

RECOMENDACIÓN

5/2010

EXPEDIENTE: CDHEH-I-1-0245-2009

AUTORIDAD: [REDACTED], MÉDICO

INVOLUCRADA: [REDACTED] ANESTESIÓLOGO E

[REDACTED] MÉDICO
RESIDENTE DEL
SERVICIO DE
ANESTESIOLOGÍA
ADSCRITOS AL
HOSPITAL GENERAL
DE PACHUCA.

HECHOS NEGLIGENCIA MÉDICA
(8.2.4)

VIOLATORIOS:

Pachuca de Soto, Hidalgo, veinticuatro de marzo de dos mil diez.

[REDACTED]
SECRETARIO DE SALUD Y
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
PRESENTE:

Distinguido señor Secretario:

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en uso de las facultades que le otorgan los artículos 9°. bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo y, 9° y 21 fracción III de su Ley Orgánica, ha examinado los elementos del expediente citado y visto los siguientes:


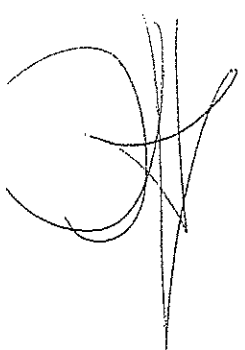
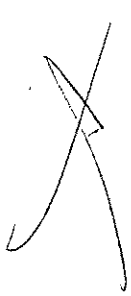

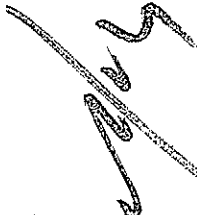
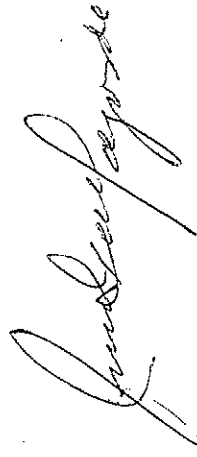
HECHOS

1.- La señora [REDACTED] mediante comparecencia formuló queja en este organismo el veintitrés de enero de dos mil nueve, en virtud de que aproximadamente a las veintitrés horas del cuatro del mismo mes y año, su menor hija de nueve años de edad, [REDACTED] fue trasladada por una apendicitis del Hospital del Altiplano de la ciudad de Apan, Hidalgo, al Hospital General de esta ciudad, en donde una vez que la operaron aproximadamente a las cuatro horas del día siguiente, le

informaron hasta la tarde de ese mismo día, que a su hija la habían pasado al área de Pediatría en el tercer piso porque entró en coma, estado del cual despertó nueve días después, dándose cuenta que su hija quedó inerte, pues no ve, no se mueve y no habla; comunicándole los pediatras que su hija se encontraba grave, tal vez por la falta de oxígeno ya que en la operación se convulsionó y le dio un infarto, situación que nunca le comentaron los cirujanos durante o después de la operación, así que se entrevistó con el director del hospital para que le diera una explicación, pero éste sólo le dijo que el daño que su hija tenía era irreversible.

2.- Al requerir a través del director del Hospital General de esta ciudad, el informe de autoridad a los médicos que tuvieron a su cargo la intervención quirúrgica de la niña [REDACTED], esta Comisión recibió el veintinueve de enero de dos mil nueve, oficio suscrito por el subdirector médico de dicho nosocomio [REDACTED], con el que remitió un resumen clínico elaborado por los [REDACTED] y [REDACTED] cirujano general y anestesiólogo, respectivamente, así como resumen clínico suscrito por el [REDACTED] médico pediatra, anexándose copia simple del expediente clínico correspondiente a dicha menor.

3.- El veinticinco de marzo de dos mil nueve, el [REDACTED] director del Hospital General de Pachuca, informó a este organismo, (fojas 158, 159 y 160), que la menor [REDACTED] ingresó el cuatro de enero del dos mil nueve al servicio de urgencias de ese nosocomio aproximadamente a las veintitrés horas con quince minutos, clínicamente con datos de apendicitis complicada, presentándose el caso al servicio de anestesiología, obteniéndose datos de laboratorio mediante apoyo del Hospital del Niño DIF, entrando a quirófano a las tres horas con cuarenta y cinco minutos, iniciándose monitoreo de la paciente, medicándose con MIDAZOLAM 2 miligramos y FENTANIL 50



miligramos, se administró oxígeno suplementario a 3 LITROS x minuto a través de puntas nasales, se colocó a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo y se efectuó bloqueo subaracnoideo a nivel de L2 y L3, se administraron 12 miligramos de BUPIVACAINA HIPERBÁRICA, se colocó en posición decúbito dorsal presentando en ese momento apnea y bradicardia, se le asistió con mascarilla facial y se intubó a la paciente, se le administraron 400 microgramos de ATROPINA, recuperándose la frecuencia cardiaca satisfactoriamente, se continuó con anestesia general balanceada, efectuándose procedimiento de apendicetomía sin complicaciones, colocándose drenaje, dándose por terminado el procedimiento quirúrgico; realizándose emersión anestésica por lisis, se extubó sin complicaciones, pasando a recuperación con signos vitales estables, (T/A 100/60, FC 60 X min., TEM 39 °C, frecuencia respiratoria 50 x min.), ALDRETE de 8 y monitorización continua a las cinco horas con cuarenta minutos, informando a la madre ampliamente de su estado post-quirúrgico y anestésico por parte del [REDACTED] [REDACTED] especialista en Cirugía.

A las seis horas con treinta minutos en cuidados post-anestésicos, la paciente presentó crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, las cuales fueron yuguladas con 2 mg de MIDAZOLAM en dos ocasiones, presentando una tercera crisis convulsiva a las seis horas con cincuenta minutos, aproximadamente, solicitándose interconsulta al servicio de pediatría, informando el [REDACTED] médico adscrito a Anestesiología a la familiar, que su paciente se encontraba con crisis convulsivas y fiebre elevada de 39.5 °C, así como con respuesta inflamatoria sistémica. La paciente fue intervenida quirúrgicamente por abdomen agudo secundario a apendicitis complicada, esta enfermedad es potencialmente complicable por la respuesta inflamatoria que presenta esta patología, dentro de estos datos son: la fiebre mayor de 39 °C, taquicardia y sepsis, colección intraabdominal o fistula enterocutánea en pacientes con apendicitis complicada.

En días posteriores la madre (quejosa) acudió a la dirección del hospital informándosele del estado de salud de su paciente, el cual era de un proceso con evolución dada por el transcurso del tiempo de carácter **ocasionalmente irreversible**, pero potencialmente con evolución favorable.

4.- Por su parte la [REDACTED] rindió su informe de autoridad el tres de abril de dos mil nueve, (fojas 165 y 166), anexando bibliografía, y en su calidad de médico residente del servicio de anestesiología refirió: "... que el cinco de enero de dos mil nueve a las tres y media de la mañana se les solicitó procedimiento quirúrgico de la niña [REDACTED] [REDACTED] de nueve años de edad, con diagnóstico de apendicitis aguda complicada, programándose para una apendicetomía de urgencia, negando antecedentes patológicos de relevancia... la paciente se encontraba febril con buena coloración de tegumentos, deshidratada, **poco cooperadora**, signos vitales FC 140x, FR 30X, TA 110/60, temperatura 39.8, dándole un ASAU2B... procedimiento anestésico: se medicó con MIDAZOLAM 2mg IV y FENTANIL 50 mcgs IV, se administró oxígeno complementario a través de puntas nasales 3 lts/min, la colocaron en decúbito lateral izquierdo para la realización de bloqueo subaracnoideo, después de lavarse se colocó los guantes y realizó la asepsia y antisepsia de la región lumbar, la puncionó a nivel de L2-L3 con aguja espinal no. 26, depositando 12 mg de BUPIVACAINA HIPERBÁRICA SA sin incidentes, al colocar a la paciente en decúbito dorsal **presentó depresión respiratoria y bradicardia**, apoyándosele con mascarilla facial e intubación orotraqueal con sonda 6.5 para protección de la vía aérea, corroborándose la ventilación con la auscultación de campos pulmonares y capnografía Fi O2 100%, administración de ATROPINA 400 mcgs IV, recuperando adecuadamente sus signos vitales FC 140X SaO2 99%, se inició acto quirúrgico el cual transcurrió sin incidentes, se continuó el manejo transanestésico con anestesia general balanceada, oxígeno 3 lts/min, ventilación manual controlada y SEVOFLURANO a concentraciones de 1.5 y 2 vol. %. Se mantuvo con signos vitales estables TA 110/60 FC 120-140x, SaO2 de

95 a 99%, se le dió medicación complementaria con METAMIZOL 500 mgs IV y DEXAMETASONA 16 mgs IV.

Al finalizar el acto quirúrgico se realizó emersión por lisis medicamentosa, se aspiraron secreciones y se extubó sin incidentes, pasó a recuperación con reflejos protectores tos y deglución adecuados con ALDRETE de 8. En la sala de cuidados postanestésicos se mantuvo monitorización continua con signos vitales FC 140x FR 28 x SaO₂ 95% y temperatura 39.9, a los 50 minutos de su permanencia presentó crisis convulsivas tónico-clónicas, las cuales se manejaron con MIDAZOLAM 2 mgs IV en dos ocasiones las cuales remiten. Al presentarse una tercera es manejada nuevamente con BENZODIACEPINA y se solicitó interconsulta al servicio de pediatría el cual indicó además impregnación con DFH...”.

En misma fecha el [REDACTED] médico residente de segundo grado de la especialidad de Anestesiología en el Hospital General de Pachuca, informó a esta Comisión (fojas 204, 205 y 206): “... que la paciente [REDACTED] ingresó a quirófano con diagnóstico de apendicitis de cuarenta y tres horas de evolución, encontrándola reactiva, **inquieta, poco cooperadora**, con fiebre de 39.8 °C, pupilas isocóricas, narinas permeables, cuello cilíndrico con tráquea desplazable, pulmones bien ventilados, ruidos cardíacos con taquicardia de 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 por minuto, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, doloroso a la palpación, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades sin edema, llenado capilar inmediato.

Procediendo a monitorizar a la paciente con cardioscopio, oximetría de pulso, presión arterial, se medicó con MIDAZOLAM 2 mg, FENTANIL 50 microgramos endovenoso, estando presentes los DOCTORES [REDACTED] médico adscrito de Anestesiología, [REDACTED] residente del primer grado de Anestesiología e [REDACTED] residente de

primer grado y él, procediendo a colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo con puntas nasales para suministro de oxígeno a 3 litros por minuto.

Previa asepsia y antisepsia de región toracolumbar se colocó bloqueo subaracnoideo a nivel L2-L3 (espacio entre lumbar 2 y lumbar 3), con aguja espinal número 26, depositando 12 miligramos de BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA sin incidentes ni accidentes, colocándose a la paciente en decúbito dorsal, aproximadamente a los cinco minutos la paciente presentó bradicardia de cuarenta latidos por minuto y depresión respiratoria, por lo que se le colocó mascarilla facial y se realizó intubación orotraqueal con cánula orotraqueal del número 6.5 al primer intento, se corroboró adecuada aireación a través de la auscultación de los pulmones y de capnografía, al mismo tiempo se indicó el suministro de ATROPINA 400 microgramos, recuperando la paciente de forma inmediata su frecuencia cardiaca a 140 latidos por minuto, presión arterial de 110/60 mm de Hg (milímetros de mercurio), saturación de oxígeno de 95 a 99%, persistió con fiebre de 39.8 °C, administrándole medicamentos complementarios, METAMIZOL SÓDICO 500 mg y DEXAMETAZONA 16 mg. El manejo transanestésico transcurrió sin incidentes, ni accidentes, con anestesia general balanceada, ventilación manual controlada, al finalizar el acto quirúrgico la paciente tuvo adecuado esfuerzo respiratorio y de deglución, aspirándose secreciones, respiración espontánea, extubándose a la paciente con valoración de la recuperación anestésica, pasando al área de recuperación postanestésica con monitorización continua, presentando tres crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, las cuales fueron yuguladas con el suministro de MIDAZOLAM, solicitándose interconsulta al servicio de Pediatría de donde indicaron se suministrara a la paciente DIFENILHIDANTOÍNA, lo que informó el médico tratante [REDACTED] a la mamá de la paciente...".

Por último y en esa misma fecha, se recibió el informe de autoridad del [REDACTED] médico

anestesiólogo del Hospital General de Pachuca (foja 218) quien informó, "... que el cinco de enero de dos mil nueve a las tres y media de la mañana se le solicitó procedimiento quirúrgico de la niña [REDACTED] de nueve años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda complicada, a su ingreso la paciente se encontraba febril con buena coloración de tegumentos, deshidratada, **poco cooperadora**, iniciándose procedimiento anestésico, medicación de MIDAZOLAM 2 mgs IV y FENTANIL 50 mcgs IV, se administró oxígeno complementario a través de puntas nasales 3 Its/min, se colocó en decúbito lateral izquierdo para la realización de bloqueo subaracnoideo, se puncionó a nivel L2-L3 con aguja espinal número 26, depositando 12 mgs de BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA SA sin incidentes.

Al colocar a la paciente en decúbito dorsal **presentó depresión respiratoria y bradicardia**, por lo que se apoyó con mascarilla facial e intubación orotraqueal con sonda 6.5 para protección de la vía aérea, corroborando la ventilación con auscultación de campos pulmonares y capnografía Fi O2 100% y administración de ATROPINA 400 mcgs IV, recuperando adecuadamente sus signos vitales, iniciándose acto quirúrgico el cual transcurrió sin incidentes, continuando con el manejo transanestésico con anestesia general balanceada: oxígeno 3 Its/min, ventilación manual controlada y SEVOFLURANO a concentraciones de 1.5 y 2 vol %. Se mantuvo con signos vitales estables, dándole medicación complementaria con METAMIZOL 500 mgs IV y DEXAMETASONA 16 mgs IV.

Al finalizar el acto quirúrgico se realizó emersión por lisis, se aspiraron secreciones y se extubó sin incidentes, pasándola a recuperación con reflejos protectores, tos y deglución adecuados con ALDRETE de 8. En la sala de cuidados post- anestésicos se mantuvo monitorización continua, a los cincuenta minutos de su permanencia presentó crisis convulsivas tónico clónicas las cuales se manejaron con MIDAZOLAM 2 mgs IV en dos ocasiones. Al presentar una tercera se manejó nuevamente con BENZODIACEPINA y se solicitó interconsulta al servicio de Pediatría el cual indicó además

impregnación con DFH. Agregando bibliografía para avalar su acuar y demostrar que nunca existió de su parte impericia, imprudencia o negligencia que trajera como consecuencia el estado de la paciente...”.

EVIDENCIAS

- A)** Presentación de queja de veintitrés de enero de dos mil nueve (foja 2);
- B)** Resumen clínico de la niña [REDACTED] [REDACTED], elaborado por el cirujano general [REDACTED] [REDACTED] y el anestesiólogo [REDACTED] [REDACTED], adscritos al Hospital General de Pachuca (fojas 6 y 7);
- C)** Resumen clínico de la niña [REDACTED] [REDACTED], elaborado por el [REDACTED] [REDACTED] médico pediatra adscrito al Hospital General de Pachuca (foja 8)
- D)** Copia simple del expediente clínico que obra en el Hospital General de Pachuca, correspondiente a la niña [REDACTED] [REDACTED] (fojas 9 a 113);
- E)** Opinión médica de dos de marzo de dos mil nueve, emitida por el perito médico [REDACTED] [REDACTED] con el visto bueno del [REDACTED] [REDACTED] Coordinador de Servicios Periciales de la Segunda Visitaduría Regional de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (foja 116 a 122);
- F)** Acta circunstanciada de veintitrés de marzo de dos mil nueve, donde se da fe de las condiciones en que la quejosa y sus hijos habitan en su domicilio. (fojas 123 y 124);
- G)** Copia simple de diversas recetas médicas así como de comprobante de excensión de pago por el costo de hospitalización por haberlo cubierto el seguro popular, a nombre de [REDACTED] [REDACTED] (fojas 125 a 155);
- H)** Informe de autoridad rendido por el director del Hospital General de Pachuca, [REDACTED] [REDACTED] (fojas 158 a 160);

- D)** Comparecencia de [REDACTED] solicitando se remita copia certificada de la queja al representante social que tiene a cargo la averiguación previa número 12/DAP/II/0316/2009, en la que figura como agraviada la niña [REDACTED], (foja 164);
- J)** Informe de autoridad rendido por la DRA. [REDACTED], médico residente del servicio de Anestesiología del Hospital General de Pachuca, (foja 165 a 203);
- K)** Informe de autoridad rendido por el DR. [REDACTED], médico residente del servicio de Anestesiología del Hospital General de Pachuca. (fojas 204 a 217);
- L)** Informe rendido por el DR. [REDACTED], médico Anestesiólogo del Hospital General de Pachuca, (fojas 218 y 219);
- M)** Comparecencia de la quejosa [REDACTED] de veintiocho de abril de dos mil nueve, solicitando que la presente queja sea remitida a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (foja 239);
- N)** Oficio número 983 de once de junio de dos mil nueve, mediante el cual se remite el original de la presente queja a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (foja 244);
- O)** Acta circunstanciada de veintiséis de febrero de dos mil diez, en la que se hace constar que se recaba copia simple de la sesión de Consejo de esta institución, celebrada en fecha dos de junio de dos mil nueve, (foja 249);
- P)** Acta circunstanciada de dos de marzo de dos mil diez, en la que se hace constar llamada telefónica entablada con el Director Jurídico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, informando que se emitió un acuerdo por falta de interés del prestador, recibiendo vía fax oficio de notificación de conclusión, (fojas 281 a 284);
- Q)** Comparecencia de la quejosa [REDACTED] de dieciséis de marzo de dos mil diez, en la que manifiesta que el Hospital General de Pachuca ya no la apoya con ningún medicamento para su menor hija y que tampoco la ha podido llevar a sus rehabilitaciones al C.R.I.H por falta de recursos económicos para su traslado a esta ciudad, (foja 285);
- R)** Acta circunstanciada de diecisiete de marzo de dos mil diez, en la que se hace constar llamada telefónica entablada con el agente del Ministerio Público determinador de la mesa auxiliar uno adscrito a la Dirección

[Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large signature that appears to be 'Jorge...' and several other initials.]

General de Averiguaciones Previas de la Procuraduría General de Justicia en el Estado, (foja 286).

VALORACIÓN JURÍDICA

I.- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º párrafo tercero señala:

"...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..."

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** en su artículo 25 establece:

"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 así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad; 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".

La **Ley General de Salud** en su artículo 32 establece:

"... se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud..."

Y en su artículo 51 cita:

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

El **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica** en su artículo 48 estipula:

Indice de Pagos

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

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

La **Ley de Salud Pública del Estado de Hidalgo**, prevé en su artículo **2º** fracción V:

“... El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:...V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población...”

Así como el artículo **32** refiere:

“...Se entiende por atención médica al conjunto de servicios que proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud...”

Y su artículo **45** cita:

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

La **Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el Estado de Hidalgo**, dispone en su artículo **1º**:

“... La presente Ley es de orden público, interés social y de observancia general en el Estado de Hidalgo. Tiene por objeto garantizar a las niñas, niños y adolescentes, la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Hidalgo...”.

Así como en su artículo **3º fracción I** cita:

“... Son principios rectores, para la protección de las niñas, niños y adolescentes:... I.- El interés superior de la infancia y adolescencia...”.

Y en su artículo **24 fracción II**, refiere:

“... Las niñas, niños y adolescentes desde el momento de su

Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large signature that appears to read "Juan Carlos Legado".

concepción tienen derecho a la salud y a vivir bajo condiciones que les permitan un sano desarrollo físico, mental y social, Las autoridades estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinadas a fin de:... II.- Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, detección oportuna, tratamiento y rehabilitación de su salud...".

La **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Hidalgo**, en su artículo 47 fracciones I, V y XXI que a la letra dicen:

"...todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones: cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o **deficiencia** de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo, comisión o concesión...", "...Observar buena conducta en su empleo, cargo o concesión, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación con motivo de éste...", y "...Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público..."".

II.- Una vez analizados los informes de autoridad y los resúmenes médicos enviados a este organismo por el subdirector médico del Hospital General de Pachuca, DR. [REDACTED], resulta que quienes participaron en la cirugía practicada a la menor fueron los doctores [REDACTED] como cirujano general y [REDACTED] como anestesiólogo, quienes refirieron que informaron al familiar responsable de riesgos y beneficios del procedimiento anestésico y al terminar el procedimiento quirúrgico se realizó emersión anestésica sin complicaciones extubándose **a la paciente** para pasarla a recuperación, pero a las seis treinta horas del cinco de enero presentó crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas mismas que fueron controladas, presentando una tercera crisis convulsiva ya sin respuesta a las benzodiacepinas, solicitando apoyo al servicio de Pediatría, el cual indicó impregnación con DIFENILHIDANTOINA, con poca respuesta al manejo, por lo que se decidió a la intubación oro-traqueal e ingreso al servicio de terapia intensiva pediátrica para su manejo postoperatorio, en donde fue recibida por el médico Pediatra [REDACTED] en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica en estado de post-paro-

Juan Carlos Lopez

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

cardiorespiratorio, así como en estado postconvulsivo, en fase III de ventilación y que durante las primeras doce horas evolucionó con adecuado esfuerzo respiratorio luchando con ventilador, decidiéndose su extubación con buena tolerancia de la fase I de ventilación, llamando la atención la hipoactividad, estupor fluctuante, superficial a profundo, con escasa actividad motora espontánea parética en hemicuerpo izquierdo con apertura palpebral al estímulo nociceptivo, solicitándose el siete de enero de ese mismo año interconsulta al servicio de Neurología, previo TAC de cráneo, la cual reportó **Edema Cerebral Difuso** sin comentar lesiones focales, siendo valorada nuevamente por Neurología solicitándose encefalograma el cual reportó datos de **Daño Encefalopático difuso secundario a evento hipoxicoisquémico,** sugiriéndose medidas de rehabilitación temprana (foja 8), por lo que debido a que este organismo no cuenta con peritos médicos, se solicitó apoyo en la materia a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos enviándose copia certificada de la presente queja, incluyendo los resúmenes clínicos y el expediente clínico de la niña. [REDACTED]

[REDACTED] Recibiéndose el doce de marzo de dos mil nueve la **opinión médica** requerida, emitida por la perito médico [REDACTED] [REDACTED], con el visto bueno del DR. [REDACTED], coordinador de Servicios Periciales de ese organismo nacional, con los siguientes comentarios:

*"Una de las características de la anestesia locorregional pediátrica (ALRP) es que la gran mayoría de bloqueos se realizan estando los pacientes inconscientes. **Los niños habitualmente no colaboran con el anesthesiólogo** (tienen miedo, lloran, no están quietos), y para que se puedan realizar las técnicas regionales con precisión y seguridad, requieren sedación o anestesia general ligera. Es conveniente que la anestesia general sea ligera, para que no pueda enmascarar síntomas clínicos de alguna complicación. Esta situación de inconsciencia requiere una transformación del anesthesiólogo que debe prestar mucha atención a todos los detalles técnicos.*

Para practicar ALRP se precisa una formación previa en anestesia pediátrica general y locorregional. Es necesario:

1.- Que el anesthesiólogo tenga experiencia en anestesia general pediátrica. No realizar bloqueos

regionales pediátricos si no se tiene experiencia en anestesia general.

2.- Tener unos conocimientos básicos anatómicos, farmacológicos y técnicos.

3.- Pasar primero por una fase de observación para ver en quirófanos cómo se realizan los bloqueos.

4.- Antes de iniciar la práctica asistencial, entrenarse primero con monitores y esqueletos de plástico.

5.- Una vez finalizada la fase de aprendizaje, realizar la técnica regional bajo la supervisión del experto.

Como cualquier técnica anestésica, los bloqueos regionales pediátricos pueden presentar efectos secundarios y complicaciones. Estas complicaciones son poco frecuentes (1), pero pueden ser muy graves (2, 3), **y ocurren principalmente cuando realizan los bloqueos anestesiólogos no pediátricos** (1). Náuseas, vómitos, prurito, retención urinaria, sobredosificación, administración intravascular accidental, arritmias, TNS, neurotoxicidad, lesiones nerviosas, y depresión respiratoria, son las posibles complicaciones que tienen menor incidencia en bloqueos periféricos que en centrales (1). Las complicaciones también son menos frecuentes:

- a. Si se aplican protocolos que estandarizan las técnicas y minimizan los errores.
- b. Realizan los bloqueos anestesiólogos expertos y meticulosos en los detalles técnicos.
- c. Se eligen técnicas según tipo de paciente y cirugía.
- d. Se respetan las contraindicaciones.
- e. Se aplican las normas de seguridad en anestesia:

- Aspirar antes de inyectar
- Evaluar la dosis test
- Inyección lenta superior a 30 segundos con aspiración intermitente
- Parar la inyección si se detecta cualquier signo o síntoma anormal

La bupivacaína es el AL más utilizado en ALRP, aunque otros nuevos y atractivos como la ropivacaína y la levobupivacaína pueden tener potenciales ventajas. La asociación del AL con opioides y otros aditivos potencian sus efectos, pueden reducir las dosis de AL y reducir su posibilidad de toxicidad.

Existen dos grandes grupos de bloqueos regionales: centrales y periféricos. La elección entre bloqueo central y periférico debe hacerse valorando pros y contras de cada técnica, tipo de cirugía y relación beneficios/riesgos. Como ya se ha dicho anteriormente, es conveniente protocolizar los bloqueos, ser meticulosos en todos los detalles técnicos y adaptar cuidadosamente la dosis al peso y condición de cada paciente.

La elaboración de una opinión médica pericial incluye el análisis de un hecho determinado, el procedimiento y establecimiento de sus características y de esto se establecen las bases reales, para dar una respuesta clara de los objetivos del mismo, por lo que para su elaboración se requiere de antecedentes objetivos de los hechos y solamente en base a ellos se establecen las conclusiones, para llegar a la verdad histórica de los hechos.

En el caso específico que nos ocupa, es importante hacer notar una serie de señalamientos tales como el hecho de que en forma preoperatoria, se realizó un diagnóstico de apendicitis complicada en una menor de nueve años de edad, en las que a decir de las notas (las cuales no son muy explícitas) no se encontraba en muy buenas condiciones generales, la técnica anestésica elegida no fue del todo adecuada ya que se trataba de una paciente con un problema abdominal complicado, "inquieta en el momento del procedimiento anestésico", según nota del expediente clínico, y diversas situaciones en las que la elección de una anestesia general hubiese dado mejores resultados y sobre todo se hubiesen eliminado los factores de riesgo de un procedimiento a ciegas como lo es la aplicación de un bloqueo subaracnoideo.

Aún cuando en la actualidad las técnicas de anestesia regional, tales como los bloqueos se están utilizando para más eventos anestésicos, los pacientes candidatos a ellos deben de ser evaluados en forma muy estricta y aún más tratándose de pacientes pediátricos como en el caso específico que nos ocupa y valorar el riesgo beneficio de la utilización de estos procedimientos, además de la capacidad en el dominio de la técnica de cada médico anesthesiologo."

Finalmente la DRA. [REDACTED] y después del estudio y análisis de las constancias, emitió las siguientes conclusiones:

- PRIMERA:** La atención brindada en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo, a la menor [REDACTED], no fue la adecuada por las siguientes razones:
- **Existe impericia por parte del DR. [REDACTED] por haber utilizado una técnica anestésica inadecuada para el caso de la niña Medina Delgadillo.**
 - **Precipitación por parte del DR. [REDACTED], médico anesthesiologo en la extubación postoperatoria, toda vez que la paciente**

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

había presentado un "parocardiorespiratorio", a decir de las notas médicas, y debía haber permanecido entubada para monitorización y sobre todo para control de la vía aérea.

- **Omisión de los DRES.** [REDACTED] médico Cirujano y [REDACTED] médico Anestesiólogo, como equipo quirúrgico, al no haber indicado monitoreo continuo y vigilancia estrecha de la paciente post paro cardiorrespiratorio.

- **Dilación por parte de los DRES.** [REDACTED] y [REDACTED], al no solicitar en forma postoperatoria inmediata el ingreso de la menor a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica para su atención.

SEGUNDA: El pronóstico de la niña [REDACTED] se encuentra reservado a la evolución de su padecimiento.

TERCERA: El daño neurológico que presenta la menor es irreversible.

CUARTA: Las secuelas del daño neurológico son irreversibles y solamente podrían modificarse parcialmente en la medida que se le dé una rehabilitación y atención especializada en forma constante y apegada a los cánones que se marcan en el manejo de los pacientes con este tipo de patologías.

Siendo importante citar que la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA**, en su introducción menciona que:

"... La Anestesiología es una rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes que son sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconsciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores producido por la administración por distintas vías de sustancias farmacológicas, por lo que también se

[Handwritten signatures and marks on the left margin, including a large 'X' and several illegible signatures.]

dedica al cuidado y protección de las funciones de sistemas vitales como el nervioso central, al nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepato-renal y el hematopoyético, con el propósito de mantener la homeostasis del organismo humano...".

“... También establece que la responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para **seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación**, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones trans-operatorias del paciente hasta la recuperación post-anestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones, así como que es necesario considerar al cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas, pre, trans y post anestésica...".

Siendo cierto que el señor [REDACTED], padre de la niña [REDACTED] firmó la hoja de información (foja 108) en la que se le hizo saber de los riesgos asociados a una apendicectomía, los cuales se describen en el punto número 3 de dicha hoja, y en los que resalta que no se contemplan crisis convulsivas y/o daño neurológico irreversible; esto aunado al razonamiento de que la paciente presentó depresión respiratoria y bradicardia precisamente cinco minutos después de habersele aplicado el bloqueo subaracnoideo, siendo posteriormente estabilizada por el grupo de anesestesiólogos que participaron en su cirugía y al recuperar adecuadamente sus signos vitales, fue que se inició al acto quirúrgico consistente en apendicetomía, el cual finalizó sin complicaciones, es que concluimos que este acto en concreto, no se relaciona con el padecimiento actual de la paciente. Ahora bien igualmente existe un documento (foja 107) firmado por la quejosa [REDACTED] en el cual en su punto número cinco dio su consentimiento para la aplicación de la anestesia seleccionada por el anesestesiólogo, dándose por enterada de

Queda en espera

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

las probables COMPLICACIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO, siendo importante señalar que ni el método de anestesia seleccionado, ni dichas complicaciones se describen en el texto, y por lo tanto se incumple con lo dispuesto por el punto **8.1** de la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998 PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA**, el cual obliga a que se comuniqué al familiar el plan anestésico propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento, y toda vez que fue la DRA. [REDACTED], médico residente del servicio de Anestesiología, quien aplicó la anestesia y, aunado a que en el punto **10.5** de la **NOM-170-SSA1-1998** establece como uno de los lineamientos para el manejo trans-anestésico, que el médico responsable de aplicar la anestesia elegirá la técnica anestésica y los procedimientos pertinentes, resulta entonces que ella era quien tenía que informar del plan anestésico propuesto y de sus riesgos, al familiar de [REDACTED]; sin embargo, lo cierto es que ningún anesthesiólogo tuvo contacto con los familiares de [REDACTED]; sino hasta que ésta presentó las crisis convulsivas y fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (foja 36 vuelta).

Aunado a lo anterior, y en relación a los cuidados post anestésicos, la **NOM-170-SSA1-1998** en su punto **12.1.5** señala como lineamientos para el cuidado post-anestésico, que el médico anesthesiólogo deberá realizar la visita post-anestésica 24 y aún 48 horas después del procedimiento, cuando sea necesario y permanezca el paciente hospitalizado, sin embargo, a partir de que MARÍA FABIOLA fue trasladada de la sala de recuperación a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, ya no fue visitada por los anesthesiólogos que participaron en su intervención quirúrgica.

De igual manera en el punto **12.2** de dicha **Norma Oficial**, se indica que los pacientes que reciban anestesia general deberán recibir cuidados post-anestésicos consistentes en administración de oxígeno, de líquidos parenterales y de medicamentos indicados, así como medición de la oxigenación, temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial, frecuencia respiratoria y valoración del estado de

Juliana Fajardo

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

conciencia con el equipo disponible para ello en la sala de recuperación; pero no fue hasta después de que [REDACTED] convulsionó por tercera vez, que el grupo de Anestesiólogos integrado por los DRES. [REDACTED] (R3) y DRA. [REDACTED] (nótese que ya no asistió el DR. [REDACTED]), **la asistieron con mascarilla con oxígeno al 100% a 3 Its X', y le realizaron laroscopia con hoja no. 3 curva intubándola con sonda oro-traqueal, esperando su egreso para UTIP**; el punto 12.4 de la citada Norma Oficial indica, que la vigilancia del paciente en la unidad de cuidados post-anestésicos es responsabilidad y deberá proporcionarla un médico del servicio de anestesiología asignado al servicio de recuperación, y en su punto 12.7 refiere, que el anestesiólogo conjuntamente con el cirujano y el médico tratante, determinará en base al estado físico y condiciones del paciente, el ingreso de éste desde el quirófano o salas de estudios especializados a la unidad de cuidados post-anestésicos o la unidad de terapia intensiva. Al respecto, hay que decir que no existen indicios de que uno de los médicos anestesiólogos que participaron en la cirugía de [REDACTED] haya permanecido a su cuidado en la sala de recuperación, así que tomando en cuenta que el DR. [REDACTED] era el médico responsable al frente de los médicos residentes que junto con él participaron en la cirugía practicada a [REDACTED], y al no hacer una designación para tal efecto, estaba obligado a ser él quien debió haber cuidado de la niña en la sala de recuperación y también quien debió indicar como cuidado post-anestésico, que se le administrara oxígeno, ya que había recibido anestesia general. Ahora bien, el hecho de que [REDACTED] presentara depresión respiratoria y bradicardia cinco minutos después de haberle sido aplicada la anestesia a través del método subaracnoideo, originando que se le practicara intubación oro-traqueal, forzosamente debió de haber influido en el criterio de los médicos Anestesiólogos para que determinaran conjuntamente con el médico cirujano a cargo (quien como ya se ha señalado, concluyó su intervención quirúrgica sin complicación alguna), que se ingresara a [REDACTED] a la

Andrés Pineda

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

unidad de terapia intensiva pediátrica y no a la unidad de cuidados post-anestésicos en donde finalmente no se le administró oxígeno y ningún médico anesthesiólogo quedó a cargo de su cuidado, a pesar de las complicaciones que presentó poco antes de ser intervenida quirúrgicamente enseguida de que se le aplicó el bloqueo subaracnoideo. Para reforzar este razonamiento la propia **NOM-170-SSA1-1998** en su punto **13**, contempla los **criterios a considerar para trasladar a un paciente de quirófano a sala de recuperación**, y uno de ellos, es que deberá haberse extubado al paciente en caso de anestesia general y no tener datos de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

Por lo que es importante aclarar que aunque hasta donde obran las constancias del expediente en que se actúa, ninguno de los médicos anesthesiólogos que participaron durante la intervención quirúrgica de la niña [REDACTED] acreditó contar con experiencia en anestesia general pediátrica, debemos suponer que cuando el médico anesthesiólogo responsable DR. [REDACTED] permitió que fuera la médico residente de primer año de anesthesiología, DRA. [REDACTED] quien aplicara el bloqueo a la niña [REDACTED] y quien, siguiendo el protocolo de la NOM-170-SSA1-1998, también decidiera el método a aplicar, es porque estaba cierto de que dicha profesionista contaba con la experiencia suficiente para hacerlo (no obstante estar cursando su primer año de residencia), incluso porque tenía que enfrentar factores de complicación que se mencionan en los informes de autoridad y en el expediente clínico, ya que la paciente estaba "poco cooperadora". Al respecto, no escapa considerar que todo médico residente se encuentra bajo la tutela del médico responsable, el cual independientemente de ser un experto en su materia, es quien, como su denominación lo dice, decide los actos a ejecutar y dirige las acciones de sus pupilos, éste argumento acarrearía consecuencias diferentes, si en cambio, resultara que el DR. [REDACTED] como médico anesthesiólogo responsable, fuese quien hubiera seleccionado el método de bloqueo a aplicar y después le indicara a la DRA. [REDACTED] que fuera ella

Indefinido

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

quien lo aplicara, pues de haber sido así, y conociendo los riesgos, reacciones adversas y efectos secundarios de complicaciones o eventos adversos que acarrea un procedimiento anestésico, y que muchos de estos son irreversibles, como el caso que nos ocupa, estaríamos hablando de que **expuso la salud de la menor por dejarla en manos de quien no contaba con la pericia suficiente para anestésicarla**. No estando por demás referir que en el capítulo de eventos adversos de la anestesia analgesia neuroaxial de la **Revista Mexicana de Anestesiología volumen treinta y uno de abril-junio de dos mil ocho** (fojas 167 a 170), contempla como evento adverso inmediato de un bloqueo regional, a aquellos que se presentan desde el inicio de la técnica hasta 15 minutos después de aplicado el anestésico local u otros fármacos en el espacio peridural o en el subaracnoideo (eventos adversos cardiacos, circulatorios, **respiratorios** y digestivos después de administrar la dosis del anestésico local); y señala también que un evento adverso tardío se observa después de la salida de la sala de recuperación y hasta 60 días posteriores al alta hospitalaria, dentro de éstos figuran como severos o graves los eventos neurológicos mayores e irreversibles o permanentes (síndrome de cauda equina, aracnoiditis adhesiva crónica, meningitis, síndrome de arteria espinal anterior, absceso postanestésica neuroaxial, hematoma peridural y subaracnoideo, paro cardiaco, daño cerebral y muerte). De lo anterior se desprende que los eventos adversos más peligrosos para los pacientes y el anestesiólogo son aquellos que producen la muerte o lesiones irreversibles sobre el sistema nervioso central o periférico, tal como le sucedió a [REDACTED]

El veintitrés de marzo de dos mil nueve, el personal de este organismo acudió al domicilio de la quejosa [REDACTED] en el municipio de Tlanalapa, Hidalgo, a efecto de comunicarle el estado actual del expediente, dándose fe de las condiciones de pobreza en que vive junto con sus cuatro hijos, de 18, 9, 5 y 1 año de edad, respectivamente, entre los cuales [REDACTED] ocupa el segundo lugar de nacimiento, menor a quien se tuvo a la vista postrada en un colchón

que estaba sobre el piso, con inmovilidad completa, sin habla, mirada vaga y los brazos engarrotados; momento en que la quejosa comentó que [REDACTED] fue dada de alta del Hospital General de Pachuca el ocho de febrero de dos mil nueve y que le exigían el pago de diecinuevemil trescientos treinta y seis pesos, por concepto de los gastos médicos generados por su atención, razón por la que desesperada acudió con una licenciada que conoce su familia (sin recordar su nombre) y quien había trabajado en la presidencia municipal de Tlanalapa, Hidalgo, la cual le consiguió el seguro popular para así exentar el pago en el Hospital General de Pachuca y poder llevarse a su hija; refiriendo que los médicos le recetaron a su hija medicamento de por vida para evitar las convulsiones y ayudar a su cerebro, pero sólo uno de ellos se lo abastece el nosocomio mencionado (el de las convulsiones), y el otro medicamento (pastillas) lo tiene que comprar y la caja tiene veinte comprimidos con un costo de doscientos noventa y ocho pesos, que le dura una semana, ya que las tiene que tomar cada ocho horas, teniendo que llevar a su hija a su rehabilitación para lo cual solicita apoyo a la presidencia municipal de aquél lugar para que le faciliten la ambulancia, pero eso no siempre es posible; y que cuando habló con el Director del Hospital General de Pachuca éste le comentó que el daño de su hija era irreversible, solicitándole que la ayudaran a entrar al Teletón y a pesar de haber aceptado, nunca lo cumplió, ya que únicamente le anotaron en su receta que debía acudir al Teletón con el expediente, y que si interpuso su queja fue porque nadie le informaba porqué su hija quedó así y desde que llegó con [REDACTED] a su casa la vida les cambió a ella y a todos los miembros de su familia, pues su esposo ya los abandonó, su hijo el mayor tuvo que dejar la escuela porque ya no le alcanza ni para los pasajes y ella no puede trabajar formalmente porque todo su tiempo es para atender a [REDACTED] y a sus otras dos pequeñas hijas, por lo que cuando [REDACTED] se duerme aprovecha para lavar ropa ajena y así obtener un pequeño ingreso para su hogar, además de que sus vecinas se han compadecido y a veces le apoyan con lo que pueden. Esto motivó que esta Comisión de Derechos Humanos la canalizara al Sistema DÍF Hidalgo y a la Junta General de Asistencia del

Indice de Pagos

[Handwritten marks and signatures]

Sistema DIF Hidalgo, dependencias gubernamentales que actualmente otorgan rehabilitación a [REDACTED] a través del C.R.I.H., contemplando a la quejosa en el programa alimentario correspondiente.

Por lo expuesto con anterioridad, queda demostrado que el DR. [REDACTED] médico Anestesiólogo responsable y la DRA. [REDACTED], médico residente del primer año de Anestesiología, vulneraron los derechos humanos de la menor [REDACTED] por la negligencia médica en que incurrieron, ya que las acciones y omisiones que efectuaron en la prestación de los servicios de salud, fue sin la pericia indispensable, lo que trajo como consecuencia una alteración en la salud de la paciente por el daño neurológico irreversible que le fue causado, lo cual se traduce en daño físico, al igual que daño moral (por la desintegración familiar que se ha dado a raíz de su actual padecimiento) y, económico pues considerando que la familia de [REDACTED] es de escasos recursos y ahora con los costos que origina su atención dada su actual condición de salud (pañales, medicamento y transporte, entre otros), es aún más acentuada la merma del gasto destinado a los demás miembros de la familia.

En tal virtud, ante la evidencia existente y agotado el procedimiento regulado en el capítulo VIII de la Ley Orgánica de esta Comisión, a usted señor Secretario de Salud del Estado, respetuosamente se:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Se ordene a quien corresponda se sirva iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de los doctores [REDACTED] médico anestesiólogo responsable e [REDACTED] médico residente del servicio de Anestesiología, en aquél entonces del primer año, ambos adscritos al Hospital General de

Justicia

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Pachuca, imponiéndoles en su oportunidad la sanción a que se hagan acreedores por la responsabilidad en que incurrieron.

SEGUNDO.- Se asignen los recursos humanos y materiales necesarios por parte de esa Secretaría a su digno cargo, para que en lo sucesivo la menor [REDACTED] pueda acudir al total de sus consultas programadas en las áreas de Pediatría, Neurología y Rehabilitación del Hospital General de Pachuca, lo mismo que a las sesiones de terapia que para su rehabilitación le señale el C.R.I.H., en ese orden de ideas, se instruya al titular del Hospital General para que también en lo sucesivo se proporcione en especie, y sin costo para la quejosa, los medicamentos que también le fueron prescritos a la menor y, que hasta el momento ella ha tenido que adquirir.

TERCERO.- Se entablen las negociaciones con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con la finalidad de signar el convenio mediante el cual se sujeten a la jurisdicción arbitral de la misma, para transparentar la práctica médica institucional en el Estado.

**ATENTAMENTE
EL H. CONSEJO DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE HIDALGO**

[REDACTED]
PRESIDENTE

Judice foynde

D

X

[Handwritten signature]


[Large handwritten signature]

[Handwritten signature]

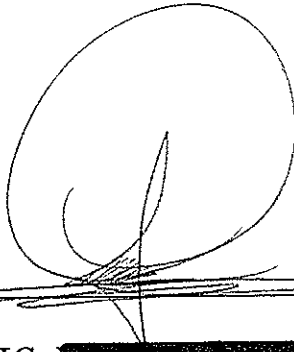
EL CONSEJO DE LA COMISIÓN.

CONSEJERO

CONSEJERO



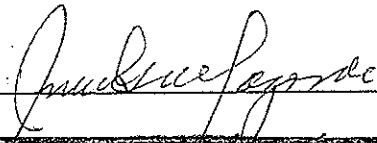
DR. [REDACTED]



LIC. [REDACTED]

CONSEJERA

CONSEJERO




LIC. [REDACTED]

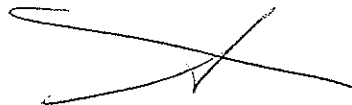
LIC. [REDACTED]

CONSEJERO

CONSEJERA



C. [REDACTED]



MTRA. [REDACTED]