



## Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo

### RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	R-VG-0018-16
QUEJOSO:	Q
AGRAVIADA:	A
EXPEDIENTE:	CDHEH-VG-3270-15
AUTORIDADES INVOLUCRADAS:	Personal médico que participo en la atención médica de la agraviada.
HECHOS VIOLATORIOS:	8. VIOLACIONES A LOS DERECHOS SOCIALES DE EJERCICIO INDIVIDUAL (8.2 VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD), 8. VIOLACIONES A LOS DERECHOS DE EJERCICIO INDIVIDUAL (8.2.3.1 NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO OFRECIDO POR DEPENDENCIAS DEL SECTOR SALUD)

Pachuca de Soto, Hidalgo, uno de noviembre de dos mil dieciséis.

**DR. MARCO ANTONIO ESCAMILLA ACOSTA**  
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO  
P R E S E N T E

### VISTOS

Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja iniciada por este Organismo a petición de Q en agravio de quien en vida llevó el nombre de A, y en contra de personal diverso del Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo; en uso de las facultades que me otorga el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; así como los artículos 33, fracción XI, 83, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, ha examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

### HECHOS

1. El veintinueve de diciembre de dos mil quince, Q, presentó queja en esta Comisión con el número de expediente citado al rubro en la que indicó: (Fojas 3 a 9)

*“El tres de diciembre del año en curso, mi esposa A fue ingresada al Hospital General de esta Ciudad, para ser intervenida quirúrgicamente por un*



*problema de vesícula; sin embargo, desde esa fecha hasta el día de hoy nunca me dieron un diagnóstico real de su estado de salud únicamente me dijeron que tenía CCL/SX Obstructivo/PB Coledocolitiasis –problema en el intestino-; presentando según esto complicaciones en su salud que no me fueron informadas ni aclaradas hasta el día de ayer que luego de que le fue practicado un estudio me comentaron que presenta muerte cerebral. Por lo cual solicito intervención de este Organismo para que se investigue la mala práctica médica de la que ha sido objeto mi esposa en dicho sitio. Asimismo se solicite copia de su expediente clínico el cual me ha sido negado por lo que tengo temor de que el mismo haya sido alterado”.*

**2.** El once de enero de dos mil dieciséis, mediante oficio 00046 se solicitó al director del Hospital General de esta ciudad capital, para que el personal que intervino en la atención médica de la paciente A, dentro del plazo de seis días naturales rindieran por escrito, un informe de los hechos que les atribuyeron, así mismo se solicitaron copias certificadas del expediente clínico de A (fojas 16 y 17).

**3.** El veintiocho de enero de dos mil dieciséis, el director del Hospital General de Pachuca, remitió copia certificada del expediente clínico de A, así como los informes de A1, Jefe de servicio de Cirugía; A13, cirujano general; A12, cirujano general; A5, médico adscrito al área de urgencias; A16, médico adscrito al Hospital; A19, médico adscrito al Hospital; y la documental pública consistente en la Guía Práctica Clínica Colecistitis y Colelitiasis.

A1, jefe de servicio de Cirugía del Hospital General refirió en su informe de ley lo siguiente:

“(…) RESUMEN CLÍNICO DE A, femenino de 20 años, la cual contaba con antecedente de un año de evolución con dolor abdominal tipo cólico, en hipocondrio derecho acompañado de náusea y vómito, esta sintomatología se exacerbó y se agregó ictericia de piel y tegumentos desde el día 01 de diciembre del 2015. La paciente acudió a esta unidad hasta el día 03 de diciembre del 2015 ingresando a urgencias de esta unidad con los diagnósticos de colecistitis crónica litiasica y síndrome icterico patrón obstructivo, para lo cual fue valorada por el servicio cirugía general, decidiendo en forma inmediata su ingreso a hospitalización y por la sospecha de Coledocolitiasis se solicitó CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) como tratamiento diagnóstico y terapéutico. Durante este tiempo se le dio todo el manejo médico adecuado para su padecimiento como consta en el expediente clínico.

El día 08 de diciembre del 2015 se realizó la CPRE la cual reportó: la vía biliar intrahepática muy dilatada, extrahepática con aparente lito en su interior, vesícula biliar no se opacificó (no se visualizó), se realizó de manera terapéutica esfinterotomía amplia y satisfactoria con paso de guía biliar intrahepática con salida abundante de material purulento, barrido y lavado con globo biliar con salida de pus, agregándose el diagnóstico de Colangitis Grave. La paciente presentó además Pancreatitis aguda como complicación de su padecimiento, a la cual se le dio manejo médico específico de acuerdo a las guías de manejo son soluciones, antibióticos, analgésicos, reposo intestinal, con sonda naso gástrica, control estricto de líquidos, remitiendo la pancreatitis el día 12 de diciembre del 2015. La paciente continuó con datos de Colangitis severa, inestabilidad hemodinámica y dificultad respiratoria con trombocitopenia severa (Disminución de las plaquetas), por lo que no se encontraba en condiciones para realizar la intervención quirúrgica tipo colecistectomía con exploración



de la vía biliar. Ingresó a terapia intensiva el día 13 de diciembre del 2015 y se solicitó al servicio de radiología intervencionista que realizara de manera urgente el drenaje externo de la vía biliar para disminuir la presión y congestión de la vía biliar por la colangitis grave, lo cual se realizó el día 14 de diciembre del 2015, se puncionó la vía biliar derecha, y se colocó catéter para drenaje externo, se le realizó colédoco en relación a lito enclavado que dilataba la vía biliar intrahepática y extra hepática.

Posteriormente la paciente en unidad de cuidados intensivos presentó el 15 de diciembre del 2015 disminución de la presión arterial para lo cual ameritó de apoyo con norepinefrina y manejo avanzado de la vía aérea con apoyo ventilatorio mecánico.

Durante todo este tiempo a pesar del manejo médico intensivo, la paciente presentó deterioro orgánico múltiple.

El día 21 de diciembre del 2015 se observaron las pupilas de 3mm sin respuesta a la luz, sin respuesta verbal ni dolorosa, sin reflejo tusígeno, sospechando de lesión cerebral. El día 22 de diciembre del 2015 se realizó tomografía de cráneo en donde se observaron zonas de hemorragia múltiples diseminadas en todo el parénquima cerebral, con edema cerebral severo. El día 22 de diciembre del 2015 presentó mayor deterioro hemodinámico con elevación de enzimas pancreáticas, reactivándose la pancreatitis. Continúo con mal estado neurológico con midriasis bilateral, sin reflejo respiratorio y dependiente de ventilación mecánica. El día 29 de diciembre del 2015 continuó sin respuesta neurológica con inestabilidad hemodinámica, presentando evento de fibrilación ventricular y paro cardiorespiratorio que no revirtió las maniobras básicas y avanzadas de reanimación.

En conclusión la paciente ingresó con complicaciones crónicas de la colecistitis crónica litiasica: Coleocolitiasis y Colangitis grave, para lo cual se le realizó en nuestro Hospital la CPRE (colandiopancreatografía retrograda endoscópica) con esfinterotomía amplia y satisfactoria, drenando pus y lavado de la vía biliar, secundario a su mismo padecimiento desarrollo pancreatitis grave. La paciente continuó sin respuesta favorable a pesar del tratamiento médico adecuado. En vista de que la paciente no presentaba mejoría y no se podía llevar a cabo la cirugía debido a sus malas condiciones generales y alteraciones en la coagulación, se decidió descomprimir la vía biliar mediante un drenaje percutáneo y colocación de catéter. A pesar de todo el manejo que se le brindó a la paciente, su organismo presentó deterioro general con reactivación de la pancreatitis que la llevó a la falla orgánica, hemorragias cerebrales y muerte.

No fue posible realizar la intervención quirúrgica conocida como colecistectomía y exploración de la vía biliar debido a las condiciones médicas graves, pancreatitis recurrente por las alteraciones de la coagulación. Pero se brindó atención médica con alternativas adecuadas y vigentes de acuerdo a las guías de manejo para su padecimiento (...)."

A16 refirió en su informe de ley lo siguiente:

" (...) el estado de salud en el que se encontraba A el día 23 y 24 de diciembre del 2015, días en los que estuve en contacto con la paciente. La paciente se encontraba como se describió en las notas previas con daño neurológico irreversible y en espera de documentar muerte cerebral con electroencefalograma, por lo cual no estaba indicado realizar algún procedimiento quirúrgico en ese momento (...)."

A18 refirió en su informe de ley lo siguiente:

" (...) los días 25, 26 y 27 de diciembre de 2015, donde me presentaron a una paciente que se encontraba bajo apoyo mecánico ventilatorio, con antecedentes de colangitis, sepsis de origen biliar, shock séptico, colecistitis crónica litiasica, posoperada de CEPRE, y de drenaje percutáneo de la vía biliar, quien desarrollo daño cerebral severo e irreversible quien estaba en espera de electroencefalograma para corroborar la presencia de muerte cerebral. En la exploración física al momento, paciente en malas condiciones generales con apoyo mecánico ventilatorio y con infusión de aminos, con



datos clínicos de daño cerebral severo, con disminución de ictericia, abdomen con catéter de derivación percutánea funcional, sin datos de abdomen agudo Por lo que únicamente requería vigilancia por parte de nuestro servicio ya con mal pronóstico para la vida en ese momento”.

A5 refirió en su informe de ley lo siguiente:

“(…) acudo a valorar paciente al área de urgencias, femenino de 20 años de edad que ingresa de acuerdo a referencia de la paciente padecimiento actual de 3 días de evolución con dolor abdominal estado nauseoso y vómito en varias ocasiones posterior a la ingesta de colecistoquinéticos se reviso a la paciente con ictericia generalizada ++ con dolor abdominal sin embargo el abdomen blando depresible y sin irritación peritoneal.

Exámenes de laboratorio con hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina directa así como pruebas de función hepática con datos francos de hiperbilirrubinemia secundario a patrón obstructivo.

Confirmando este patrón bioquímico por ultrasonido de hígado y vías biliares donde se demuestra colédoco de 1.09 cm, otros exámenes de laboratorio biometría hemática sin leucocitosis.

Dada la condición clínica no evidencia de respuesta inflamatoria sistemática así como no datos de irritación peritoneal se decide internamiento al servicio para continuar estudio de síndrome icterico, continuando únicamente manejo conservado hasta estudios de gabinete complementarios y se da informes a la paciente y familiar (…)

A13 refirió en su informe de ley lo siguiente:

“(…) en fecha 15 12 15 valore a la paciente encontrándose con inestabilidad hemodinámica además de plaquetopenia (15,000/mm<sup>3</sup>) a pesar de haberle trasfundido 5 concentrados plaquetarios, por lo que estaba con contraindicado absoluta de someterla a cirugía por riesgo de sangrado en tanto aumentara el nivel plaquetario a niveles tolerables para procedimiento mayor. Por otra parte UTI mencionó que la presión arterial media no era perfusora a pesar de manejo con aminas (norepinefrina, dobutamina y vasopresina) y que además cursaba con acidosis metabólica refractaria a manejo estableciendo alto riesgo de fallecer.

Nuevamente valore a la paciente el 16 12 15 persistiendo con gravedad, con pupilas con pobre respuesta a la luz y doble esquema de aminas vasopresoras. Persistía con plaquetas bajas (34,000/mm<sup>3</sup>), continuaba con inestabilidad hemodinámica además de que se reportaban estertores de hipoventilación en campos pulmonares. Por estos datos no se consideró someterla a cirugía por que la paciente corría el riesgo de muerte en transoperatorio.

Es por esto que continuó manejo por radiología intervencionista que valoró a la paciente el 17 12 15 determinando que continuará con drenaje percutáneo y de mejorar estado de la paciente se valoraría retirar lito.

Posteriormente la paciente continuó con manejo por UTI persistiendo con diagnósticos de choque séptico de origen biliar, colangitis severa, pancreatitis, PO CPRE, PO colangiostomía percutánea, falla orgánica múltiple por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia severa, pupilas mióticas hiporreflecticas (deterioro neurológico), doble esquema de aminas, murmullo vesicular disminuido en bases y estertores en campos pulmonares. Hipoalbuminemia. Por los datos neurológicos ya se mostraban datos de lesión cerebral severa, posible muerte cerebral.

El 19 12 15 al persistir los datos neurológicos, al día siguiente (20 12 15) se inicia ventana neurológica a fin de corroborar datos de muerte cerebral, refiriéndose en nota de UTI 21 12 15 ausencia de respuesta a estímulos verbales, no estímulos nociceptivos, pupilas isocóricas sin respuesta luminosa, ojos fijos, sin respuesta a estímulos tusígeno lo que afirmó daño cerebral severo. Además nuevamente inició con inestabilidad hemodinámica por lo que se añade otra amina vasoactiva. Valore nuevamente a la paciente en fecha 21 12 15 mostrando datos sugestivos de muerte cerebral por lo que no se consideró proponer manejo quirúrgico. Valore a la paciente al día siguiente (22 12 15)



persistiendo con deterioro neurológico severo además que el doble esquema de aminos se encuentra a dosis máximas por nota de UTI. El mismo día se realizó TAC de cráneo mostrando hemorragias cerebrales y edema cerebral severo probablemente secundario a trombocitopenia severa, al persistir deterioro, se solicitó electroencefalograma que reporto sin actividad eléctrica (muerte cerebral) (...)

A12 refirió en su informe de ley lo siguiente:

“(...) se trata de A de 20 años de edad, la cual ingreso al Hospital General de Pachuca de SSH el 3 de diciembre de 2015 con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica y síndrome icterico. La paciente es ingresada al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el día 13 de diciembre de 2015, al pase de visita en la Unidad de cuidados intensivos nos damos cuenta de la evolución que ha tenido la paciente desde su ingreso.

Después del ingreso se planteó una CPRE el día 8 de diciembre con esfinterotomía satisfactoria salida abundante de material purulento y no pudiendo visualizar el resto del árbol biliar por cuerpo extraño (lito) en conducto coledocohepatico, evolución tórpida de la paciente con pancreatitis aguda post CPRE, empeorando más por la colangitis presente y la coledocolitiasis no resuelta, por condiciones generales de la paciente.

El día 13 de diciembre ingresa a la unidad de cuidados intensivos con diagnostico de choque séptico, colangitis, pancreatitis post CPRE falla orgánica múltiple con insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y acidosis metabólica, ameritando uso de aminos vaso activas siempre con información amplia los familiares.

El día 14 de diciembre 2015 es valorada por radiología intervencionista, quien decide colocar catéter en hepático derecho y se drena vía biliar, drenaje espeso de color achocolatado (purulento), continua inestable hemodinamicamente por el choque séptico, con manejo de aminos de tipo dela norepinefrina, el mismo día 14 se decide manejo avanzado de la vía aérea.

15 de diciembre de 2015 encontramos al a paciente con los diagnósticos antes mencionados, con francos datos de choque y manejo con ventilación mecánica asistida, aminos vaso activas del tipo de la norepinefrina, con falla orgánica múltiple, trombocitopenia, catéter de drenaje percutáneo en su lugar drena material achocolatado en este momento no era elegible para intervención quirúrgica. Este mismo día presentó deterioro neurológico, se maneja con sedación, se reporta muy grave, familiares informados.

16 de diciembre 2015 la paciente sin mejoría bajo sedación con ventilación mecánica asistida, manejo de aminos vaso activas norepinefrina, vaso presina, dobutamina, el abdomen esta sin cambios, no hay datos de irritación peritoneal. Evolucionan cuidados intensivos con información de gravedad extrema y alto riesgo de fallecer a su familiar. No es elegible para intervención quirúrgica en ese momento. Trombocitopenia 34000, leucocitos 13000 (...)

**4.-** El veintinueve de enero de dos mil dieciséis, mediante oficio 00449 se solicitó al titular de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado de Hidalgo, su apoyo a efecto de que designe personal a su cargo a fin de emitir opinión médica relativa a la atención proporcionada por los médicos que atendieron a A, anexándole copia certificada del expediente clínico (foja 342).

**5.-** El veintinueve de enero de dos mil dieciséis, mediante oficio 00450 se notificó la vista con informe de autoridad al Q para que manifestara lo que su derecho conviniera (fojas 344).



**6.-** El veinte de septiembre de dos mil dieciséis, se recibió oficio CAMEH/142/2016 signado por el subcomisionado jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, mediante el cual remitió la OPINIÓN TÉCNICA-MÉDICA respecto a la atención médica otorgada a la A, cuyas conclusiones fueron las siguientes: (fojas 347 a 389).

**1.-** En la atención médica brindada a la paciente A en el Hospital General de Pachuca, encontramos no apego a **Lex Artis ad hoc** por: deficiencia en diagnóstico, de la situación clínica real e inadecuado manejo etiológico (básicamente de drenaje biliar).

**2.-** En la consecuencia de la atención médica otorgada a la paciente A en el Hospital General de Pachuca, consistente en evolución a complicación, situación crítica y muerte, encontramos Mal Praxis por inoportunidad en la atención médica.

**3.-** En la atención médica brindada a la paciente A en el Hospital General de Pachuca encontramos Nexo Causal entre la atención médica y el resultado.

**7.-** El veintidós de septiembre de dos mil dieciséis mediante oficio 04492, se solicitó al director de unidades médicas especializadas y director del Hospital General de Pachuca, instruyera al personal que participó en la atención médica de la paciente A, rindieran un informe respecto a su intervención (foja 390).

**8.-** El tres de octubre de dos mil dieciséis se recibió informe de autoridad signado por el doctor A14, médico con especialidad en medicina crítica y terapia intensiva adscrito al Hospital general de Pachuca, quien en la parte que interesa refirió:

“(...) el suscrito NO FUI MÉDICO TRATANTE NI TAMPOCO INTERVINE EN LA CIRUGÍA REALIZADA a la paciente el día 03 de diciembre de 2015, mi participación se limita solamente a TRES NOTAS DE VALORACIÓN DURANTE SU ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, los días:

- **21 de diciembre de 2015 a las 21:45 horas**, donde encuentro a una paciente de 20 años, en el Servicio de Terapia Intensiva en un estado muy grave, con pronóstico reservado a su evolución, con tratamiento antimicrobiano y vaso activos, bajo sedación que limitan su valoración neurológica.
- **23 de Diciembre de 2015 a las 21:20 horas**. La paciente continúa en el Servicio de Terapia Intensiva en estado grave, con probable lesión cerebral irreversible, por lo que solicito se le realice un Electroencefalograma.
- **28 de Diciembre de 2015**. La paciente continúa en el Servicio de Terapia Intensiva en un estado de extrema gravedad, ya contaba con resultado del estudio de Electroencefalograma que demostró líneas isoelectricas compatibles con muerte cerebral. Continuando con el tratamiento multisistémico, todo ello fue debidamente informado a los familiares de la paciente tal y como obra dentro del Expediente clínico 398968 (...)” (fojas 391 a 394).

**9.-** El cuatro de octubre de dos mil dieciséis se recibieron los informes de autoridad de los médicos A17 y A9, ambos médicos adscritos al Hospital General de Pachuca, refiriendo en lo medular lo siguiente:



A17 médica adscrita a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca del turno especial diurno refirió:

“(…) con fecha 25 de diciembre del año 2015, siendo las 07:00hrs, la suscrita ingrese al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca, donde realice (sic) revisión de expedientes y posterior a ellos pase de visita a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de primer piso donde encontré a la A, quien cursaba su doceavo día en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Primer Piso.

Al realizar la exploración física, la paciente A, se encontraba en el siguiente estado:

A la exploración física encuentro a paciente sin efectos de sedación, con pupilas isocóricas, midriáticas arreflécticas, sin respuesta a reflejo fotomotor, ausencia de reflejo consensual, ausencia de reflejo corneal, no automatismo respiratorio, no reflejo de la tos, no reflejo del vómito, concluyendo datos clínicos de daño cerebral severo potencialmente irreversible. En ventilación respiratorio. Dependiente de aminas vasoactivas.

Concluyendo con los siguientes diagnósticos: Choque séptico, Sepsis grave de origen biliar. Coledocolitiasis crónica agudizada, probable lito persistente enclavado, síndrome icterico de tipo obstructivo, colangitis, lesión cerebral severa potencialmente irreversible, desequilibrio electrolítico por hipernatremia e hipercloremia, Tomografía Axial Computarizada en fase simple: edema cerebral severo, múltiples pequeñas hemorragias parenquimatosas en ambos hemisferios realizada el 22 de diciembre del 2015; Post colangiostomía percutánea, postcolocación de drenaje percutáneo realizado el 14 de diciembre del 2015; CPRE: colangitis; esfinterotomía satisfactoria, barrido con globo biliar normal, estrechez en tercio medio del colédoco probable mirizzi realizada el 08 de diciembre del 2015 e Hiperlactatemia.

Posterior a realizar exploración física, así como revisión de laboratorios actuales, así como revisión de estudios de gabinete y datos obtenidos del expediente clínico. Cuenta con antecedente de cursar desde hace un año con dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho y vomito ocasional. Ingresa a urgencias por probable coledocolitiasis, ultrasonografía reporte: esteatosis hepática, dilatación de las vías biliares intrahepáticas, sugiere coledocolitiasis distal, colecistitis crónica litiasica agudizada, páncreas no valorable. El 08 de diciembre del 2015 realizan CPRE: (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) colangiografía: vía biliar intrahepática muy dilatada, extra hepática con aparente lito en su interior, vesícula biliar no se opacifica, terapéutica: esfinterotomía amplia y satisfactoria previo paso de guía biliar intrahepática con salida abundante de material purulento, barrido con globo biliar con salida de pus sin litos con escalón saliendo globo inflado, colangiografía de control observando estrechez en tercio medio, el distal normal. El 14 de diciembre del 2015 realizan colangiostomía percutánea: colangiografía identificando un defecto de llenado a nivel tercio medio del colédoco en relación a lito enclavado que dilata la vía biliar intra y extrahepática. Así mismo curso con coagulopatía. El 22 de diciembre del 2015 realizaron tomografía axial computarizada en fase simple con edema cerebral severo con múltiples pequeñas hemorragias parenquimatosas en ambos hemisferios.

Por lo que se solicita electroencefalograma diagnóstico. Dando información amplia al que dijo ser en ese momento el esposo: Q, estando presente la madre de la paciente; como consta en las notas que obran dentro del expediente clínico. No omito comentar que durante todo el transcurso de mi guardia se está en constante vigilancia de la paciente, sin que hubiera algún cambio en su estado clínico referido.

El 26 de diciembre del 2015, al reanudar mis labores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca, al realizar el pase de visita a los pacientes de la unidad de Cuidados intensivos, realizo exploración física a A. A la exploración neurológica (sin sedación) las pupilas arreflécticas, midriáticas, ausencia de reflejo corneal, ausencia de reflejo fotomotor, ausencia de reflejo consensual, signo de ojos de muñeca, ausencia de automatismo respiratorio, ausencia de reflejo de la tos, ausencia de reflejo nauseoso, ausencia de reflejo del vómito; con criterios clínicos de lesión cerebral severa irreversible, se solicita electroencefalograma para evaluar grado de daño



cerebral y valorar pronóstico y diagnóstico. Enzimas pancreáticas elevadas lipasa: 789u/l, amilasa: 133u/l, por lo que se agrega además el diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar a clasificar Balthazar. Así como poliuria, por lo que se inició protocolo de manejo y estudio por probable secreción inapropiada de hormona antidiurética. Persiste hemodinámicamente inestable dependiente de aminas vasoactivas: noradrenalina. Continuando con protocolo de manejo para choque séptico, pancreatitis aguda de origen biliar, tratamiento antiedema cerebral y estabilizador de membrana neuronal. Se informa ampliamente al Q, estando presente la mamá. Como consta en las notas del expediente clínico: No omito comentar que durante todo el transcurso de mi guardia se está en constante vigilancia de la paciente, sin que hubiera algún cambio en su estado clínico referido.

El 27 de diciembre del 2015 al reanudar mis labores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca. Nuevamente realizó pase de visita a la paciente A, con evolución neurológica tórpida, persistiendo con datos clínicos de lesión cerebral severa irreversible, pupilas midriáticas de 5 mm de diámetro aproximadamente, arreflecticas, ausencia de reflejo fotomotor, ausencia de reflejo consensual, ausencia de reflejo corneal, ausencia de reflejo nauseoso, ausencia de reflejo corneal, ausencia de reflejo respiratorio. En espera de realización de electroencefalograma para diagnóstico y pronóstico. Hemodinámicamente inestable, dependiente de doble aminas vasoactivas: noradrenalina y vasopresina, dependiente de ventilador mecánico al 100%. Continúa con protocolo de manejo multisistémico. Se da información amplia a la madre de la paciente, estando presente quien dijo ser en ese momento tío de la paciente. Como consta en las notas del expediente clínico. No omito comentar que durante todo el transcurso de mi guardia se está en constante vigilancia de la paciente, sin que hubiera algún cambio en su estado clínico referido con evolución tórpida (...)” (Fojas 395 a 404).

A9 médico adscrito al Hospital General de Pachuca refirió en su informe que:

“(...) recibió a la paciente en el Servicio de Terapia Intensiva el día 14 de diciembre de 2015 tras haber sido remitida al citado servicio.

En primer lugar es importante indicar que el horario de trabajo del suscrito en la época en la que se produjo la atención médica a la paciente A era de lunes a viernes, desde las 14:00 horas hasta las 20:30 horas, realizando a mi llegada un pase de visita general y realizando los cambios que fueren necesarios en cada paciente examinado.

El diagnóstico que se realizó a la paciente A una vez llegó al Servicio de Terapia anteriormente referido fue el de choque séptico, colangitis hiperbilirrubinemia de patrón directo, desequilibrio hidro eléctrico por hipokaliemia leve, disfunción orgánica múltiple, insuficiencia renal aguda KDIGO II, trombocitopenia, acidosis metabólica.

En este sentido el mencionado día 14 de diciembre de 2015, se encuentra a la paciente, A, somnolienta en estado de choque con norepinefrina a 15mcg/min con tensión arterial de 100/50 con oxígeno con mascarilla reservorio con saturación de 99%, drenaje abdominal escaso achocolatado, lactato de 6.8, la uremia mejorando y el patrón respiratorio sin deterioro. Dado todo lo anterior, se indica la incrementación del aporte de líquidos intra venosos y la infusión de norepinefrina para aumentar la presión arterial media.

El día 15 de diciembre de 2015 se encuentra a la paciente en malas condiciones generales, bajo sedación con benzodiazepinas, pupilas isocóricas hiporreflexivas con tensión arterial de 137/77, con apoyo de norepinefrina, vasopresina y dobutamina, y apoyo mecánico ventilatorio, con picos febriles de 38 grados Celsius; por todo lo cual se reporta muy grave.

El día 16 de diciembre de 2015, continúa mi seguimiento y vigilancia de la paciente de tal forma que en dicha fecha, A se encuentra inestable con apoyo de Norepinefrina, vasopresina y dobutamina con tensión arterial de 130/70, frecuencia cardíaca de 87 pulsaciones por minuto. Igualmente se encuentra a la paciente con hipoventilación



pulmonar y estertores diseminados, con presencia de Colangiostomía funcional con drenaje de 250ml durante el día, flujos urinarios entre 50ml y 70 ml por hora. Como consecuencia de todo lo anterior, se reporta a la paciente muy grave a la vez que establece que estamos ante un caso con pronóstico incierto para la vida.

El día 17 de diciembre de 2015 persisto en mi estrecho seguimiento de la paciente A, de tal forma que la vuelvo a examinar como consecuencia de mi preocupación por su estado de salud, siendo así que en dicha fecha, la paciente se encuentra bajo sedación con pupilas isocóricas, hiporreflectivas, con apoyo de norepinefrina a razón de 24ml por hora y dobutamina a 5ml por hora, con tensión arterial de 124/63, con frecuencia cardíaca ligeramente aumentada en 105 pulsaciones por minuto bajo ventilación médica, saturando 95%, manteniendo flujos urinarios adecuados y presentando febrícula por la tarde.

El día 18 de diciembre de 2015, continuando con mi vigilancia de la paciente A y, por tanto, cumpliendo en todo momento con mis obligaciones como profesional sanitario encargado y preocupado por la salud de todo paciente, examino a la citada paciente, siendo que en esta fecha aquella se encuentra bajo sedación, con apoyo mecánico ventilatorio, con norepinefrina y dobutamina, con saturación de 98%, derivación biliar con gasto biliar, manteniendo uresis de 50ml-150ml por hora, sin picos febriles. Dado todo lo anterior, se reporta grave con pronóstico reservado.

El 21 de diciembre de 2015, tras haber transcurrido el fin de semana y haber vuelto a mis labores profesionales toda vez que los sábados y domingos no laboro, examino nuevamente a la paciente A, de manera que en esta ocasión, dicha paciente, se encuentra bajo efectos residuales de sedación, con pupilas de 3 milímetros, sin respuesta, con tensión arterial de 90/30, con norepinefrina a 20mcg/min, saturación del 98%, con sonda de colangiostomía funcional y continuando con tratamiento antimicrobiano. La presencia de estos datos hace de quien suscribe reportarse el estado de la paciente como muy grave, con pronóstico reservado a evolución.

El 22 de diciembre de 2015, mantengo mi seguimiento de la paciente A. En esta fecha, la paciente se encuentra con lesión cerebral severa e irreversible por múltiples zonas de hemorragias diseminada en todos los lobulillos cerebrales, se mantienen con norepinefrina con tensión arterial de 124/71, frecuencia cardíaca de 94 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratorias de 20, temperatura de 35.7 grados Celsius, sin sedación desde 55 horas previas, sin ninguna respuesta, sin automatismo respiratorio, con pupilas midriáticas, cánula de colangiostomía funcional con gasto de 50cc de materia biliar, con uresis promedio de 100ml por hora, con presencia de hiperglucemia de 305. En vista de los datos obtenidos se inicia esquema de insulina de acción rápida en base a destrostix, siendo que la consecuencia se reporta muy grave, con pronóstico malo para la función y vida a corto plazo.

El 23 de diciembre de 2015 continuo con el seguimiento del estado de salud de la paciente A, la cual en esta ocasión se mantienen sin sedación, sin respuesta a estímulos, con pupilas de 4 milímetros, continuando con norepinefrina, tensión arterial de 137/80, frecuencia cardíaca de 114 pulsaciones por minuto, uresis de 50ml por hora sin picos febriles, por todo lo cual estamos ante un paciente grave, con estado cerebral irreversible.

El día 24 de diciembre de 2015 vuelvo a examinar a la multicitada paciente, la cual en esta fecha se encuentra sin respuesta, con pupilas fijas, tensión arterial de 125/66, con uso de norepinefrina, sonda de colangiostomía funcional, quedando pendiente valorar la realización de electroencefalograma. En vista de lo expuesto, la paciente se reporte muy grave.

La paciente volvió a ser examinada hasta el 28 de diciembre de 2015, fecha en la cual ésta se presenta clínicamente sin actividad neurológica, con reflejo de tallo ausentes, pupilas de 4 milímetros, en las últimas horas con inestabilidad hemodinámica, con poca respuesta a apoyo aminérgico con tensión arterial de 99/48mm Hg, y 700ml por hora, sin presentar picos febriles. Así mismo se reporta electroencefalograma con líneas isoeletricas en diferentes derivaciones, realizando rastreo cartográfico encontrando unificación de porcentajes, sin datos de actividad bioeléctrica. Atendiendo a todos estos



datos, se informa a los familiares de la paciente de la existencia de un mal pronóstico para la vida.

El 29 de diciembre de 2015, continuando con mi estrecha vigilancia de la paciente A, volví a revisar su estado resultando que alrededor de las 16:30 horas, dicha paciente presenta fibrilación y parada cardiaca, de tal forma que de manera inmediata se inician las maniobras de RCP correspondientes, básicas y avanzadas, sin que la paciente presente respuesta alguna, por lo cual, no se puede más que declarar el fallecimiento de la misma a las 16:45 horas del mismo 29 de diciembre de 2015 (...)” (Fojas 405 a 412).

**10.-** El cinco de octubre de dos mil dieciséis se recibió oficio número 002365, signado por el director de Unidades Médicas Especializadas y Director del Hospital General de Pachuca, mediante el cual remitió los informes de A2 y A4; así mismo de A11, A15, A3 y A6, mencionó que A21 y A20 no se pudieron notificar por el hecho de que han concluido su estancia en ese Hospital, adjuntando las constancias correspondientes (Fojas 414 a 422).

**11.-** El seis de octubre de dos mil dieciséis, se recibió informe de autoridad por parte de A18, especialista en cirugía general adscrito al turno especial diurno del Hospital General de Pachuca (Foja 423).

**12.-** El seis de octubre de dos mil dieciséis se recibió oficio número 002390, signado por el director de Unidades Médicas Especializadas y Director del Hospital General de Pachuca, mediante el cual remitió los informes de los médicos A10, A7 y A9 (Fojas 424 a 434).

**13.-** El doce de octubre de dos mil dieciséis, compareció Q para exhibir copia certificada de acta de defunción número 02920, de A, expedida por el Oficial del Registro del Estado Familiar de Pachuca de Soto, copias certificadas de las actas de nacimiento con números de folios 01150 y \*\*\*\*\* de sus menores hijos de tres y dos años de edad, respectivamente, quien actualmente se encuentran viviendo con él, documentos que exhibió para acreditar la relación que tenía con la agraviada; refirió que las facturas de los gastos funerarios están en posesión de un tío de la agraviada ya que él no los realizó (foja 435).

## **EVIDENCIAS**

**A).** Queja interpuesta por Q.

**B).** Informes de las autoridades involucradas.

**C).** Copia certificada del expediente clínico 368968 correspondiente a la atención médica brindada a A remitido por el director de Unidades Médicas Especializadas y Director del Hospital General de Pachuca.



**D).** Escrito de solicitud al Comisionado Estatal de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, para emitir una opinión a la luz de la *lex artis* médica, respecto de la atención médica proporcionada a la A, por el personal que atendió a ésta en el Hospital General de esta ciudad capital.

**E).** Opinión Técnica Médica emitida por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado.

**F).** Informes rendidos por los médicos que participaron en la atención médica de la A.

**G).** Comparecencia de Q para exhibir documentos originales.

### **VALORACIÓN JURÍDICA**

**I.** La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, es competente en atención a lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9 bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; para conocer de la queja interpuesta por Q, luego que de los hechos se presumen violaciones a los derechos sociales en el ejercicio individual traduciéndose en la negligencia médica y violación al derecho a la protección de la salud por parte de personal médico del Hospital General de Pachuca de Soto.

El derecho a la protección a la salud se encuentra previsto en el artículo 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra establece:

#### **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...”

No sólo en la legislación interna se reconoce este derecho, también se encuentra previsto en los siguientes instrumentos internacionales: Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, y firmada por México el 10 de diciembre de 1948; y que establece:

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 derechos a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Obligación que igualmente se deduce del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que a la letra dispone:

Artículo XI **Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada** por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y **la asistencia médica**, correspondientes al nivel **que permitan los recursos públicos** y los de la comunidad.

Y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12.1, a la letra se lee:

Artículo 12. **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”

Por último, la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Hidalgo en su artículo 47 fracción I dispone:

**Artículo 47.- Para salvaguardar** la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y **eficacia** que deben ser observadas en **el desempeño de su empleo**, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento diere lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan según la naturaleza de la infracción en que se incurra, todo servidor público independientemente de las **obligaciones** específicas, tendrá las **siguientes**:

**I.- Cumplir con 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;

**Análisis jurídico a fin de establecer si se acredita la violación al derecho social de ejercicio individual**, en su modalidad de violación al derecho a la protección de la salud y negligencia médica ofrecido por dependencias del Sector Salud.

Derivado del análisis al conjunto del material probatorio descrito en el apartado respectivo, atendiendo a los principios jurídicos y valorando tanto los informes de las autoridades como las documentales que obran dentro del presente expediente, es que se llegó a la firme convicción de que se acreditó negligencia médica por parte del personal médico del Hospital General de esta ciudad en la atención médica brindada a la A.

Lo anterior con base en la opinión especializada de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, dentro de la cual se dictaminó que A era portadora de colecistitis litiasica, padecimiento crónico de por lo menos dos años de evolución, durante el último año cursó con cuadros respectivos de cólicos biliares con remisiones



exacerbaciones de los cuales se ignora el tratamiento. La literatura indica que durante el primer año la litiasis vesicular suele ser asintomática.<sup>1</sup>

El uno de diciembre de dos mil quince la agraviada sufrió agudización del cuadro, pero acudió al Hospital General hasta tres días después, fue correcta y oportunamente hospitalizada y estudiada estableciendo probabilidad diagnóstica de litiasis vesicular vs pancreatitis por lo cual se le proporcionaron las medidas de soporte convenientes además de solicitarle los exámenes de laboratorio y gabinete requeridos para el caso; siendo adecuadamente referida al servicio de cirugía general.

El servicio de cirugía general durante las primeras ocho horas de estancia en el servicio de urgencias emitió correctamente el diagnóstico por clínica y ultrasonido de síndrome icterico obstructivo y probable coledocolitiasis como proceso obstructivo secundario de la vía biliar, ante ese panorama, se solicitó de forma acertada CPRE (colangiopancreatografía retrógrada) a fin de confirmar diagnóstico y tratamiento (estudio que de acuerdo a la literatura se considera como estándar de oro para estos casos) mientras la paciente se mantuvo hospitalizada con adecuadas medidas terapéuticas medicas de soporte en tanto se realizaba el estudio.<sup>2</sup>

Las siguientes cuarenta y ocho horas mejoraron sus condiciones aparentemente; **sin embargo al tercer día de internamiento llama la atención el reporte de plaquetopenía sin datos clínicos de sangrado activo; situación no referida ni tratada en las notas médicas del expediente clínico; por lo que era el momento ideal para hacer diagnostico de colangitis aguda e intervenida quirúrgicamente.**

Al quinto día de hospitalización se le practicó la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada) estudio que se considero:

**1.- Fue tardío:**

a) Por que fue realizado cinco días después de su ingreso, cuando la literatura médica establece que en las condiciones clínicas como las del caso que nos

---

1 Guía Práctica Clínica. Diagnostico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis 2009.  
Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Guía Práctica Clínica. Colecistitis. 2014.  
M. Tejedor Bravo y A. Albillos Martínez. Enfermedad Litiasica Biliar. Medicine. 2012;11 (8): 481-8.

2 CENETEC Guía Práctica Clínica Diagnostico y Tratamiento de la Pancreatitis aguda. 2009  
Corcuera Diez Sara. Complicaciones de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra:2014  
Nuñez Trenado Luis Alberto, Muñiz Chavela Moises, Muñoz Olvera Rodrigo, Rodríguez Wong Ulises, García Álvarez Javier, Pérez García Roberto, Flora bacteriana en bilis de pacientes con colangitis aguda del servicio de cirugía general del Hospital Juárez de México 2007; 74 (3); 167-173.  
Lozada M. Héctor, Manterola D. Carlos, Vial G. Manuel, Pineda N. Viviana. Sépsis de origen biliar ¿alternativa diagnostica en pacientes con colangitis aguda de origen litiásico?; Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 56 (6) 2004; p562-566.



ocupa, dicho estudio debe practicarse dentro de las primeras setenta y dos horas posteriores a su ingreso, llamando la atención que tampoco existe dentro del expediente clínico justificación del retraso.

b) de no contarse con la CPRE (colangiopancreatografía retrograda) debió recurrirse a otras alternativas como la colangiografía resonancia magnética y la tomografía axial computarizada, o en su defecto referirla a otro hospital de mayor recurso, situaciones que se omitieron.

### **2.- Fue inadecuado porque:**

a) No se drenó la vía biliar, que era el tratamiento indicado, en consecuencia no se resolvió el problema de base.

b) La esfinterotomía fue insuficiente, porque no logró la permeabilidad requerida la vía biliar principal, sin lograr extraer el lito.

### **3.- Fue ineficaz porque:**

a) No se estableció un método de drenaje de la vía biliar.

b) No se confirmó la presencia de lito colédoco.

c) No se aprovechó el estudio para colocar una prótesis biliar o stent y/o sonda nasobiliar para mantener la vía biliar permeable, situación que también es recomendable en estos casos.

Dentro de las primeras veinticuatro horas posteriores al estudio de la CPRE (colangiopancreatografía retrograda) se complicó la salud de la paciente con pancreatitis aguda, la cual fue correctamente diagnosticada por datos de laboratorio; **sin embargo no se establecieron los criterios de pronóstico y gravedad que mencionan las guías respecto a este padecimiento, en consecuencia no se vigiló de forma correcta, y se omitió la toma de decisiones acorde a cada momento clínico del problema, en consecuencia a lo anterior, el tratamiento etiológico y el drenaje biliar se realizaron con retraso a diferencia del tratamiento médico de soporte, el cual fue correcto.**

El diagnóstico de colangitis fue tardío, ya que por clínica y por laboratorio estaba presente desde su ingreso; sin embargo este se realizó como tal, hasta nueve días después del mismo, considerando cinco días para la realización de la CPRE y tres días para la interpretación, momento que hacen el diagnóstico basándose en el dato de presencia de bilis purulenta.



Por lo anterior se omitió el seguimiento de los criterios diagnósticos de colangitis, establecidos en las Guías de Clasificación de Severidad, los cuales deben realizarse cada doce horas de diagnóstico y cada veinticuatro horas los de severidad, por lo que con esto se evitó la toma de decisiones terapéuticas oportunas, en consecuencia la paciente evolucionó de forma tórpida y progresiva hacia el choque séptico, situación que retrasó aún más el drenaje biliar.

Es hasta los once días después de su ingreso, cuando la paciente ya se encontraba en disfunción orgánica múltiple o grado III de colangitis severa, es cuando se cumple con el criterio correcto de drenaje biliar por un medio alternativo intervencionista, también acertado para las condiciones de Q en ese momento; **es cuando se establece el diagnóstico etiológico de la colangitis, al realizar una colangiografía por método percutáneo guiado por ultrasonido, puncionando la vía biliar derecha que se encontraba dilatada e identificando un defecto de llenado a nivel tercio medio de colédoco en relación de lito enclavado; sin embargo fue tardío en cuanto a resolución del problema de base.**

En consecuencia de lo anterior la evolución de A fue hacia un deterioro multisistémico, manteniéndose con soporte vital avanzado en la Unidad de Cuidados Intensivos; así mismo hubo un retraso en el diagnóstico de muerte encefálica, a pesar de que se pensó en ella desde el día diecisiete posterior a su ingreso, permaneciendo durante nueve días con la justificación incorrecta de espera de electroencefalograma para confirmar dicha muerte, que si bien dicho estudio es complementario para el diagnóstico, no es determinante; considerando incorrecta la justificación y la espera de electroencefalograma, para determinar muerte encefálica; debido a los criterios establecidos se encuentran fundamentados en la Ley General de Salud que de forma resumida establece que la muerte encefálica se establece cuando se verifican los siguientes signos: ausencia completa y permanente de conciencia, ausencia permanente de respiración espontánea, ausencia de reflejos de tallo cerebral, manifestados por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivo; todos ellos presentes en el caso que no ocupa.

Concluyendo que existió inoportunidad en el diagnóstico de colangitis y omisión del diagnóstico etiológico de coledocolitiasis, lo que generó retraso en el tratamiento teniendo como resultado la evolución tórpida hacia complicaciones severas como pancreatitis, hemorragia cerebral y falla orgánica múltiple que ocasionaron la muerte de A.

Es importante mencionar que llama la atención a esta Comisión que existe inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente



Clínico”, debido a que algunas notas médicas carecen de hora y firmas de los médicos tratantes omisiones que resultan contrarias a lo dispuesto en el punto 5.10 de la referida NOM, que establece con claridad en su introducción que: “El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud”.

Por lo anterior, se advierte que la atención médica brindada a A en el Hospital General de Pachuca de Soto, fue inadecuada e ineficiente, toda vez que los médicos responsables, no diagnosticaron de manera oportuna su padecimiento sin aplicar las medidas tendentes a mejorar su salud, **lo que terminó provocando su muerte el veintinueve de diciembre de dos mil quince declarando su fallecimiento a las 16:45 hrs. estableciendo en el certificado de defunción como causa de muerte “Edema cerebral severo (7 días), sepsis abdominal secundario a colangitis (21 días)**, por lo que con ello se violó el derecho a la protección de la salud en agravio de A, de acuerdo con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 23, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I y II, y 51, primer párrafo, de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

## **II. Reparación del daño integral por violaciones de derechos humanos.**

### **El artículo 1º Constitucional establece en su párrafo tercero:**

(...) 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.

**A su vez, el artículo 113, párrafo segundo**, del mismo ordenamiento determina la responsabilidad objetiva y directa del Estado, cuando derivado de ella se produzcan daños particulares, al señalar:

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los **particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.**

**La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado, reconociéndose que el ideal para la reparación sería el restablecimiento de las cosas al estado al que se encontraban antes de las violaciones perpetradas;** sin embargo, la afectación a



la integridad personal en perjuicio de los agraviados impide, por los daños ocasionados, restablecer la condición que tenían antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, de ahí que sea necesario establecer otras formas a través de las cuales pueda reparar a las víctimas, entre las que se encuentran la ayuda, asistencia, protección, reparación integral y, en su caso, la compensación, de acuerdo al artículo 45 de la **Ley de Atención, Asistencia y Protección a Víctimas de Delitos y Violaciones de Derechos Humanos para el Estado de Hidalgo**.

Por las situaciones antes descritas en el cuerpo de la presente Recomendación habiéndose acreditado plenamente la violación a los Derechos Humanos de A de conformidad con lo analizado en la presente resolución, a Usted Secretario de Salud y Director de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo, se:

### **R E C O M I E N D A**

**PRIMERO.-** Iniciar, en su caso, el o los procedimientos legales que correspondan con los argumentos y pruebas que sirvieron a esta Comisión como medios de convicción para la emisión de la presente Recomendación, en contra de las y los servidores públicos responsables, por la violación al derecho a la protección de la salud y negligencia médica ofrecido por dependencias del Sector Salud en agravio de A, y en su caso, se les impongan las sanciones correspondientes.

**SEGUNDO:** Se verifique que el personal médico adscrito al Hospital General de esta ciudad; en el desempeño de sus funciones de cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico” a fin de reducir al mínimo hechos como el acontecido y que fue motivo del expediente.

**TERCERO.** Reparar el daño de manera integral por la violación señalada en la presente Recomendación a favor de quien o quienes legalmente tengan derecho, con base y de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales aplicables, considerando las constancias que conforman el expediente al rubro citado.

**CUARTO.** Continuar las capacitaciones que en forma general debe recibir el personal del Hospital General de Pachuca de Soto, en específico médicos, en el tema de derechos humanos, para lo cual quedan a sus órdenes los servicios de la Secretaría Ejecutiva de esta Comisión.

Notifíquese a los servidores públicos, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera cúmplase el



Comisión de Derechos Humanos  
del Estado de Hidalgo

**EXPEDIENTE: CDHEH-VG-3270-15**

artículo 92 del ordenamiento en cita, publicándose en el sitio web de este Organismo la presente Recomendación.

De ser aceptada la presente Recomendación, deberá hacerlo de nuestro conocimiento, por escrito, en un plazo no mayor de diez días hábiles siguientes a la notificación; en caso de no ser aceptada, se hará saber a la opinión pública.

**LIC. JOSÉ ALFREDO SEPÚLVEDA FAYAD**  
**PRESIDENTE**

HBVA/LCG/KIM