



Consecuencias del incumplimiento de normas y leyes que regulan el ejercicio médico. Caso médico
Consequences of non-compliance with norms and laws that regulate medical practice. Medical case
García Garduza Ismael*

Resumen	Datos del artículo
<p>El objetivo de este artículo es analizar las deficiencias en la prestación de servicio de atención médica por el incumplimiento y/o transgresión de las normas y leyes que rigen el ejercicio médico-clínico por parte de médicos institucionales y residentes, asimismo, se revisa esa normatividad utilizando como paradigma el estudio y dictamen de un caso relacionado con la confección ilegal de un consentimiento informado, para una intubación orotraqueal, procedimiento llevado a cabo por residentes, sin supervisión de los médicos adscritos, y sin estar sustentada en la clínica ni el laboratorio en el expediente clínico, acto que complicó el estado de salud del paciente y ocasionó su muerte. Asimismo, se analizó las irregularidades en que incurrió un médico, acreditado como perito por una institución gubernamental que efectuó el estudio del caso, al emitir un dictamen parcial y defectuoso. Se debe recordar que, todo procedimiento médico debe ser ejecutado con base a los principios científicos, éticos y legales que rigen la medicina. De igual forma, con la exposición de trasgresiones a la normatividad médico-legal, se pretende contribuir a evitar, que los médicos institucionales y/o residentes incurran en actos u omisiones que puedan originar alteraciones en la salud y/o la vida de los pacientes y que las opiniones de los médicos acreditados como peritos, influyan incorrectamente en la impartición de justicia.</p>	<p>Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Unidad Departamental de Medicina Legal. Avenida Insurgentes Nte. 423. Colonia Nonoalco Tlatelolco. Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06900. Ciudad de México.</p>
<p>Palabras clave: Consentimiento informado, intubación orotraqueal, médico adscrito, médico residente, falsificación de documento.</p>	<p><i>Curr. Opin. Nur. Res.</i> 2024; 6(1):6-25.</p>
<p><i>Current Opinion Nursing & Research. 2024. Bolivia. Todos los derechos reservados.</i></p>	
Abstract	Historial del artículo
<p>The objective of this article is to analyze the deficiencies in the provision of medical care due to the non-compliance and/or transgression of the norms and laws that govern the medical-clinical practice by institutional physicians and residents, and to review these norms using as a paradigm the study and opinion of a case related to the illegal preparation of an informed consent. This procedure was carried out by residents without the supervision of the attending physicians and without clinical or laboratory support in the clinical record, an act that complicated the patient's state of health and caused his death. Likewise, the irregularities incurred by a doctor, accredited as an expert by a governmental institution that carried out the study of the case, in issuing a partial and defective opinion, were analyzed. It should be remembered that all medical procedures must be performed based on the scientific, ethical and legal principles that govern medicine. Likewise, with the exposition of transgressions to the medical-legal regulations, it is intended to contribute to avoid that institutional physicians and/or residents incur in acts or omissions that may cause alterations in the health and/or life of patients and that the opinions of physicians accredited as experts, incorrectly influence in the administration of justice.</p>	<p>Recibido julio, 2023. Devuelto diciembre 2023. Aceptado abril, 2024. Disponible en línea, junio 2024.</p>
<p>Key words: Informed consent, orotracheal intubation, assigned physician, resident physician, document forgery.</p>	<p>*Dirección de contacto: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Unidad Departamental de Medicina Legal. Avenida Insurgentes Nte. 423. Colonia Nonoalco Tlatelolco. Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06900. Ciudad de México. Tel: +5551321250 Ext. 1354 5551321250 Ext. 1341 Ismael García Garduza Email: ismaelgarciagarduza@gmail.com</p>
<p><i>Current Opinion Nursing & Research. 2024. Bolivia. All rights reserved.</i></p>	

Introducción

La cualidad fundamental de la medicina, es ser una profesión sustentada en la obligación de crear confianza a través del principio ético de la honestidad, éste principio impone a los médicos a tener una destacada capacidad profesional e integridad moral y emplearlas al servicio de la sociedad. En este sentido, la desconfianza que pueda generarse por una presunta atención médica deficiente, es un hecho indiscutible. Y si esta, surgió porque médicos institucionales y/o residentes no cumplen con lo establecido en las Leyes y Normas reguladas, la mayoría de las actuaciones, que como médicos y estudiantes de alguna especialidad deban cumplir y hacer cumplir, además, si transgreden leyes penales, se hace necesario una revisión de la normatividad ejemplificando esas irregularidades con el dictamen de un caso real realizado por el autor, en el cual está implicado la confección ilegal de un consentimiento informado (CI) para intubación orotraqueal (IOT) no justificada en el expediente clínico (EC) y las consecuencias médico-legales que pueden derivarse, tanto en el ámbito profesional, como en la salud del paciente, de las que tendrán que responder los médicos institucionales y/o residentes que participaron en los hechos ante una denuncia. Asimismo, se analizó las irregularidades que médicos acreditados como peritos en instituciones encargadas de auxiliar a las autoridades pueden emitir dictámenes parciales y defectuosos, del caso que se estudió.

Caso Médico

Dictamen

Objetivo. Determinar si existió mala práctica Médica por parte de los médicos que intervinieron en el manejo del paciente.

Antecedentes. Denuncia ante la Fiscalía

Interpuesta por la esposa del paciente, fechada el 08 de enero del 2020:

“Ante Usted presento la siguiente denuncia por homicidio doloso, negligencia médica y falsificación de firma de CI dentro del hospital para la intubación de mi esposo, a pesar de estar evolucionando satisfactoriamente y posterior a la intubación mi esposo presentó complicaciones que agravaron su estado de salud, provocándole la muerte, siendo víctimas mi esposo y yo.

No aceptamos la intubación porque mi esposo sería trasladado a una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el domingo 6 de septiembre 2020. Lo recibirían sin ser intubado y así dimos aviso a los doctores que le informaron el mismo domingo 6 de septiembre alrededor de las 3:30 pm y yo su esposa.

Dictamen emitido por Perito. De una Institución que analizó el acto médico llevado a cabo en el paciente, de fecha 29 de abril del 2022, del que se extrae lo siguiente:

Antecedentes. “*Declaraciones de los médicos ante el Órgano Interno de Control (OIC) del Hospital: ...El 07/04/22, el anestesiólogo, señaló: que su atención consistió en realizar el procedimiento de IOT a solicitud de los médicos tratantes, verificar que la IOT fuera correcta, así como el inicio de la ventilación. Los procedimientos solicitaron los médicos encargados del turno sin poder recordar sus nombres, ya que el paciente tenía criterios de intubación, clínicamente le informaron presentaba disnea severa y desaturación de oxígeno importante, con uso de músculos accesorios que no mejoraba aun teniendo las puntas nasales de alto flujo de oxígeno, con taquicardia. Mencionó que el paciente se encontraba consciente y que no manifestó su negativa al procedimiento, siendo que el CI ya estaba firmado cuando él acudió. La nota del procedimiento la realizó el residente del turno posterior al proce-*

dimiento y por estar atendiendo en otros pabellones no regresó a firmar la nota médica”.

El 08/04/22, el médico residente de 4º. año de la especialidad de neumología señaló que el día 06/09/20, ante el deterioro clínico del paciente avisó al paciente de la necesidad de IOT, además de avisar a la adscrita y que fungió ese día como encargada del servicio, siendo la doctora la que informó a los familiares del estado de salud y solicitó el apoyo anestésico para la IOT. Señaló que fueron el médico adscrito de Neumología los sábados, domingos y días festivos y la doctora los encargados de supervisarlos. Agregó que el paciente no manifestó su negativa para la realización del procedimiento cuando él le informó de manera verbal y le solicitó la firma del CI en presencia del médico residente de primer año, y no presenció el momento en que firmó el paciente por estar atendiendo a otros pacientes...

...El 11/04/22, el médico adscrito de Neumología los sábados, domingos y días festivos, señaló: hasta el 06/09/20 estaba adscrito al servicio clínico 4...si bien no atendió al paciente de forma directa el 06/09/20, se le informó durante su recorrido a las 07:00 h, por parte de los residentes de guardia que el paciente había incrementado su dificultad respiratoria, se previó que podría necesitar apoyo respiratorio invasivo, por lo que indicó a los residentes de guardia realizar la solicitud de CI, quienes lo llenaron, firmándolo él, para posteriormente pasárselo al médico residente que se encontraba dentro del área Covid para que le informara al paciente sobre su estado de salud y la necesidad de apoyo respiratorio. Agregó...que por error al no fijarse en la fecha firmó la nota de evolución del 05/09/20 y las indicaciones del 06/09/20...

Consideraciones. “Paciente en la sexta década de la vida, se reportó con el antecedente de enfermedad diverticular e hipoacusia bilateral severa, sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, ni algún otro con relevancia para el análisis del caso.

El paciente cursó con tos seca, dolor torácico leve, cefalea el 23/08/20, solicitó atención en medio particular el 27/08/20, siendo atendido vía remota por una doctora, quien le prescribió ivermectina, ceftriaxona, dexametasona por 2 días, cloroquina, rivaroxabán, vitamina D, vitamina C y pantoprazol. El 29/08/20 continuó con mayor disnea y saturación de 88 %.

Ante esta evolución, decidió acudir al servicio de Urgencias del Hospital denunciado el 30/08/20 a las 17:00 h. A su llegada se encontró con FR 23, TA 133/71, T 38°, saturación de 86-80 % con mascarilla con FiO2 60 %, pálido, diaforético, con uso de músculos accesorios, hipoventilación en ambos hemitórax con presencia de estertores, se realizó gasometría con alcalosis metabólica con acidosis respiratoria, por lo que se ingresó a las 18:47 h, con el diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda con contacto o sospecha de exposición a COVID-19, se indicó oxígeno por mascarilla a 10 L, paracetamol y enoxaparina a dosis profiláctica.

Más tarde, a las 20:00 h, se ingresó a pabellón, con apoyo ventilatorio con puntas de alto flujo a 60 L, logrando saturación de 94 %, se estableció cuadro clínico e imagenológico compatible con enfermedad severa con alto riesgo de complicaciones graves y muerte a corto plazo, se agregó al tratamiento doble esquema antibiótico con ceftriaxona y azitromicina, además de itraconazol y metilprednisolona 80 mg cada 12 h.

Para su ingreso hospitalario se dispuso con el CI de ingreso, admisión y procedimientos hospitalarios con fecha del 30/08/20, donde se señala entre otras cosas, la ausencia de un tratamiento específico para la COVID-19 y la posibilidad de requerir IOT, para lo cual se autoriza por la esposa del paciente desde ese momento el procedimiento en caso de requerirse sin especificar riesgos, ni obran testigos.

No contamos con las notas correspondientes al 31/

08/20 y al 01/09/20, que impide conocer si el paciente presentaba clínica de insuficiencia respiratoria, así como los parámetros gasométricos.

El 02/09/20 se reportó que el paciente cursaba sin alteraciones neurológicas, ni hemodinámicas, afebril, aun con frecuencia respiratoria levemente aumentada de 24, pero sin manifestar disnea y manteniendo adecuada saturación de oxígeno, con mejoría en la hipoxemia, pero con disminución en el índice de oxigenación.

El 03/09/20 se reportó sin alteraciones sistémicas, a nivel respiratorio manteniendo saturación de 96 % con flujo de 60 L, mejoría de la hipoxemia, sin aumento del esfuerzo respiratorio. Enfermería por su parte lo reportó aparentemente estable.

El 04/09/20 se reportó sin alteraciones neurológicas, ni hemodinámicas. El paciente continuó con un dispositivo de suministro de oxígeno de alto flujo y prácticamente al máximo de la capacidad que puede entregar, sólo presentando mejoría en la saturación con la ventilación en prono por cambio en zonas de ventilación/perfusión.

No hay evidencia del empleo de herramientas de seguimiento clínicas (escalas de valoración) y gasométricas. Los tiempos de valoración registrados se prolongaban hasta 24 h. Es posible apreciar que el paciente cursó con estabilidad dentro de su gravedad, es decir que durante estos primeros 5 días de estancia intrahospitalaria no aumentó la disnea y se logró mantener la saturación arriba de 90 %.

En la nota médica del 05/09/20 se señaló que se había disminuido el flujo a 50 L desde el día previo y mantenía saturación de 94 %. Los laboratorios reportados de la biometría hemática no corresponden a los impresos por el Laboratorio, y la química sanguínea no está impresa por lo que no podemos conocer la veracidad de lo reportado en la nota, no obra reporte de gasometría. No obra la nota de Enfermería del 05/09/20, pues el contenido de la única hoja de Enfermería que no tiene fecha corresponde a lo acontecido el 06/09/20.

No contamos con la evidencia suficiente para conocer con exactitud la evolución del paciente el 05/09/20, debido a las omisiones en la integración del expediente.

No obra nota médica del médico adscrito encargado del paciente. La nota que se encuentra en el expediente corresponde al anestesiólogo quien estuvo a cargo del procedimiento de IOT y del residente de Neumología de Primer Año. En efecto, ese día reportaron al paciente consciente, agitado con datos de dificultad respiratoria, taquipnea, con flujo a 60 L con FiO₂ de 100 % logrando saturación de 85-88 %, acorde a Enfermería con saturación por la mañana de 92 % hasta las 16:00 h, que estando el paciente en prono descendió a 83 %. Posteriormente sin especificarse hora, se reportó saturación de 52 %, por lo que se decidió el manejo de la vía aérea con IOT. No contamos con los estudios gasométricos previos y posteriores a la intubación.

Acorde al informe que posteriormente rindió el anestesiólogo se realizó por secuencia rápida a las 19:00 h, cuando se administraron analgésicos y sedantes en bolo (fentanilo 250 mg. y la dosis de propofol 150 mg.

A pesar de haber omisiones en la integración del expediente, como la ausencia de gasometrías y nota médica de evolución del turno matutino, hay evidencia suficiente para determinar que la intubación del paciente estaba indicada, por lo que el apoyo mecánico ventilatorio era necesario antes de que se presentaran mayores complicaciones. No obra CI para la intubación, el procedimiento se llevó a cabo en favor de conservar su vida dadas las condiciones críticas en las que se encontraba en ese momento.

Posteriormente se colocó catéter venoso central yugular. No obra en el expediente descripción del procedimiento de IOT y colocación de catéter.

No obra en el expediente CI específico para la sedoanalgesia.

El 07/09/20 se reportó bajo sedoanalgesia, gasome-

tría con acidosis respiratoria aguda descompensada con acidosis metabólica. Enfermería reportó tendencia al sangrado por mucosas sin alteraciones en los paraclínicos.

El 08/09/20 se evidenció neumomediastino y enfisema subcutáneo confirmándose por tomografía, continuó dependiente de vasopresor el cual se incrementó durante el turno matutino, pero se suspendió a las 18:00 h, por cursar con hipertensión, taquicardia y aumento de urea a 73 con disminución del gasto urinario que mejoró durante el día. Enfermería reportó secreciones hemáticas por boca, así como hematuria. Se realizó electrocardiograma a las 22:15 h, que mostró taquicardia sinusal.

La presencia de enfisema pulmonar y neumomediastino, se debió a la progresión del daño pulmonar y el grado de afección alveolar que provocó cambios de presión locales y se presentó el efecto Macklin.

El 09/09/20 cursó con frecuencia cardíaca de 200 lpm, con electrocardiograma sugestivo de fibrilación auricular (que no obra en el expediente) sin repercusión hemodinámica por lo que se inició amiodarona. Se reportó con evolución respiratoria tórpida, su gasometría con acidosis con hipercapnia. El 10/09/20, se reportó con deterioro de la función respiratoria con acidosis respiratoria primaria parcialmente compensada, hipercapnia.

El 11/09/20 se reportó estudios de laboratorio que no coinciden con los impresos, con presencia de hipernatremia y elevación de troponina que traduce daño miocárdico, continuándose el manejo antibiótico indicado por Infectología, sin embargo, no obra ninguna nota de dicho servicio.

El 12/09/20 se reportó con agitación y tendencia a la hipertensión y gasometría con acidosis respiratoria por lo que se agregó bicarbonato, los estudios de laboratorio registrados en la nota médica no corresponden a los impresos ni la gasometría.

El 13/09/20 se reportó que persistía con hipernatremia, cursando con hipercapnia, hipoxemia e insu-

ficiencia respiratoria severa, claro deterioro en el intercambio gaseoso. Enfermería reportó que presentaba estertores basales, desaturando hasta 82 % cuando se movilizaba por lo que se indicó por el médico de guardia subir FiO₂ desde el día previo estaba en 100 % por lo que desconocemos como se realizó este ajuste, sin embargo, el resto del turno nocturno se registró saturación mayor de 92 %.

El 14/09/20 se efectuó valoración por Cardiología por fibrilación auricular, el Dr. no encontró datos a la exploración física sugestivos de patología cardíaca, ni vascular, en ese momento.

Se reportó con acidosis respiratoria, con hipercapnia persistente. Cursó con desaturación en el turno matutino. A las 22:00 h, se inició norepinefrina ante la presencia de hipotensión.

Los cambios realizados en las indicaciones sólo están firmados por residentes, si bien éstos informaron que fueron supervisados por los médicos adscritos, no obra evidencia en el expediente de dicha supervisión.

Por la mañana del 15/09/20 se realizaron estudios de laboratorio, algunos datos en la ficha de identificación del reporte impreso no coinciden. Enfermería reportó al paciente con baja saturación, taquicárdico, cuando presentó asistolia, la nota médica señala que se realizaron maniobras de reanimación con administración de adrenalina, sin respuesta, con toma de electrocardiograma que corroboró el deceso (obra electrocardiograma con trazo de asistolia, sin nombre, con fecha y hora), declarándose el fallecimiento a las 09:50 h, asentándose en acta de defunción como causas de la muerte: síndrome de distress respiratorio agudo, enfermedad respiratoria aguda N-COVID-19.

La descripción de atención de estado de paro en el expediente está incompleta y, por lo tanto, no es posible determinar la idoneidad de la atención en ese momento.

Finalmente apreciamos mala integración del EC,

como lo fue la falta de notas de evolución, ausencia de la hora en que se realizó la nota del 06/09/20, reporte en notas de estudios de laboratorio no correspondientes al reporte impreso, ausencia de notas descriptivas completas de procedimientos, hojas de Enfermería sin fecha, en formatos distintos, ausencia de firmas de médicos de base en las indicaciones.

Así las cosas, el 06/09/20 se decidió IOT, si bien acorde al dictamen de grafoscopia el paciente no firmó el consentimiento para dicho procedimiento.

Conclusiones: i). El paciente acudió el 30/08/20 al Hospital, tras cursar una semana con datos compatibles de COVID. ii). El 06/09/20 se reportó con agitación, datos de dificultad respiratoria, taquipnea, saturación entre 85-88 % por lo que la IOT para ventilación mecánica estaba indicada. Ésta se efectuó acorde a los señalamientos de la materia, con adecuada colocación del tubo endotraqueal y sin que su posicionamiento condujera a complicaciones como el neumomediastino y enfisema subcutáneo. No obra evidencia inequívoca del consentimiento del paciente. iii). No encontramos elementos de mala práctica en las indicaciones señaladas por el personal médico del Hospital, las cuales fueron acorde al estado clínico y bioquímico del paciente. Advertimos que los cambios en las mismas se efectuaron por médicos residentes, sin que obre evidencia de supervisión por los médicos de base. iv). El fallecimiento del paciente se debió al conjunto de mecanismos de progresión de la enfermedad por la infección por SARS-CoV-2 tanto a nivel respiratorio, como a nivel sistémico, sin que se encuentren elementos de mala práctica que influyeran en el desafortunado desenlace. v). Apreciamos mala integración del EC, que no influyó en la evolución del paciente, pero denotan mala calidad en el servicio otorgado.”

Dictamen de Integridad Física. Efectuado por la Perito con especialidad en Medicina Forense de la Fiscalía, fechado el 11 de septiembre de 2021, del

que se extrae lo siguiente:

“Consideraciones técnicas: Principales complicaciones de la infección por COVID-19.

Debido a que la mayoría de los pacientes desarrollan neumonía, la principal complicación que se presenta durante el desarrollo de la enfermedad por COVID-19 es Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), seguida de lesión cardíaca aguda. En menor frecuencia se puede presentar arritmia, shock, lesión renal aguda, disfunción hepática e infecciones secundarias.

La mayoría de los pacientes requieren ventilación mecánica y/o presentan hipoxemia refractaria. Se ha identificado que las principales complicaciones que condujeron a la muerte fueron: SDRA, lesión cardíaca aguda y opacidades de gran tamaño en los pulmones.

Tratamiento y manejo hospitalario. Hasta la fecha no existen terapias antivirales que se dirijan específicamente a COVID-19, por lo que los tratamientos son únicamente de apoyo.

Análisis médico-legal. En relación a lo analizado del expediente médico del paciente, se determina que no sufrió ningún tipo de mala praxis médica, que incluya impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia por parte de los servidores públicos que le presentaron servicio médico.

La causa de muerte del paciente fue SDRA, secundario a Enfermedad Respiratoria Aguda por SARS COV 2/COVID19.

Por la evolución que el paciente presentó durante su internamiento, sí fue necesaria y bien efectuada la IOT de acuerdo con los algoritmos para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2 emitidos por el Colegio Mexicano de Medicina Crítica.

En caso de no haber realizado la intubación al paciente, hubiese sufrido desde la muerte por asfixia, fallo orgánico múltiple, acidosis respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico, inestabilidad hemodinámica que finalmente conducirían a la

Muerte del paciente.

Con lo anteriormente expuesto se llega a las siguientes:

Conclusiones: i). El paciente, no sufrió ningún tipo de mala praxis médica, que incluya impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia, por parte de los servidores públicos que le presentaron servicio médico. ii). La causa de muerte del C. fue SDRA, secundario a Enfermedad Respiratoria Aguda por SARS COV 2/COVID 19. iii). La intubación del paciente, si fue necesaria de acuerdo a los algoritmos para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2 emitidos por el Colegio Mexicano de Medicina Crítica. iv). En caso de no haber realizado la intubación al paciente hubiese sufrido desde la muerte por asfixia, fallo orgánico múltiple, acidosis respiratoria y desequilibrio hidroelectrolítico.

Dictamen en materia de Grafoscopia. Efectuado por Perito particular, del que se extrae lo siguiente:

Conclusiones: i). La firma se elaboró en el espacio cuyo rubro se lee “Firma y huella digital” en el formato de CI para procedimientos diagnósticos, médicos quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. Es falsa. ii). El nombre en el espacio cuyo rubro se lee “Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal” en el formato de “CI para procedimientos diagnósticos, médicos quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación”. No procede por su ejecución al puño y letra del señor ...”

Dictamen en Grafoscopia. Efectuado por Perito Técnico, de la Fiscalía, fechado el 30 de abril del 2021, del que se extrae lo siguiente:

Conclusión: No tiene el mismo origen gráfico la firma que obra en el rubro “Firma y/o huella digital” del paciente en el documento cuestionado, con relación a las firmas proporcionadas como base de cotejo...”

Comentarios: i). Con relación al dictamen efectuado por el Perito de la Institución que efectuó el análisis de la atención médica proporcionada al paciente, se pueden hacer las siguientes observaciones:

Determina que no existió Mala Práctica Médica por parte de los médicos que atendieron al paciente, a pesar de que, durante el inicio de su tratamiento evolucionó de manera estable, hasta el día 6 de septiembre del 2020 en que, de acuerdo al expediente, fue necesario aplicarle ventilación mecánica invasiva (VMI), aunque el objetivo de este procedimiento era mejorar la oxigenación, el día 7 empieza a complicarse y el día 8 de septiembre presentó enfisema subcutáneo en cuello y tórax y neumomediastino y sin la existencia de un diagnóstico de cuál era la causa de estas complicaciones ya que, era evidente que contribuirían a agravar su estado clínico, como sucedió posteriormente, no obstante, argumenta de la siguiente manera en su dictamen: “*Se identificó la presencia de enfisema pulmonar y neumomediastino complicación de la ventilación mecánica, frecuente en paciente con COVID-19, que se relaciona a requerimiento de presiones y volúmenes altos; en el presente caso la ventilación mecánica invasiva se describe dentro de parámetros de protección pulmonar, por lo que no se puede relacionar a elementos de mala práctica. Luego entonces esta complicación se debió a la progresión del daño pulmonar y el grado de afección alveolar que provocó cambios de presión locales y se presentó el efecto Macklin”.*

Al respecto, es necesario mencionar, de acuerdo a la bibliografía, qué es la IOT y las posibles causas que pueden originar la presencia de esos signos: “*Se define como la inserción de un tubo en la tráquea asistida por una guía que se introduce en la vía aérea desde el exterior a nivel del área pericricóidea, en dirección cefálica hacia la cavidad oral o nasal, con el fin de dirigir la entrada del tubo endotraqueal a la vía aérea y asegurar de este modo la ventilación del paciente”¹.*

Por lo tanto, debe servir para mejorar las condiciones clínicas del paciente y no para agravarlas como en el presente caso, ya que después de su aplicación el día 6 de septiembre, inmediatamente al día siguiente, comienza con deterioro clínico sin recuperarse hasta su muerte, de lo que se puede aseverar que estas complicaciones se derivaron de la aplicación de la VMI, las cuales, de acuerdo a la bibliografía, pueden derivarse de dos causas que son: i). *“Barotrauma iatrogénico (daño ocasionado por el médico) inducido por la ventilación mecánica: Se define como una lesión pulmonar, producto de altas presiones transpulmonares que ocasiona la presencia de aire extraalveolar. Debe considerarse una complicación del uso de la (VMI), en relación con el daño pulmonar ocasionado por la liberación de mediadores inflamatorios y daño endotelial ocasionado por el coronavirus. Sin embargo, no sólo la presión puede ocasionar lesión pulmonar, sino también el alto volumen pulmonar conocido como volutrauma”*². *“Es una complicación grave, cuya mortalidad alcanza un 10 a 35 % y aumenta cuando se atrasa el diagnóstico. El barotrauma engloba una serie de patologías (enfisema intersticial alveolar, enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumoperitoneo y neumotórax) que tienen en común la presencia de aire fuera de las vías aéreas. Existe evidencia clínica de casos de neumomediastino en pacientes con COVID-19, los cuales también pueden presentarse de manera espontánea o iatrogénica por un barotrauma”*³. *“El neumomediastino espontáneo es una condición rara con una frecuencia de 0.001 a 0.01 % de todos los pacientes adultos hospitalizados, Macklin y Macklin describieron el incremento del gradiente de presión alvéolo-intersticial que precipitaba el escape de aire al intersticio pulmonar, con progresión al mediastino, como mecanismo fisiopatológico de dicha entidad (efecto Macklin). Dentro de los factores de riesgo se incluyen personas jóvenes (18-25 años), de sexo masculino, con antecedentes de tabaquismo, infección respiratoria recién-*

*te, asma e hiperreactividad bronquial y enfermedad pulmonar intersticial”*⁴. *“Éste efecto también, puede deberse a cuadros graves de tos intensa los cuales inducen un aumento de la presión intraalveolar y ocasionan la ruptura de la pared alveolar”*⁵.

Todas estas causas se descartan puesto que en el EC no se describe que el paciente haya cursado con esos antecedentes. La rotura traqueal, sobre la cuál en la literatura se menciona lo siguiente: *“Es una complicación rara pero potencialmente mortal. Es necesario un alto grado de sospecha cuando se presentan los síntomas clásicos como el enfisema subcutáneo. Aunque el tratamiento conservador ha obtenido excelentes resultados, la reparación quirúrgica urgente es el tratamiento más comúnmente utilizado. Las roturas traqueales producidas durante la IOT son complicaciones excepcionales cuando son realizadas por personal experimentado. La causa de la rotura traqueal debida a la intubación es multifactorial. La cualificación del personal médico responsable es esencial para evitar esta complicación. Los factores asociados con mayor frecuencia con esta complicación, son la intubación en situación de emergencia, el que ésta sea dificultosa con varios intentos y el uso de fiador en la intubación. Otra posible causa es la hiperinsuflación del balón del tubo orotraqueal, la recolocación del tubo sin desinflar el balón o los movimientos del paciente con el balón inflado. La escasa incidencia de esta complicación nos debe mantener alerta para sospecharla y evitar la pérdida de tiempo en el diagnóstico de confirmación y en el tratamiento. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica urgente, aunque en algunos casos de roturas de pequeño tamaño se ha realizado un tratamiento conservador con buenos resultados”*⁶.

“La clínica propia de la rotura traqueal aparece con mayor frecuencia durante la ventilación mecánica, tanto de forma inmediata, tras producirse la lesión, como durante la intervención. En cualquier caso, hay que confirmar el diagnóstico con técnicas de

imagen mediante radiografía de tórax, en la que se observa el enfisema subcutáneo, el neumomediastino y/o el neumotórax, y Tomografía Computada, que permitirá localizar la lesión”⁷.

Esta complicación no fue descartada en el EC.

De acuerdo a la información bibliográfica, se puede resumir que cuando se presentan estas complicaciones lo primero que se debe hacer es identificar su causa para llegar a un diagnóstico y posteriormente implementar un tratamiento mediante un equipo médico interdisciplinario, para evitar que el paciente se agrave, ya que estas complicaciones aumentan la morbimortalidad, a pesar de ello, en el manejo del paciente, como se observa en las notas médicas, en ningún momento se buscaron los signos que menciona la bibliografía ni se descartó el efecto Macklin que describe el Perito que se presentó y que definitivamente no fue la causa del barotrauma, acorde a lo expresado anteriormente, ocasionando el deterioro clínico del paciente que terminó con su fallecimiento. Sin embargo, se deduce que el perito, trató de justificar la mala práctica médica, diciendo simplemente que los signos son una complicación de la ventilación mecánica.

Como se observa, fuera una u otra la causa de las complicaciones en el paciente, fueron originadas por el tratamiento médico instituido, y se puede aún establecer que el procedimiento de IOT, fue efectuado por un médico residente, porque, de acuerdo a lo manifestado en el dictamen del Perito, todo lo hicieron estos estudiantes, desde el aviso de la necesidad de intubar al paciente hasta el procedimiento de CI y se ratifica por las siguientes declaraciones ante el órgano Interno de Control: Según la versión del anesthesiólogo, señaló: *“que su atención hacia el paciente consistió en realizar el procedimiento de IOT a solicitud de los médicos tratantes. Mencionó que el paciente se encontraba consciente y que no manifestó su negativa al procedimiento, siendo que el CI ya estaba firmado cuando él acudió. La nota del procedimiento la*

realizó el residente del turno posterior al procedimiento y derivado de la pandemia y por estar atendiendo en otros pabellones no regresó a firmar la nota médica.”

Con esto se puede ratificar que el que efectuó el procedimiento fue un médico residente, sin contar con la supervisión del Médico Anesthesiólogo el cual, tenía la obligación de verificar que el procedimiento estuviera indicado y se llevara a cabo de manera correcta, al permitir u ordenar que lo efectuara un médico residente y se corrobora porque según él, el CI ya estaba firmado cuando él acudió (aclarando que dicho consentimiento fue suscrito por una persona diferente al paciente y que está sustentado pericialmente en la Carpeta de Investigación) y que tampoco firmó la nota médica del procedimiento, justificando que estas omisiones fueron por la pandemia. Además de que, según la Norma Oficial Mexicana del EC, el consentimiento debe firmarlo el médico que proporciona la información y asentando los datos del médico tratante y está firmado por el médico adscrito, como médico tratante, sin mencionar el nombre del anesthesiólogo, además, en el consentimiento se observó que el apellido del paciente es incorrecto, igualmente, no se describió el procedimiento, los beneficios esperados, los riesgos inherentes, así como, posibles alternativas, éste último razonamiento, ratifica que él no estuvo durante el procedimiento de CI ni durante la IOT, lo que contradice lo mencionado en su declaración, de que realizó el procedimiento de IOT, e incluso el argumento de que *“el paciente se encontraba consciente y que no manifestó su negativa al procedimiento”*.

Éste último argumento proporcionado por el anesthesiólogo, representa una contradicción, porque si el paciente no manifestó su negativa al procedimiento, entonces ¿por qué la necesidad de falsificar en forma manuscrita su nombre y firma en la hoja de CI? Y también surgiría la siguiente pregunta: ¿para qué instalar la VMI, si no existía justificación clínica, de laboratorio y gabinete en el EC, y sólo lo referido por

los médicos residentes, sin que él mismo u otro médico adscrito lo hayan corroborado?

Con relación a las alteraciones en la realización del CI, existe en la literatura lo siguiente: “...*alarmante fue encontrar 18 formatos firmados cuando los pacientes o familiares no lo hicieron, lo que se traduciría en una falsificación del documento*”⁸.

Por lo que se puede establecer, que el paciente no aceptó el procedimiento y lo intubaron a pesar de su negativa mediante sedación, lo que constituye una violación a su autonomía, porque el paciente se encontraba con capacidad para negarse y sin embargo, lo llevaron a cabo y para realizarlo y “evitar” una posible responsabilidad estructuraron un CI, asimismo, otras situaciones que refuerzan la no necesidad de la intubación, es la falta en el expediente de la hoja de enfermería del día 5 de septiembre del 2020, con la que se podría conocer cuál fue el estado clínico del paciente el día anterior que justificara la intubación, al igual que la ausencia en el expediente de una gasometría arterial para corroborar su estado de oxigenación, ejecutando el procedimiento sin describir la técnica en una nota médica. Todo lo anterior, más que beneficiar al paciente provocó su deterioro clínico, como se puede observar en las notas médicas a partir del día 7 de septiembre que refieren: paciente con deterioro clínico y el día 8 de septiembre: presenta enfisema subcutáneo y neumomediastino, complicaciones derivadas de la VMI y que pudieron ser originadas por un barotrauma o por lesión traqueal, ambos iatrogénicos (originados por el médico), eventos que no fueron descartados y que agravaron su estado clínico el cual ya no pudieron normalizar como estaba antes del procedimiento de intubación. i) Otro elemento que contradice lo argumentado por el anestesiólogo y confirma lo referido en los párrafos anteriores, es la declaración del residente del 4º. año de la especialidad de neumología que señaló: “*el día 06/09/20...ante el deterioro clínico del paciente avisó al paciente de la necesidad de IOT, además de avisar a*

*la médico adscrita de la cual no recordó su nombre y que fungió ese día encargada del servicio clínico 3, siendo la doctora la que informó a los familiares del estado de salud y solicitó el apoyo anestésico para la IOT. Señaló que fueron el médico adscrito y otra doctora de la cual no recuerda su nombre los encargados de supervisarlo. Agregó que el paciente no manifestó su negativa para la realización del procedimiento cuando él le informó de manera verbal, sólo estuvo presente cuando se le solicitó de forma verbal la firma del CI, en presencia del médico residente de primer año, y no presenció el momento en que firmó el paciente por estar atendiendo a otros pacientes.”. ii) Asimismo, el médico adscrito de Neumología los sábados, domingos y días festivos, señaló: hasta el 06/09/20 estaba adscrito al servicio clínico 4, declaró que: “*si bien no atendió al paciente de forma directa el 06/09/20, se le informó durante su recorrido a las 07:00 h, por parte de los residentes de guardia que el paciente había incrementado su dificultad respiratoria, por lo que se previó que podría necesitar apoyo respiratorio invasivo, por lo que indicó a los residentes de guardia realizar la solicitud de CI, quienes lo llenaron, firmándolo él, para posteriormente pasárselo al médico residente que se encontraba dentro del área Covid para que le informara al paciente sobre su estado de salud y la necesidad de apoyo respiratorio, sin recordar el nombre del médico residente. Señaló que otra doctora fue quien estaba a cargo del pabellón 3 el 06/09/20*”.*

Todas las razones y argumentos señalados en este punto, corroboran que el procedimiento de CI y de IOT, fueron llevados a cabo por un médico residente. Si bien es cierto que los residentes pueden llevar a cabo procedimientos que sirven para su capacitación, un médico adscrito responsable tiene que estar presente supervisando que los procedimientos efectuados por ellos estén indicados y se lleven a cabo conforme a la normatividad de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana de Emergencia

NOM-EM-001-SSA3-2022. Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas en Establecimientos para la Atención Médica, de la siguiente manera:

“3.1 Asesoría, a la actividad de apoyo formativo durante el desarrollo de las actividades de los médicos residentes, como la supervisión, demostración, observación o tutoría directa, presencial o a distancia, otorgadas por el profesorado de la especialidad y el personal institucional a través de los mecanismos determinados por la Institución de Salud, con el objeto de orientar la toma de decisiones mediante la sugerencia, ilustración, opinión e indicaciones, que favorezcan la atención de los pacientes.

Disposiciones para los médicos residentes.... i). Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad médica receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias. ii). Participar durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de la población que se le encomiende, siempre sujeto a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y equipo médico de la unidad médica receptora de residentes. iii) En situaciones de urgencia, el personal que cursa una residencia médica deberá informar a la autoridad inmediata superior las acciones médicas que se requieran realizar, a fin de recibir asesoría en tanto se cuenta con el apoyo requerido para su solución, de acuerdo a la normativa interna de la unidad médica receptora de residentes”.

Finalmente, se hace referencia al siguiente texto bibliográfico: “debido a que esas acciones fueron ocasionadas por estudiantes de medicina, sus actos deben ser supervisados y autorizados por el médico tratante o por el médico adscrito facultado en el manejo del enfermo que está de guardia; debido a que, en todo lo concerniente a las órdenes dadas por

los médicos jerárquicamente superiores a sus subordinados, es inobjetable que: se produce un incumplimiento del deber de cuidado cuando lo encomendado al estudiante sobrepasa el nivel de capacitación de éste. Por lo tanto, existirá una falla imputable al médico especialista, en consecuencia, se puede afirmar que el médico jerárquicamente superior si no cumple con sus deberes de instrucción, control y supervisión, podrá ser responsable de los actos en los que eventualmente pueda incurrir el estudiante de la especialidad. Por otro lado, existirá responsabilidad del residente cuando decide realizar un procedimiento diagnóstico o de tratamiento sin una orden superior o sin estar capacitado o autorizado para hacerlo y resulta en un daño para el paciente, como sucedió en el presente caso”⁹.

Respecto al CI, es el acto más importante de la relación médico-paciente debido a que plasma el momento en el que se formaliza el vínculo del cual derivan derechos y obligaciones para las partes, como se especifica en la siguiente Tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). i). *“Prestación de Servicios de Atención Médica. Contenido del Deber de Informar al Paciente en Materia Médico-Sanitaria¹⁰. De la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se infiere que el profesionista médico tiene una obligación de aportar al paciente todos los elementos necesarios para que éste tome una decisión libre e informada sobre su tratamiento o ausencia del mismo. En ese sentido, ...se entiende que el otorgamiento de información para cumplir con el deber de informar consiste, como mínimo y dependiendo de cada caso concreto, en el estado de salud del paciente, el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas, así como los riesgos inherentes y los efectos que puedan tener tales tratamientos o intervenciones, de ahí que el contenido que debe satisfacer este derecho no es*

inmutable, sino que se actualiza supuesto a supuesto. Por su parte, el sujeto de tal deber es, por regla general, el médico responsable del paciente y, en particular, aquellos profesionistas médicos que ejecuten un acto médico concreto (proceso asistencial, técnica o procedimiento invasivo, interconsulta, etcétera) que pueda incidir en la esfera de derechos del paciente. El destinatario de esta información debe ser el propio paciente o las personas unidas al mismo por vínculos familiares, de hecho, o legales que jurídicamente puedan tomar una decisión sobre su atención médica..." ii). En cuanto a la relación del CI con la ética. "El CI en salud conlleva una serie de antecedentes e implicaciones legales y bioéticas. Principio de autonomía. En bioética, la autonomía es la capacidad para determinar libremente su pensamiento y conducta (autodeterminación). La autonomía requiere capacidad para tomar decisiones y habilidad para poner en práctica sus elecciones. Encuentra su correspondiente en el principio de autonomía de la voluntad que es enteramente aplicable al CI, en el cual los autores del acto jurídico tienen la libertad de aceptar o rechazar su celebración y definir sin presiones y con la información suficiente el contenido y alcances en el caso concreto. Principio de beneficencia. Consiste en promover el bienestar o el mejor interés de una persona, mismo que encontramos como finalidad del derecho a la protección de la salud, que tiene las siguientes finalidades: el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y como requisito de contenido mínimo de la carta de CI de señalar los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado. Principio de no maleficencia. Este gran principio está ligado al *primum non nocere*, que además de ser el principio más valioso del legado hipocrático, establece categóricamente el buen inicio de la relación médico-paciente. Ante todo, y, primero que nada, no dañar. El CI debe establecer en su contenido el tratamiento a las consecuencias negativas del acto

autorizado. Por ello en el CI debe estar señalada la autorización para atender las contingencias y urgencias que deriven del acto consentido, mismas que el médico deberá tratar con la libertad prescriptiva que le asiste. Ahora bien, esta libertad prescriptiva del médico en el CI es interpretada por la SCJN, de cuya tesis aislada¹¹ podemos extraer los siguientes elementos: I. la libertad prescriptiva es parte del derecho al trabajo de los médicos establecido en el artículo 5º constitucional. II. es un principio científico y ético orientador de la práctica de la profesión médica. III. este principio otorga discrecionalidad (no arbitrariedad) para actuar con fundamento en la ciencia actual. IV. su fin debe ser siempre buscar el beneficio del paciente (beneficencia). V. el principio debe considerar las circunstancias del caso concreto. Como se aprecia, éste y el anterior principio están íntimamente relacionados con el imperativo de acercarse al bien y mantenerse lejos del mal, paradigmas que la bioética y el derecho comparten. Principio de justicia. La justicia conmutativa, es la más aplicable al tema de la relación médico-paciente, pues es la que rige el intercambio entre personas que se encuentran en un plano de igualdad, tal y como debe concebirse la relación médico-paciente moderna, una relación en la que ambos participan con el mismo nivel de compromiso, entusiasmo y corresponsabilidad hacia el fin de protección de la salud"¹².

De acuerdo a estos principios, evidentemente existió violación a las *Derechos Humanos* del enfermo al no respetar su autonomía a negarse al procedimiento de intubación, al principio de beneficencia, al no promover el bienestar o el mejor interés de una persona, al efectuar un procedimiento no justificado clínicamente, al principio de *No Maleficencia*, al provocar un daño al paciente con la IOT, porque complicó su estado de salud y finalmente lo llevó a la muerte, y transgrediendo su derecho a la justicia, al determinar de manera unilateral (por el médico) el

procedimiento de intubación, sin participación del paciente en la decisión.

Por lo que, se puede concluir que: i). Se realizó un procedimiento invasivo sin el consentimiento del paciente. ii). No se encontraron en el expediente indicaciones precisas para realizar el procedimiento. iii). La VMI provocó el agravamiento del paciente porque de ella se derivaron las complicaciones mencionadas. iv). Esas complicaciones agravaron las alteraciones que había provocado su enfermedad de base (infección COVID-19), que evidentemente estaba en remisión. v). Todos estos actos y complicaciones fueron los que provocaron la muerte del paciente. vi). En consecuencia, su muerte fue derivada de actos y omisiones de médicos residentes y adscritos del Hospital y se debe investigar si también del Servicio de Enfermería. vii). Violar los Derechos Humanos del paciente al infringir los principios bioéticos inherentes al CI.

Y, a pesar de que en su dictamen manifiesta, alteraciones en el EC y en el manejo del paciente, además de otros argumentos que manifiesta en su dictamen el Perito que estudió el caso, y que resultan contradictorios con su conclusión final son:

“No contamos con las notas correspondientes al 31/08/20 y al 01/09/20.

4/09/2020, Advertimos deficiencias en el seguimiento del paciente, pues no hay evidencia del empleo de herramientas de seguimiento clínicas (escalas de valoración) y gasométricas que pueden identificar de forma temprana a aquellos pacientes que fallan a alguna estrategia particular de ventilación (PNAF o VMNI), en este tenor no se puntualizó en las notas médicas si el paciente presentaba mejoría o no con las intervenciones. Los tiempos de valoración registrados se prolongaban hasta 24 h, cuando se reconoce que estos pacientes tienen que valorarse de forma muy estrecha (cada 2/4/6/12 h) al menos en las primeras 48 h. Sin embargo, es posible apreciar que el paciente cursó con estabilidad dentro de su gravedad, es decir que durante estos primeros 5 días

de estancia intrahospitalaria no aumentó la disnea y se logró mantener la saturación arriba de 90 %, con mejoría en la hipoxemia (nivel de oxígeno en la sangre) ...”

En la nota médica del 05/09/20 se señaló: *“que se había disminuido el flujo a 50 L desde el día previo y mantenía saturación de 94 %, manteniéndose pendiente estudios de imagen de control. Los laboratorios reportados en la nota respecto a la biometría hemática no corresponden a los impresos por el Laboratorio, y la química sanguínea no está impresa por lo que no podemos conocer la veracidad de lo reportado en la nota, no obra reporte de gasometría.*

No contamos con la evidencia suficiente para conocer con exactitud la evolución del paciente el 05/09/20, debido a las omisiones en la integración del expediente que incumplen con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del EC, en sus parágrafos 8.3 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, 6.2.3 (la nota deberá incluir) resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 9.1 Hoja de Enfermería. Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico.

No obra nota médica del médico adscrito encargado del paciente durante el turno de ese domingo, acorde a la comparecencia ante el OIC del Dr. el 11/04/22, quién refiere que correspondía a otra Dra.”.

Determina que: *“Para su ingreso hospitalario se dispuso con el CI de ingreso, admisión y procedimientos hospitalarios con fecha del 30/08/20, donde se señala entre otras cosas, la ausencia de un tratamiento específico para la COVID-19 y la posibilidad de requerir IOT para lo cual se autoriza desde ese momento el procedimiento en caso de requerirse,*

esto fue autorizado por la esposa del paciente, por lo que obra evidencia de que se le informó a la familiar sobre la posibilidad de intubación y ventilación mecánica, sin embargo no se especificaron riesgos, ni obran testigos, en desapego a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del EC, en su parágrafos...”

Y refiere: “*Si bien no obra CI específico para la intubación firmado por el paciente o familiar, el procedimiento se llevó a cabo en favor de conservar su vida dadas las condiciones críticas en las que se encontraba en ese momento”.*

Éste último que contradice lo anterior, puesto que al referir que no contaba evidencia suficiente para conocer con exactitud la evolución del paciente el 05/09/20, justifica el procedimiento de intubación.

Todos estos datos, que evidentemente no permitieron verificar con puntualidad el estado clínico del paciente para justificar la intubación orotraqueal y el correcto manejo del paciente, el perito de la Institución que analizó el caso los minimizó determinando la no existencia de *Mala Práctica Médica*.

También, permite determinar que el Perito desconoce la normatividad sobre el CI, ya que la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012*, Del EC se especifica que el CI debe solicitarse al ingreso del paciente (Punto No. 10.1.2.1) y para cualquier procedimientos diagnósticos o terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo (Punto No.10.1.2.8).

Igualmente, deja entrever en su dictamen que el procedimiento de intubación fue efectuado sin CI porque se trataba de una urgencia, a pesar de que, de ser así, los médicos debieron de apegarse a lo determinado en la siguiente Tesis de la SCJN: “*CI en Materia Médico-Sanitaria. Sus Finalidades y Supuestos Normativos de su Excepción*”¹³.

Consecuentemente, como lo prevén los artículos 50 de la Ley General de Salud y 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de

Servicios de Atención Médica, este consentimiento deberá recabarse al ingreso al hospital de una persona a fin de poder practicarle los procedimientos médico-quirúrgicos para su debida atención como usuario de ese servicio de salud, así como previamente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente... cuando concurra un caso de urgencia o el paciente se encuentre en un estado de incapacidad transitoria o permanente y tampoco sea posible que su familiar más cercano, tutor o representante autorice los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, los médicos de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de 2 de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el EC de dicho actuar, de conformidad con el artículo 81 del reglamento citado...”

Y no existió la valoración o acuerdo de 2 de ellos en el citado Consentimiento, ni en el EC.

Y se corrobora, porque el consentimiento fue confeccionado y suscrito por el médico adscrito a las 7:00 h. del día 6/09/20; y la intubación se llevó a cabo hasta la noche de ese día, de acuerdo a lo siguiente:

En su dictamen establece que: “*el médico que ordenó a los residentes llevar a cabo el procedimiento de CI el 06/09/20 y estaba adscrito al servicio clínico 4, declaró que: si bien no atendió al paciente de forma directa el 06/09/20, se le informó durante su recorrido a las 07:00 horas, por parte de los residentes de guardia que el paciente había incrementado su dificultad respiratoria por lo que se previó que podría necesitar apoyo respiratorio invasivo, por lo que indicó a los residentes de guardia realizar la solicitud de CI, quienes lo llenaron, firmándolo él*”, asimismo en su dictamen, refiere: “*Acorde a la hoja de Enfermería para paciente crítico, se puede inferir que la IOT se realizó mediante bloqueo del nervio laríngeo recurrente, acorde al informe que posteriormente*

rindió el anestesiólogo se realizó por secuencia rápida a las 19:00 h”.

Sobre el dictamen efectuado por la Dra. de la Fiscalía, se puede comentar lo siguiente: En su dictamen sólo se limita a describir media hoja de antecedentes, en sus consideraciones técnicas transcribe datos bibliográficos sin establecer su relación y, posteriormente, en 13 renglones realiza lo que define como su “*Análisis Médico-Legal*”, en el que no se observa ningún análisis del manejo del paciente ni de las irregularidades y alteraciones en el EC, finalmente en sus conclusiones determina: “*El paciente, no sufrió ningún tipo de mal praxis médica, que incluya impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia por parte de los servidores públicos que le prestaron servicio médico.*”

En este sentido se debe recordar que: El dictamen pericial tiene como objetivo ilustrar a Autoridades, Jueces y Peritos sobre un caso en estudio, incluyendo una serie de apartados necesarios para dar a conocer de manera concreta el caso. Esos rubros deben contener: él o los objetivos del estudio, los elementos que lo conforman (antecedentes) y que serán analizados, el estudio técnico-científico de esos elementos (comentarios) y, finalmente las conclusiones que reflejan una serie de reflexiones basadas en el sentido común, lógica, bibliografía médico-científica, preparación académica y experiencia del experto que lo emite. Demostrando así, que el caso ha sido estudiado completamente y sustentado de manera correcta. Se trata de un recurso documental que regularmente utilizan los Peritos para integrar y analizar todas las evidencias que se tienen sobre un caso, dando cuenta de los hechos comprobados directamente en sus investigaciones, además de aquéllos provenientes de indicios y evidencias, testimonios, declaraciones, o informes anteriores, es decir, de todo lo relacionado y/o contenido en un EC o jurídico, expresando los razonamientos técnico-científicos que servirán de fundamento a su diagnóstico¹⁴, sin encontrarse en el citado dictamen

un estudio completo y sustentado para emitir conclusiones.

Asimismo, la finalidad de esta prueba, como la del resto de las previstas en la Ley, consiste en acreditar los hechos que fundamentan las pretensiones de las partes en el proceso, con la particularidad, de que el objeto de la prueba pericial son hechos que no son del común saber de las partes o del juez, de modo que el perito, mediante su informe, proporciona al tribunal los conocimientos técnicos necesarios para la valoración de los hechos objeto de la controversia. Es decir, cuando el perito actúa conforme con los criterios válidos y vigentes en la disciplina que se trate y los aporta al tribunal diciendo la verdad, se garantiza el mínimo necesario de imparcialidad científica, objetiva, que debe concurrir en el trabajo de examen y emisión del dictamen pericial¹⁵.

También, es necesario transcribir el concepto de *Mala Práctica Médica* de la bibliografía: que, se define como: “*la privación, el abandono, la ilegitimidad dolosa o culposa, la inconveniencia, la carencia de recursos materiales o humanos, la falta de conocimientos y de aplicación integral de los procedimientos técnico-científicos, el incumplimiento y/o desconocimiento de leyes y normas, la temeridad, el maltrato, la prepotencia, la falta de comunicación, así como las omisiones por descuido o indolencia, que perjudican la salud, la vida, la economía o el derecho a la administración de justicia de las personas y son cometidos u omitidos por prestadores de servicios de atención médica.*”⁹

La *mala práctica médica* es un tema complejo, en gran parte debido a que sus efectos son de gran alcance. Se caracteriza porque quien proporcionó la atención actuó en forma negligente, imprudente o con impericia, implicando que esta persona no era competente o razonablemente hábil, perjudicando al paciente incluso, hasta provocar su deceso, sin embargo, la Perito de la Fiscalía, determina la no existencia de esas conductas sin haber descrito los

elementos técnico-científicos que la llevaron a esa conclusión.

De acuerdo a lo referido en los puntos anteriores, es posible determinar que: el dictamen emitido por la doctora de la Fiscalía no reúne las cualidades de un dictamen pericial al ser incompleto e infundado y mucho menos puede servir de apoyo al agente del Ministerio Público o al Juez, para que tomen una determinación sobre el caso, lo único que aporta es una opinión infundada que puede influir en el ámbito decisorio de esas autoridades provocando juicios erróneos que afectan el derecho a la Procuración y Administración de Justicia de los afectados.

Asimismo, durante el estudio de este caso, se observan irregularidades en la integración del EC por parte de los servidores públicos encargados de su realización e integración, como es el hecho de que se entregaron el día 11/11/20 a la denunciante por parte del INAI (Instituto Nacional de Acceso a la Información) una copia certificada del EC, proveniente del Hospital que consta de 95 hojas y, posteriormente el Director Médico del Hospital, entregó al Agente del Ministerio Público un EC, que consta de 139 hojas y 2 discos CD de estudios de imagenología, el día 4 del mes de marzo del 2021, hecho que pone en duda la autenticidad de las 44 hojas adicionales, puesto que se entregaron cuatro meses después.

Situación, que hace imperante la necesidad de describir algunas consideraciones puesto que algunas de ellas si bien no pueden ser constitutivas de mala práctica médica, otras sí pudieron influir en el manejo médico del paciente, las cuales fueron mencionadas en el dictamen del perito de la Institución que se refirió en el punto 3.1, por lo que se iniciará su análisis invocando lo que refiere la normatividad sobre este documento: i). La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SA3-2012. Del EC. Establece lo siguiente: “4.4 EC, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento

para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.” Por lo tanto, se debe ser minucioso y eficiente en la integración completa del EC. Las notas deben estar bien estructuradas; ser claras, ordenadas, no redundantes, legibles, coherentes, exactas, pertinentes, breves y útiles, estar actualizadas y ser completas.

El argumento anterior, se realiza porque no se cuenta con las notas médicas correspondientes al 31/08/20 y al 01/09/20, sólo indicaciones médicas. No hay notas de enfermería del día 5 de septiembre del 2020, la hoja de CI para la realización de la sedoanalgesia, además del procedimiento de IOT y la colocación de catéter venoso central, no cuenta con la descripción de los procedimientos, así como posibles alternativas, con relación a este último argumento, se observa que se infringió lo determinado en esa Norma, relacionado con el CI que a la letra dice:

“Los eventos mínimos que requieren de cartas de CI serán: i). Ingreso hospitalario. ii). Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo...”

Por lo que se puede establecer que los médicos y personal de enfermería, no integraron adecuadamente este documento, a pesar de que se debe ser minucioso y eficiente en la integración completa del EC.

Asimismo, se transgredió la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología, al no efectuar de manera correcta el procedimiento de CI de acuerdo a lo establecido de la siguiente forma: i). *Obtener del paciente, familiar más cercano en vínculo o representante legal, la*

carta de CI, previa información clara, veraz, suficiente y oportuna sobre los beneficios del plan anestésico propuesto, así como, los riesgos y las complicaciones que con mayor frecuencia se relacionan con el procedimiento a realizar...”

Conclusiones: i). Existió Mala Práctica Médica y Violación a los Derechos Humanos de la protección a la salud y a la Administración de justicia del paciente y de los principios bioéticos relacionados con el CI, por parte del personal de salud del Hospital y de los médicos residentes, que participaron en la prestación de servicios médicos y de los peritos que emitieron su opinión sobre el caso, al no tomar en cuenta la manera en que se “autorizó” el procedimiento de Intubación y sus consecuencias en el paciente. ii). La muerte del paciente fue consecuencia de complicaciones ocasionadas por la IOT, procedimiento que no estaba indicado, puesto que se trataba de un paciente con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 con evolución estable y el CI para su ejecución, fue obtenido ética, profesional y legalmente de manera incorrecta.

Discusión

Resulta evidente que el paciente presentó un barotrauma o una rotura traqueal, ambos eventos de origen iatrogénico, complicaciones que aumentan la morbimortalidad, cuando se presenta, lo primero que se debe hacer es identificarlo para llegar a un diagnóstico y posteriormente implementar un tratamiento mediante un equipo médico interdisciplinario evitando que el paciente se agrave, a pesar de ello, en ningún momento se buscaron los signos que menciona la bibliografía sobre estos daños, igualmente no se descartó el efecto Macklin que describe el Perito y que definitivamente no fue la causa del barotrauma, acorde a lo expresado anteriormente, ocasionando el deterioro clínico del paciente que terminó con su fallecimiento.

Haciendo la observación que los acontecimientos descritos en el párrafo anterior fueron derivados de que los médicos adscritos dejaron en manos de los residentes el manejo del paciente, hecho que originó la decisión por parte de éstos de la aplicación de una VMI sin existir evidencia clínica y de laboratorio que la justificara, puesto que su evolución había sido estable, y se demuestra porque: a) no hay notas de enfermería del día 5 de septiembre del 2020. b) la hoja de CI para la realización del procedimiento de IOT, presenta alteraciones. c) No existe la hoja de CI para la sedoanalgesia, d) no se encuentran descritas las técnicas de aplicación de la VMI ni de la colocación del catéter venoso central, para conocer si estuvieron bien realizados y si no se presentaron complicaciones. Por lo que, se puede establecer que el EC no fue integrado adecuadamente, en razón de lo cual, al existir la falta de información sobre todos esos procedimientos que hubiera permitido conocer con exactitud cuál fue la situación clínica del paciente antes, durante y después de los procedimientos que se le implementaron, se puede determinar categóricamente que de ellos se originaron las complicaciones que se presentaron posteriormente que, aunadas a las irregularidades en la integración del EC no permitieron advertirlas oportunamente e influyeron en la evolución tórpida del estado clínico del paciente produciendo su deceso.

En otro orden de ideas, sobre el rol de los médicos residentes, es imperativo mencionar que: la residencia médica es la etapa formativa práctica de los estudiantes y ellos están ahí para recibir enseñanza y aprender de los médicos adscritos, y está regulada en la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, de la siguiente manera: *3.13 Residencia Médica, al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el personal que cursa una especialidad médica dentro de las Unidades Médicas Receptoras*

de Residentes reconocidas como Sede o Subsede, durante el tiempo establecido en los Programas Académico y Operativo. 3.8 Médico Residente: Al profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.

De acuerdo a la Norma, los hallazgos en el caso estudiado muestran, un vacío existente en la formación del médico residente, por parte de los médicos de la Institución, ya que como se pudo apreciar, se deja a los estudiantes solos, sin instrucción y como responsables de los pacientes. Porque la tarea del médico adscrito es supervisar constantemente el aprendizaje, habilidades y destrezas de los médicos residentes, para estar en condiciones de indicar los procedimientos que el estudiante puede llevar a cabo atendiendo al grado académico que tiene y que determina el nivel de capacitación para ejecutarlos, y, de ser necesario explicar y observar el procedimiento técnico o administrativo, para que, una vez llevado a cabo, pueda suscribir la nota médica que debe ser realizada.

La categoría del estudiante de especialidad, es la de una persona que está en capacitación en la atención de pacientes, el interno y el residente, actuando bajo la dirección y supervisión de un médico maestro de la Institución de Estudios Superiores a la que pertenece, por un médico de la Institución de Salud jerárquicamente superior a él o por el médico que esté facultado en el manejo del paciente, evitando llevar a cabo acciones que no sean acordes a su nivel profesional y que puedan calificarse como temerarias, imprudentes, de desobediencia jerárquica, contrarias a la ética médica o violatoria de los derechos humanos de los pacientes².

Para analizar las posibles transgresiones legales, profesionales y éticas de un médico residente durante su capacitación en instituciones públicas, es conveniente advertir que las mismas pueden ser de índole penal, civil o administrativa. Investigar acerca de la

responsabilidad profesional del estudiante de una especialidad médica exige, como ya se analizó anteriormente, establecer qué se encuentra detrás del término Médico Residente y cuál es su condición en el ejercicio de la medicina. Ésta misión, resulta necesaria no solo en el ámbito médico sino en lo jurídico, para proporcionar a la autoridad la interpretación de la jerarquía del médico residente dentro del hospital debido a las funciones o tareas a desarrollar que permitirá a ésta determinar los alcances que, en el ámbito profesional, académico y laboral tiene este personaje, para poder establecer su responsabilidad legal y, también, de los médicos especialistas, jefes de servicio y adscritos, responsables del servicio involucrado y del paciente durante el turno o la guardia, para establecer la correspondencia y magnitud de esa responsabilidad, asimismo, la conducta que llevó al médico o médicos involucrados a la transgresión de la normatividad. Por otro lado, se debe insistir que, en todo lo concerniente a las órdenes dadas por los médicos jerárquicamente superiores a sus subordinados, es inobjetable que: se produce un incumplimiento del deber de cuidado cuando lo encomendado al estudiante sobrepasa el nivel de capacitación de éste. Por lo tanto, existirá una falla imputable al médico especialista; en consecuencia, se puede afirmar que el médico jerárquicamente superior si no cumple con sus deberes de instrucción, control y supervisión, podrá ser responsable de los errores en los que eventualmente pueda incurrir el estudiante de la especialidad. Por otro lado, existirá responsabilidad del residente (porque ya cuenta con el título de médico), cuando decide realizar un procedimiento diagnóstico o de tratamiento sin una orden superior o sin estar capacitado o autorizado para hacerlo y resulta en un daño para el paciente⁹.

En cuanto al CI, es un procedimiento médico-legal y bioético que está normado por el Estado para facilitar el ejercicio médico y las decisiones del paciente, con base a ello, al ser obtenido de manera ética y legal

repercute beneficiosamente en la relación médico-paciente y fortalece la confianza en los médicos y en las instituciones de salud, por otro lado, cuando se consigue falsificándolo, origina socialmente un ánimo de desconfianza.

En otro orden de ideas, los médicos que fungen como peritos, deben estar capacitados y cumplir éticamente con esa responsabilidad, porque sus opiniones pueden tener efectos jurídicos al influir en las decisiones del Ministerio Público y Juez.

Conclusión

El desconocimiento o la falta de acatamiento de las leyes y normas que regulan las funciones de médicos adscritos y estudiantes de la especialidad, puede ocasionar daños irreparables a los pacientes, como en el caso estudiado, de los cuales se deriven faltas administrativas o inclusive delitos que denigran el ejercicio profesional médico y generan desconfianza en la sociedad. Por lo que, resulta importante que el médico residente no tome decisiones y lleve a cabo intervenciones que requieran autorización, supervisión y asesoramiento por parte de los médicos adscritos, y, los médicos adscritos, sean profesores o médicos de la institución, deberán cumplir con lo ordenado en la normatividad sobre la supervisión, demostración, observación o tutoría directa, presencial o a distancia de las actividades de los residentes para que éstas beneficien la atención prestada a los pacientes.

De igual forma, sucede con la confección del CI, que debe ser llevado a cabo por el médico que proporciona la información y, si se trata de un residente, éste debe ser supervisado por el médico responsable del paciente, para verificar que sea efectuado conforme a la normatividad y se consiga el beneficio social para el que fue creado.

Finalmente, se debe recordar que, todo procedimiento médico debe ser ejecutado con base a los principios científicos, éticos y legales que rigen la

medicina. De igual forma, con la exposición de estas trasgresiones a la normatividad médico-legal, se pretende contribuir preventivamente a evitar, que los médicos institucionales y/o residentes incurran en actos u omisiones que puedan originar alteraciones en la salud y/o la vida de los pacientes y que las opiniones de los médicos acreditados como peritos, influyan incorrectamente en la impartición de justicia.

Fuente de financiamiento

No existo financiamiento.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

No hay agradecimientos.

Consideraciones éticas

Ya se expresaron.

Limitaciones en la investigación

Ninguna.

Literatura citada

1. Rojas-Peñaloza J, Zapién-Madrigal JM, Athié-García JM, Chávez-Ruíz I, Bañuelos-Díaz GE, López-Gómez LA, et al. Manejo de la vía aérea. *Rev Mex Anestesiología* 2017;40 Suppl 1:S287-S92.
2. Bolívar-Rodríguez MA, Martínez-Nava JC, Pamanes-Lozano A, Cázarez-Aguilar MA, Quiroga-Arias VE, Bolívar-Corona A. Barotrauma y ventilación mecánica en pacientes críticos COVID-19.

- Neumol Cir Torax 2021;80(1):62-7. DOI: <https://doi.org/10.35366/99457>
3. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta Méd Peruana 2011;28(2):87-104.
 4. Suárez Poveda T, Lopera Valle JS, Arrieta Rojano A, García Gómez V. Neumomediastino espontáneo: Una serie de casos. Rev Colomb Radiol 2019;30(2):5153-7. DOI: <https://doi.org/10.53903/01212095.82>
 5. Hernández-Rivera I, Pamanes-Lozano A, Bolívar-Rodríguez MA. Neumotórax en pacientes COVID-19. Rev Med UAS [Internet]. 2021[citado 5 de abril de 2023];11(3):258-68. Recuperado a partir de: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v11/n3/neumotorax_covid19.html
 6. Miñambres E, Burón J, González-Castro A, Rodríguez-Borregán JC, Mons R, López-Espadas F. Rotura traqueal tras intubación urgente. Med Intensiva 2005;29(7):393-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(05\)74268-6](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(05)74268-6)
 7. Rubio Jiménez ME, Cid París E, López Andrés N, Blázquez Arrabal B, Olloqui Escalona A, Jiménez Bustos JM. Rotura traqueal como complicación de una intubación endotraqueal. Acta Pediatr Esp 2011;69(10):479-82.
 8. Vizcaya Benavides DM, Zúñiga Villarreal FA, Pérez Cortés P, Cobos Aguilar H. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. Rev Fac Med (Méx.) 2014;57(5):5-13.
 9. García Garduza I. Medicina legal, mala práctica médica y juicio oral. México: Editorial Porrúa; 2021. 340 p.
 10. Tesis aisladas y, en su caso, ejecutorias. Prestación de servicios de atención médica. Contenido del deber de informar al paciente en materia médico sanitaria. En: Poder Judicial de la Federación, editores. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación [Internet]. México: Decima Época; 2016. p. 507-8. Recuperado a partir de: www.scjn.gob.mx/sites/default/files/gaceta/documentos/tomos/2016-12/libro34t1.pdf
 11. Responsabilidad civil extracontractual en materia médico-sanitaria. Supuestos de valoración en un acto médico complejo [Internet]. Suprema Corte de Justicia de la Nación. 2016 [citado 5 de marzo de 2023]. Recuperado a partir de: https://bj.scjn.gob.mx/doc/tesis/q_duMHYBN_4klb4HETGX/%22Profesionista%22
 12. Vázquez Guerrero AR, Ramírez Barba ÉJ, Vázquez Reta JA, Cota Gutiérrez F, Gutiérrez Muñoz JA. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? Cir Gen 2017;39(3):175-82. DOI: <https://doi.org/10.35366/77032>
 13. Tesis aisladas y, en su caso, ejecutorias. Consentimiento informado en materia médico sanitaria. sus finalidades y supuestos normativos de su excepción. En: Poder Judicial de la Federación, editores. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación [Internet]. México: Decima Época; 2016. p. 315-5. Recuperado a partir de: <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/gaceta/documentos/2016-12/libro32.pdf>
 14. García Garduza I. Procedimiento Pericial Médico-Forense. Normas que lo rigen y los Derechos Humanos. 5ª ed. México: Editorial Porrúa. 2017. p 82-3.
 15. Aguirrezabal Grúnstein M. Algunos aspectos relevantes de la prueba pericial en el juicio civil. Rev Derecho 2012;19(1):335-51. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-97532012000100010>

Nota del Editor:

Current Opinion Nursing & Research (CONR) se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales.