanza un 23-46%. La hipertensión portal en las LIVB puede deberse a: obstrucción biliar prolongada, daño portal durante la colecistectomía, trombosis portal inflamatoria o coexistencia con patología hepática previa (Cirrosis). El tratamiento más aceptado es la dilatación con balón y «stent». En caso de fallo, se realiza un by pass ven o-venoso y una nueva H- Y. El TH será la mejor opción en caso de cirrosis.

c) Cirrosis biliar secundaria (CBS): La incidencia de hipertensión portal y CBS en las LIVB es aproximadamente del 8%. La presencia de cirrosis durante la reparación predice un incremento en la morbilidad y mortalidad. Se necesita para desarrollar una CBS en estenosis benignas 7,1 años, en coledocolitiasis 4,6 años y en estenosis malignas 0,8 años.

d) Lesión vascular asociada/Lesión vasculo-biliares: Debemos diferenciar entre lesiones vasculo-biliares y las lesiones vasculares asociadas. Las lesiones vasculo-biliares son aquellas que dañan el pedículo portal principal o sus ramificaciones, produciendo un infarto de todo o parte del hígado y/o VB, necesitando una resección parcial o total del hígado. La lesión vascular asociada implica estar asociada a las LIVB, generalmente más proximal al hilio hepático. Puede ser silente y permanecer clínicamente asintomática, al ser el flujo portal suficiente para la recuperación del parénquima hepático sin aporte vascular arterial o con aporte limitado.



Análisis univariantes y multivariantes han mostrado que lesión vascular asociada es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones biliares postoperatorias. La VB extrahepática y la VB principal intrahepática poseen un flujo únicamente arterial. Existen 2 plexos en la vascularización de la VB, uno en la superficie del colédoco-hepático, conectando la arteria hepática derecha con la pancreatoduodenal postero-superior y otro en la placa hiliar entre ramas de la arteria hepática derecha e izquierda.

En las lesiones tipo E, existe una privación de la circulación arterial desde la arteria gastroduodenal y pancreatodudoenal, dependiendo el flujo solo de la arteria hepática. Si el diagnóstico es intraoperatorio, podemos realizar una reconstrucción vascular mediante una anastomosis termino-terminal o bien mediante una plastia de arteria mesentérica inferior. En el postoperatorio, habría que estudiar el flujo portal y el flujo retrógrado a la lesión mediante angiografía.

Calidad de vida:

Hasta ahora solo existen 4 estudios en la literatura sobre calidad de vida tras LIVB con resultados no homogéneos. El más reciente afirma que la calidad de vida no se afecta en pacientes que sobreviven a una LIVB.

Responsabilidad jurídica:

En el contexto de la LIVB, la piedra angular que determinará la negligencia médica, será el descifrar si los estándares de cuidado han sido cumplidos. Si el cirujano dentro de este contexto, no utiliza o utiliza mal los métodos de identificación aceptados, legalmente estará más desprotegido.

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



Las Sociedades Quirúrgicas Nacionales deberían planificar conferencias de consenso para definir los estándares de la CL. En noviembre de 2006, la Sociedad Holandesa Laparoscópica elaboró y puso en práctica, un protocolo que recomendaba la grabación analógica o digital de la vista crítica de seguridad previamente a la transección del conducto y de la arteria cística. Estas imágenes son de gran interés en el postoperatorio y para el tratamiento de posibles complicaciones. Sería interesante que los cirujanos y las Asociaciones de todo el mundo pudiésemos desarrollar un proyecto similar.

Si se produce una lesión inadvertida nivel de la vía biliar es importante considerar que la evolución del paciente no es la normal evolución después de una Colectomía abierta o laparoscópica y que entre el 5° y 8° día presentará un cuadro de "Peritonitis Biliar" que deberá ser inmediatamente tratado en Sala de Operaciones de Emergencia con lavados con solución fisiológica y colocación de un dren tubular cerca o en la zona de la lesión con la finalidad de que las secreciones biliares salgan al exterior y no se acumulen en la cavidad abdominal.

Iniciar inmediatamente reevaluación del paciente. Hay que acelerar la intervención caminando con pies de plomo, para lo cual hay que iniciar la actualización de análisis preoperatorios, mejorando adecuadamente sus proteínas y hemoglobina.

Se tiene un tiempo prudente para la reintervención de 21 días, antes de ese tiempo no es conveniente operar. En el inter de la reintervención es importante organizar una Junta Médica con la finalidad de presentar el caso y discutir la mejor técnica quirúrgica para el paciente. Se aconseja siempre que



en la operación el primer cirujano sea quien tiene mayor experiencia en el tratamiento de derivación biliar digestiva.

Así pues, en el caso específico que nos ocupa, se observa, según notas médicas existentes en el expediente, que aún cuando el manejo inicial de la lesión de la vía biliar es la colocación de una sonda en éste sitio, en ningún momento se planteó o se efectuó técnicamente este procedimiento.

Por otro lado, como corolario a todo lo anterior es menester mencionar que no pasa inadvertido el incumplimiento a la NOM 168 SSAI-1998, en relación al uso, manejo e integración del expediente clínico, en donde se destaca, el sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 45, párrafo segundo, de la Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima; 1, 2 y 9, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Colima; los cuales prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar u reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

De igual forma, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 63.1, dispone: “Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.



La obligación de reparar, es un principio de derecho internacional que la misma jurisprudencia ha considerado, así, toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo.

Por lo anterior, al margen del derecho interno, es un principio de derecho internacional que el Estado responda por los actos u omisiones de sus agentes, realizados en su carácter de servidores públicos. El artículo 1.1 del Pacto de San José, pone a cargo de los Estados parte, los deberes fundamentales de respeto y de garantía, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos que pueda ser atribuido a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por tal pacto.

Asimismo el deber de indemnizar se regula en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, que señala entre otras cosas: “las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional”.

Bajo este contexto, la mencionada reparación del daño deberá considerar los gastos médicos que logre comprobar la parte quejosa, derivados de la inadecuada prestación del servicio médico en el Hospital Regional Universitario de Colima, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Colima.

“2013, AÑO DEL CENTENARIO DEL NATALICIO DE LA MAESTRA GRISELDA ÁLVAREZ PONCE DE LEÓN, PRIMERA GOBERNADORA DEL PAÍS”



V. CONCLUSIONES

Después del estudio y análisis de las constancias que obran en el expediente de queja a nombre del señor Q1, la Perito Médico C11 y el Coordinador de Servicios Periciales C12, ambos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, llegaron a las siguientes conclusiones:

1. La atención brindada en el Hospital Regional Universitario de Colima perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Colima al señor Q1, no fue la adecuada.

2. Aún cuando a su ingreso al servicio de urgencias el día 14 catorce de diciembre de 2010 dos mil diez, fue a las 8:09 ocho horas con nueve minutos, al Hospital Regional Universitario, se estableció el diagnóstico de pirocolecisto, según nota del servicio; el paciente fue intervenido quirúrgicamente más de 24 veinticuatro horas después de su ingreso.

3. Considerando que el diagnóstico de pirocolecisto es una urgencia quirúrgica existió dilación en la atención médico-quirúrgica brindada al señor Q1; ya que éste fue intervenido más de 24 veinticuatro horas después de su ingreso al Hospital, por lo que la vesícula se perforó drenando de esta manera el material purulento hacia la cavidad abdominal.

4. Existe impericia por parte del Dr. AR2 cirujano que intervino al señor Q1, toda vez que aún cuando en el transoperatorio se presentó una lesión de la vía biliar (según nota de ingreso al servicio de cirugía general de fecha 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez), ésta no fue manejada según lo

indicado por la praxis médica en éstos casos, ya que por lo menos debió haber ferulizado la vía biliar y dejado drenajes en forma adecuada.

5. Dado que durante el transoperatorio se produjo una lesión de la vía biliar (desgarro del conducto cístico) y se dio un manejo inadecuado e insuficiente a ésta (cierre primario y colocación de drenaje), se produjo fuga biliar y como consecuencia de esto un biliperitoneo y abdomen agudo. Por otro lado podemos observar que existió precipitación en el inicio de la vía oral en el paciente y no se da una vigilancia estrecha al mismo.

6. Existe precipitación por parte del equipo médico que intervino al señor Q1, ya que aún cuando la evolución no era del todo satisfactoria, es egresado a su domicilio, situación por la que reingresa el paciente complicado, un día posterior al alta.

7. Existe dilación en el manejo quirúrgico del paciente en el segundo ingreso en fecha 18 dieciocho de diciembre de 2010 dos mil diez, ya que habiendo tenido desde el momento de su ingreso a urgencias la impresión diagnóstica de una lesión de la vía biliar y una fístula biliocutánea, el señor Q1, es intervenido hasta el día 20 veinte de diciembre de 2010 dos mil diez, por lo que el protocolo de estudio del paciente no se completó en forma adecuada en tiempo y forma. Ya que la lesión de la vía biliar, en el caso que nos ocupa (desgarro del conducto cístico), es una urgencia quirúrgica y debe ser atendida en forma inmediata, toda vez que uno de los problemas que se presenta como en este caso es el abdomen agudo por biliperitoneo.

8. Existe incumplimiento de la norma oficial mexicana NOM 168 SSAI-1998 en relación a la integración, uso y manejo del expediente clínico, ya que



podemos observar que hacen falta infinidad de notas dentro del expediente, relacionadas con la atención médica brindada al señor Q1, no se observa un orden, hay muchas abreviaturas, no todas las notas médicas se encuentran firmadas y algunas notas muy importantes; tales como las notas de (evolución, la nota de ingreso a urgencias de fecha 14 catorce de diciembre de 2010 dos mil diez, el registro quirúrgico, etc.) dentro del expediente no se advierten, o no se encuentran integradas al expediente (fueron remitidos con posterioridad a la Comisión de derechos Humanos del estado de Colima).

9. Podemos concluir que la serie de complicaciones que presentó, desde la primera cirugía, el señor Q1, es consecuencia directa de la serie de omisiones, precipitaciones e impericias del personal médico que atendió al agraviado en el Hospital Regional Universitario de Colima.

VI. RECOMENDACIONES

En razón de haberse demostrado la violación al derecho humano a la salud del quejoso Q1, como se desprende plenamente en autos y bajo los razonamientos antes vertidos, se recomienda al Doctor AR1, Secretario de Salud y Bienestar Social en Colima:

PRIMERA: Instruya a quien corresponda, a efecto de que se de inicio, trámite y conclusión de un Procedimiento Administrativo de Responsabilidad, en contra del Doctor AR2, médico del Hospital Regional Universitario de Colima; por haber vulnerado los Derechos Humanos del agraviado Q1, en los términos referidos en el apartado de observaciones y conclusiones de la presente recomendación; a fin de que se apliquen las sanciones correctivas que



conforme a derecho correspondan, como lo prevé la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

SEGUNDA: Se realice el pago por concepto de reparación del daño que proceda al señor Q1, en los términos de las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación. Lo anterior, de forma directa y como una obligación de respuesta a la víctima de la violación a sus derechos humanos a la salud, cometida por servidores públicos de la Secretaría a su cargo.

TERCERA: Instruya a quien corresponda a efecto de que se capacite al personal médico del Hospital Regional Universitario, en relación a la integración, uso y manejo del expediente clínico, dando cumplimiento a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM 168 SSAI-1998.

CUARTA: Gire instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital Regional Universitario, se brinde atención con calidez, prontitud y oportunidad; a fin de evitar poner en riesgo la vida de los pacientes; ya que en ocasiones se les llega a proporcionar un diagnóstico equivocado.

De conformidad con el artículo 46, párrafo segundo de la Ley Orgánica de esta Comisión de Derechos Humanos, solicito a usted nos informe dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta la Recomendación, y dentro de los treinta días hábiles siguientes deberá entregar, en su caso, las pruebas correspondientes de que ha cumplido con la misma.



De acuerdo a lo establecido por los artículos 49 de la Ley Orgánica, 70 y 71 del Reglamento Interno de este Organismo Estatal, se hace del conocimiento de las partes que podrán interponer el recurso de inconformidad ante esta Comisión Protectora de Derechos Humanos por una sola ocasión, o directamente ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El recurso deberá interponerse dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha en que surta efectos la notificación de la presente Recomendación.

En caso de no aceptarse la Recomendación, la Comisión de Derechos Humanos quedará en libertad de proceder en los términos que establece la Ley Orgánica y el Reglamento Interno de este organismo, así como lo preceptuado por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ATENTAMENTE

LICENCIADO ROBERTO CHAPULA DE LA MORA
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE COLIMA