



Síntesis: Los días 22 y 23 de julio de 2008, esta Comisión Nacional recibió el escrito de queja de A1, en el que manifestó hechos presuntamente violatorios a su derecho a la protección de la salud e integridad física, cometidas por servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por lo que inició el expediente CNDH/1/2008/3822/Q.

Del análisis realizado a las constancias que integran el expediente respectivo, así como de la opinión médica de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, se desprende que el 5 de julio de 2007, en la clínica hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, al señor A1 se le diagnosticó apendicitis y se le indicó una apendicectomía, por ser el tratamiento curativo; sin embargo, en la misma fecha, cuando se realizó esa operación bajo bloqueo peridural, la médico tratante SP1 del Servicio de Anestesiología, al momento de aplicar el anestésico, no consideró que el paciente manifestó dolor, según éste refirió en su escrito de queja, pero no suspendió el procedimiento ni eligió otro espacio interespinoso, produciéndole trauma en el nervio y secuelas neurológicas severas y permanentes. En ese orden de ideas, en la hoja de registro anestésico anotó que el bloqueo lo realizó a nivel de T6 y en la de postanestesia que fue a nivel de T12-L (sic), evidenciando su desconocimiento en la realización del procedimiento, pues lo correcto era a nivel de L2-L3, de acuerdo con la literatura médica universal. Además, una vez terminado el acto quirúrgico-anestésico lo pasó al Servicio de Recuperación, sin que lo vigilara estrechamente para corroborar su recuperación integral.

Además, el doctor SP2, sin explorarlo ni describir sus condiciones neurológicas postanestésicas, lo egresó del Servicio de Recuperación, sin estar en condiciones óptimas, como se corrobora con el reporte de enfermería, ocasionando dilación para ingresarlo a protocolo de estudio, Y se integrara un diagnóstico de certeza, se estableciera tratamiento para evitar su evolución a un síndrome de cono medular con daño irreversible.

Así también, el 6 de julio de 2007, el doctor SP3, del Servicio de Medicina Interna, no lo exploró física ni neurológicamente, ni consideró que cursaba con lesión de médula espinal secundaria al bloqueo, a pesar de que lo reportó con “disminución de la sensibilidad, parestesias, anestesia”, como tampoco integró un diagnóstico presuncional ni le indicó tratamiento.

Cabe precisar que a pesar de que el estudio de electromiografía del 6 de julio de 2007 se reportó anormal con datos de irritación medular, los médicos tratantes del Servicio de Anestesiología y Medicina Interna a cargo del paciente continuaron su manejo médico con antineuríticos, entre otros, sin que solicitaran interconsulta urgente por neurología y/o neurocirugía, ni paraclínicos para establecer un diagnóstico de certeza, y así indicar la rehabilitación física precoz, ya que presentaba paraparesia flácida secundaria a lesión medular incompleta con nivel motor y sensitivo, vejiga e intestinos neurogénicos, sin actividad funcional de sus miembros pélvicos, confirmada con el estudio de neuroconducción del 28 de agosto de 2007, sin que pueda caminar ni tener control sobre sus piernas ni esfínteres, condicionando alteraciones emocionales, problemas de adaptación y otras. Por último, personal de la citada clínica hospital inobservó las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998 y NOM-170-SSA1-1998, relativas al manejo del expediente clínico y a la práctica de anestesiología. Atento a lo anterior, se acreditó que el personal médico del citado nosocomio no cumplió con lo previsto por los artículos 1o.; 2o., fracción V; 19; 21; 23; 27, fracción III; 32; 33, fracciones I, II y III; 34, fracción II; 37, y 51, de la Ley General de Salud, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Igualmente, no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que se refieren a los artículos 12.1, y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como 10.1, y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos; preceptos que ratifican el contenido del artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En consecuencia, el 3 de junio de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación 35/2009, dirigida al Director General del ISSSTE, a fin de que se tomen las medidas correspondientes para que se realice el pago que proceda por concepto de reparación del daño causado al señor A1, como consecuencia de la

responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica que se le proporcionó, de acuerdo con las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de la Recomendación en comento y de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia; asimismo, que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento. Por otra parte, que gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que se le brinde al señor A1 la asistencia médica y el apoyo psicoterapéutico necesario de manera vitalicia; además, que en forma inmediata se le proporcionen los medios adecuados para que continúe permanentemente con la terapia física que requiere, derivado de las consideraciones contenidas en el capítulo de observaciones de la Recomendación en cuestión. De igual manera, que dé vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto de los hechos a que se contrae la Recomendación en comento, con objeto de que se inicie, conforme a Derecho, el procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos que atendieron al señor A1, comunicando a esta Comisión Nacional desde su inicio hasta la determinación respectiva.

Asimismo, que instruya a quien corresponda para que se impartan cursos de capacitación al personal médico y de enfermería de ese Instituto, sobre el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998 y NOM-170-SSA1-1998, relativas al manejo del expediente clínico y a la práctica de anestesiología, para evitar que en lo futuro ocurran omisiones como las referidas en el capítulo de observaciones de la Recomendación en comento. Por último, que se proporcione a la Representación Social de la Federación los elementos necesarios para la correcta integración de la averiguación previa, con objeto de que el agraviado tenga acceso a una justicia pronta, completa e imparcial, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

RECOMENDACIÓN No. 35/2009

SOBRE EL CASO DE A1

México, D.F., a 3 de junio de 2009

**LIC. MIGUEL ÁNGEL YUNES LINARES
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., párrafo primero; 6o fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2008/3822/Q, relacionados con el caso de A1, y visto los siguientes:

I. HECHOS

Los días 22 y 23 de julio de 2008 se recibió en esta Comisión Nacional, el escrito de queja de A1, mediante el cual señaló que el 5 de julio de 2007 un médico adscrito al Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Celaya, Guanajuato, le realizó una intervención quirúrgica por una apendicitis; sin embargo, cuando la anestesióloga le aplicó la anestesia sintió mucho dolor y perdió el conocimiento, y cuando lo recobró en el Área de Recuperación, a personal de esa área les dijo que las piernas no las podía mover pero le contestaron que todo estaba bien y que no se preocupara; aclaró que permaneció diez horas en dicha área y después tres días en ese nosocomio sin que le atendieran el problema de las piernas. Asimismo,

señaló que fue hasta que lo trasladaron al Hospital Regional de ese Instituto en León, de la misma entidad federativa, para realizarle un estudio de resonancia magnética, en donde le diagnosticaron daño a cono medular tras punción inadvertida de duramadre por bloqueo peridural, además de que era muy poco lo que se podía hacer y muy probablemente no volvería a caminar.

Precisó que por lo anterior, solicitó la opinión de especialistas particulares en médula ósea, los que confirmaron el mencionado diagnóstico y que esto se lo ocasionó la anestesióloga al momento de la punción de la anestesia; situación por la que denunció esos hechos ante la Agencia del Ministerio Público del fuero común número 5, con sede en Celaya, Guanajuato, autoridad que inició la averiguación previa número 941, la cual posteriormente se remitió a la Agencia Primera Investigadora del Ministerio Público de la Federación, la que radicó bajo el número PGR/GTO/CEL/4662/2008-I, misma que se encuentra en trámite.

II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

A. El escrito de queja firmado por A1, recibido en esta Comisión Nacional el 22 y 23 de julio de 2008.

B. Los oficios 600.613.1.SADH/5596/08, 600.613.1.SADH/5714/08 y 600.613.1.SADH/0500/09, del 24 y 30 de septiembre de 2008 y 9 de febrero de 2009, respectivamente, suscritos por el subdirector de Atención al Derechohabiente de la Dirección Jurídica del ISSSTE, recibidos en esta Comisión Nacional 25 de septiembre y 2 de octubre de 2008, así como 12 de febrero de 2009, a los que anexó las copias de los resúmenes clínicos sobre la atención médica que se brindó al agraviado en la Clínica Hospital y en el Hospital Regional, ambos del ISSSTE en Celaya y León, Guanajuato, respectivamente, así como por el especialista en medicina física y rehabilitación al que fue subrogado; además de los expedientes clínicos que se generaron por dicha atención en esos nosocomios.

C. El oficio 006675/08 DGPCDHAQI, del 6 de octubre de 2008, suscrito por el director general de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Atención a Quejas e Inspección de la Procuraduría General de la República (PGR), recibido en esta Comisión Nacional el 7 de ese mes y año, por el que puso a su disposición para consulta las constancias que integran la averiguación previa PGR/GTO/CEL/4662/2008-I, además anexó el oficio 2859 del 22 de septiembre de ese año, con el que el agente del Ministerio Público de la Federación, titular de la

Mesa Primera de la Agencia Primera Investigadora en Celaya, Guanajuato, rindió su informe sobre la situación jurídica de la misma.

D. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 16 de octubre de 2008, en la que se asentó la consulta realizada a esa indagatoria.

E. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 22 de octubre de 2008, en la cual se hizo constar que se recibieron en esta institución las copias de la averiguación previa A.P./PGR/GTO/CEL/4662/2008-I.

F. Oficio 000311/09 DGPCDHAQI del 16 de enero de 2009, firmado por la directora de Atención a Quejas e Inspección en Derechos Humanos por ausencia del director general de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Atención a Quejas e Inspección de la PGR, recibido en esta Comisión Nacional el 20 de ese mes y año, al que anexó copia de diversas diligencias practicadas en la indagatoria PGR/GTO/CEL/4662/2008-I, así como el oficio 043 del 5 de enero de 2009, por el que el agente del Ministerio Público de la Federación, titular de la Mesa Primera de la Agencia Primera Investigadora en Celaya, Guanajuato, informó sobre la situación jurídica que guardaba la misma.

G. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 22 de enero de 2009, en la que servidores públicos de la subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE señalaron a esta Comisión Nacional que el agraviado, por el problema que tenía para continuar con las terapias de rehabilitación subrogadas, acudiría con el subdirector Médico de la Clínica Hospital de ese Instituto en Celaya, Guanajuato.

H. Opinión médica emitida el 13 de abril de 2009, por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica otorgada a A1.

I. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 29 de abril de 2009, en la que se asentó lo manifestado por un familiar de A1, referente a lo informado por el subdirector Médico de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, sobre la atención de su problemática.

J. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 18 de mayo de 2009, en la que se asentó lo informado por la directora de Atención a Quejas e Inspección en Derechos Humanos de la PGR, sobre el estado procesal que guarda la indagatoria PGR/GTO/CEL/4662/2008-I.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 5 de julio de 2007 personal de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, le realizó a A1 una apendicectomía bajo bloqueo peridural; sin embargo, la anestesióloga al aplicarle ese bloqueo le ocasionó daño en la médula espinal, sin que en el posquirúrgico inmediato hubiera continuado la vigilancia oportuna ni los días subsecuentes que lo atendió. Asimismo, en el periodo comprendido del 5 al 9 del mes y año citado, los médicos tratantes, así como los de anestesiología y de Medicina Interna de ese nosocomio omitieron solicitar interconsulta urgente a la especialidad de Neurología, a pesar de que el paciente en todo momento les manifestó que no le era posible mover sus piernas, y que tanto en los estudios como en las mismas notas médicas se tenía presente dicho mal, lo que evolucionó a un síndrome de cono medular con daño irreversible que afectó su capacidad motora, la deambulación, la falta de control sobre su vejiga e intestino a voluntad, entre otros, y sin que el ISSSTE le proporcione los medios adecuados para que continúe en terapia física.

El 9 de octubre de 2007 A1 denunció los hechos ante el agente del Ministerio Público del fuero común de la Agencia Investigadora número 5 en Celaya, Guanajuato, quien inició la averiguación previa AP-07-A105-941/2007, en la que practicó diversas diligencias, y el 13 de abril de 2008 la remitió a su similar número 24 de esa localidad, instancia que la radicó bajo el número AP-07-AI24-3/2008, y por acuerdo del 9 de mayo de ese año declinó la competencia al agente del Ministerio Público de la Federación en Celaya, Guanajuato, por lo que el 23 del mismo mes y año, el titular de la Mesa Primera de la Agencia Primera Investigadora inició la indagatoria PGR/GTO/CEL/4662/2008-I, la cual se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES

Antes de entrar al estudio de las constancias que integran el expediente CNDH/1/2008/3822/Q que se instruyó en esta Comisión Nacional, es necesario señalar que el mismo se ciñe a las conductas de los servidores públicos de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, relacionados con la atención médica que se le brindó al señor A1, y no así contra el personal de la Procuraduría General de la República, toda vez que el 18 de mayo de 2009, la directora de Atención a Quejas e Inspección en Derechos Humanos de la PGR, precisó que la perito médico oficial de esa dependencia, emitió dictamen sin responsabilidad para los mencionados servidores públicos de esa Clínica Hospital, pero debido a que el

agraviado no estuvo de acuerdo con el mismo, se remitió en consulta a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por lo que la indagatoria PGR/GTO/CEL/4662/2008-I se encontraba en trámite.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente, esta Comisión Nacional cuenta con elementos que permiten acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud e integridad física imputables al personal médico de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, que atendieron a A1, por las siguientes consideraciones:

Esta Comisión Nacional solicitó un informe a usted, sobre los hechos materia de la queja, recibiendo los oficios 600.613.1.SADH/5596/08, 600.613.1.SADH/5714/08 y 600.613.1.SADH/0500/09, del 24 y 30 de septiembre de 2008 y 9 de febrero de 2009, respectivamente, suscritos por el subdirector de Atención al Derechohabiente de la Subdirección General Jurídica de ese Instituto, a través de los cuales remitió los informes rendidos sobre la atención médica que se otorgó a A1, por parte de los médicos adscritos a la Clínica Hospital y al Hospital Regional, ambos del ISSSTE en Celaya y León, Guanajuato, así como por el especialista en medicina física y rehabilitación subrogado, además de los expedientes clínicos del agraviado de los mencionados nosocomios.

Del contenido de la mencionada información, esta Comisión Nacional observó que el 5 de julio de 2007 A1 ingresó a la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, por presentar evacuaciones líquidas, dolor abdominal importante y estado nauseoso con evolución de cuatro días, lugar donde los médicos tratantes lo valoraron y previo estudios clínicos, así como de laboratorio, le diagnosticaron apendicitis, por lo que ingresó al área de quirófano, en el que se le realizó una apendisectomía bajo bloqueo peridural.

En ese orden de ideas, el mismo día, la anestesióloga SP1, adscrita a ese nosocomio, al valorar al paciente lo reportó con peso de 98 kilos y lo calificó con riesgo anestésico II B (paciente con alteración leve a moderada de su estado físico que cursa con enfermedad sistémica compensada); además, en la hoja de registro anestésico asentó entre otras cosas posición (figura en decúbito dorsal semifowler), medicación preanestesia midazolam 1.5 mg, fentanyl 100+50, ranitidina 50 mg, metoclopramida 10 mg, agentes líquidos ketorolako 60 mg, hartman 1000+500, O2 en puntas 3 lts, SP02 96%, 0, anestesia I. SPO2 99% 100/50, T. operación. T. Anestesia, método usado BPD, introducción dosis: técnica Pitkin, no accidentes ni incidentes, mantenimiento ECG D II, SPO2, baumanómetro, anestesia de conducción simple COM, fraccionada, aguja número

17, catéter (cefálico), agente lido+bupiv, dosis 340+15 mg, latencia 5', altura T6, analgesia sí, relajación si, B. Motor si.

De igual manera, a las 13:00 horas del 5 de julio de 2007 la anestesióloga SP1, en su nota postanestésica estableció que previa asepsia y antisepsia de la región le administró al agraviado anestesia regional bajo bloqueo peridural en T12-L con técnica de Pitkin, aguja tohy número 17, por lo que le colocó catéter en espacio peridural y le administró lidocaína 2% combinada simple y con epinefrina fraccionada por aguja y catéter más 15 mg bupivacaína simple, sin accidentes ni incidentes, obteniendo analgesia satisfactoria. Medicación complementaria midazolam, fentanyl ranitidina, metoclopramida y ketorolaco. Hemodinámicamente manteniéndose estable, fluidoterapia hartman 1500, sangrado escaso. Al término del procedimiento se retiró catéter y pasó a recuperación con efectos residuales de anestesia y TA 100/50, con Aldrete 9.

En ese sentido, a las 18:00 horas del 5 julio de 2007, los anestesiólogos del turno vespertino prescribieron al agraviado nalbufia 5 mgs sc/DU y refirieron que estaba en recuperación; asimismo, ese día, el doctor SP2, adscrito al Servicio de Anestesiología de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, señaló "Aldrete 9, puede egresarse, continúa manejo en piso"; de igual manera, en la misma fecha, el personal de enfermería asentó que "se recibe paciente bajo efectos de bloqueo sin mover miembros inf, c/V permeable, sin dolor pasa a piso", por lo que a las 08:50 horas del 6 de julio de 2007, la anestesióloga SP1, al valorar al paciente señaló que no había recuperado el bloqueo motor de sus piernas, pero recuperó en ambos pies, con sensibilidad en abdomen y miembros pélvicos, así como control de esfínteres, situación por la que le explicó al paciente que podía tratarse de un problema irritativo y le dio manejo de antiedema, anotando que solicitaría electromiografía y valoración por medicina interna; así también, le dio como indicaciones amikacina, ketorolaco y diclofenaco entre otros; y a las 09:00 horas de la misma fecha le prescribió dexametasona 16 mg y que continuara con 8 mg, lírica c/24 horas 150 mgs, hidroxibalamina 2 cc IM c/24 horas; además solicito su valoración al día siguiente por el Servicio de Anestesiología.

Cabe precisar que a las 11:30 horas del 6 de julio de 2007, el doctor SP3, del Servicio de Medicina Interna de ese nosocomio, señaló que estaba enterado de su estancia IH PO de apendicectomía sin complicaciones por ella; así también que el paciente presentaba disminución de la sensibilidad, parestesias, anestesia y que manifestaba ardor en todo el cuerpo, por lo que consideró que su recuperación sería favorable; que no presentaba complicación cardiopulmonar; que estaba delicado; que continuarían como interconsultantes y que quedaba a cargo de cirugía general, indicándole líquidos orales abundantes, svpt, cge, solución

mixta+1 amp MVI+1 amp ácido ascórbico p/12 hs, omeprazol, ketorolaco, dexametasona 8 mgs iv c/8 horas, nalbufina 0.5 mg sc c/8 horas, diacepam 1 amp IM c/12 horas, amikacina, metronidazol y lirica 1 caps VO c/24 entre otros.

De igual manera, el 6 de julio de 2007 personal médico del Servicio de Cirugía General precisó que revisó al agraviado, quien presentó peristalsis OK, sensibilidad conservada y sin poder movilizar MsPs, por lo que requería valoración por Anestesiología y Neurología; situación por la que ese día fue referido de manera subrogada con el doctor SP4, especialista en Neuroconducción y Electromiografía, el cual estableció: estudio de neuroconducción y electromiografía anormal, en el que por ahora sólo se concluye datos de irritación probablemente desde un nivel medular.

Finalmente, el 9 de julio de 2007 los médicos tratantes del mencionado nosocomio indicaron al agraviado solución mixta 1000 cc +1 amp MVI+1 amp ácido ascórbico para 12 horas, omeprazol, dexametasona, nalbufina, diacepam, amikacina, lyrica, svpt, cge, SM17 a neurología y radiología (resonancia magnética) y tiamina 100 mg IM c/24 horas, entre otros, por lo que ese día lo refirieron para su valoración al Servicio de Neurología del Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato.

Por lo anterior, a las 20:00 horas del 9 de julio de 2007 los doctores SP5 y SP6, adscritos al Servicio de Neurología/IC/Urg del Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato, valoraron a A1, a quien encontraron consciente, orientado, con FMS conservadas, sin afección nerviosa craneales, con paraparesia, arreflexia patelar y aquilea, hipoalgesia de miembro pélvico izquierdo sin otras alteraciones, signos vitales estables y normales, por lo que le indicaron rayos x de columna lumbosacra que reveló disminución del espacio intervertebral de L5-S1 y retrolistesis de S1; situación por la que establecieron que cursaba con paresia de miembros inferiores, alteraciones en la sensibilidad superficial, a descartar compresión radicular y solicitaron nueva toma de rayos x de columna lumbosacra en fase dinámica, además de valoración por neurocirugía.

En ese sentido, el 10 de julio de 2007 el paciente ingresó al Servicio de Neurocirugía de ese nosocomio, donde la doctora SP7, sin señalar nombre completo ni cargo, lo reportó con “cuadro clínico de 5 días de inicio posterior a haber recibido un bloqueo anestésico para apendicectomía”; además, a la exploración física, con paraparesias de miembros inferiores, hipoestesias para el dolor predominando del predominio izquierdo y arreflexia generalizada, con lo cual integró el diagnóstico de lesión del cono medular y le indicó manejo con metilprednisolona, antiheuréticos y rehabilitación, además refirió al paciente y sus familiares la gravedad del caso y el pronóstico reservado a evolución.

De la misma manera, el 12 de julio de 2007 los médicos tratantes del Servicio de Neurocirugía reportaron al paciente con extremidades inferiores con arreflexia y fuerza muscular disminuida de los músculos del muslo y la pantorrilla. Así también, el 17 de julio de 2007 la doctora SP8, valoró al agraviado y le indicó resonancia magnética de columna lumbares urgente para valoración dx y pronóstico.

En razón de lo anterior, el 17 de julio de 2007 al agraviado se le practicó una resonancia magnética de columna lumbar en el Hospital Aranda de la Parra de León, Guanajuato, el cual reportó "abombamiento multidireccional, en el disco intervertebral L4-L5, condicionando mínima compresión en éste nivel...cono medular y las raíces que conforman la cola de caballo isointensas y homogéneas en la exploración".

Por lo expuesto, el 18 de julio de 2007 la citada doctora SP8, le diagnosticó al quejoso lesión de cono medular postbloqueo peridural con sensibilidad y control de esfínteres conservada, por lo que lo dio de alta con traslado en ambulancia, manejo médico farmacológico no especificado, cita abierta a urgencias y con ella el 9 de agosto, además que continuara su rehabilitación en Celaya, Guanajuato.

El 24 de julio de 2007 el agraviado fue valorado de manera extrainstitucional por el doctor SP4, especialista en Medicina Física-Rehabilitación y Electromiografía, quien le diagnosticó paraplejia flácida nm y s t 10 (sic), por lo que le indicó terapia física con enseñanza de masaje ascendente, reeducación muscular, movilizaciones pasivas de ambos miembros pélvicos y electroestimulación de músculos del muslo; en ese sentido, el 20 de septiembre del mismo año, al revisarlo lo encontró con traslado en silla de ruedas con arcos de movilidad de miembros pélvicos completos con hipotonía y arreflexia, hipoestesia, movimiento voluntario distal no funcional y estableció id paraplejia flácida nm y s t 10, además que continuara con el mismo manejo.

De igual manera, a las 10:30 horas del 9 de agosto de 2007 un médico tratante adscrito al Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato, observó al agraviado con paresia 1/5 distal, 2/5 proximal, con mejoría de sensibilidad, sensibilidad MsPs, parestesias calambres 2/5 proximal y 1/5 proximal.

Asimismo, el 28 de agosto de 2007, el doctor SP4, especialista en Medicina Física-Rehabilitación y Electromiografía, subrogado, le practicó al quejoso estudio de neuroconducción, el cual reportó "datos de denervación en abundante cantidad por campos desde los paraespinales T12 en adelante y a la vez inicia con

hallazgos de reinervación en músculos de ambos miembros pélvicos. Radiculopatía T12 y L1 bilateral, probable lesión del cono medular. Los hallazgos encontrados (sic) sugieren que el daño es más desmielinizante y con bloqueos de su conducción, con menor daño axonal y datos de reinervación”.

De la misma forma, el 4 de octubre de 2007 el médico tratante de Nx, sin señalar nombre, matrícula, rango ni unidad médica, asentó que el agraviado con Síndrome de Cono Medular se encontraba en rehabilitación, natación y aguas termales, con mejoría anímica, 1/5 MsPs distal 2 en 3/5 proximal, ya se paraba y tenía más soporte, por lo que requería control con rehabilitación, y le indicó rehabilitación con cita programada en 4 semanas. Así también, el 6 de diciembre de ese año, en la consulta de neurocirugía de control se reportó al paciente en silla de ruedas, con mínima recuperación, pérdida del tono y trofismo en miembros pélvicos.

El 18 de febrero de 2008, el doctor SP9, adscrito a la Subdelegación Médica del Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato, certificó que el agraviado presentaba “radiculopatía T-11 y T12 secundario a lesión de cono medular, lesión desmielinizante bilateral, bloqueos de conducción, daño secundario a punción inadvertida de duramadre tras bloqueo epidural; lo cual condiciona lesiones permanentes, con mal pronóstico para la función y la imposibilidad de deambular nuevamente, por lo que iba a requerir silla de ruedas de manera permanente.

Asimismo, el 8 de marzo de 2008 el Servicio de Neurocirugía reportó al quejoso con diagnóstico de lesión medular por bloqueo anestésico, síndrome de cono medular, con mínima movilidad L5-S1 y sensibilidad en parches sólo al tacto, sin dolor; situación por la que le indicó continuar con rehabilitaciones y estableció un pronóstico malo para la función.

El 5 de noviembre de 2008, el doctor SP4, especialista en Medicina Física y Rehabilitación subrogado, precisó que el agraviado presenta una “paraparesia flácida secundaria a lesión medular incompleta con nivel motor y sensitivo, vejiga e intestino neurogénicos (pérdida del funcionamiento normal de la vejiga e intestino provocado por lesiones de una parte del sistema nervioso), sin actividad funcional de sus miembros pélvicos, lo cual lo hace dependiente del traslado en silla de ruedas”; aclaró que el quejoso dejó de acudir a su tratamiento de rehabilitación desde el mes de julio de 2008, ya que le precisó que no podía trasladarse porque su camioneta (la cual se encuentra adaptada para que la maneje toda con miembros torácicos) se descompuso; situación por la que estaba en espera de que el paciente asistiera para valorar en qué condiciones está y darle el tratamiento que debe seguir.

En ese sentido, el 22 de enero de 2009 personal de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE señaló a esta Comisión Nacional que el agraviado por el problema que tenía para continuar con las terapias de rehabilitación que ese Instituto le subrogó, acudiera con el subdirector médico de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato; sin embargo, este último le informó al quejoso la imposibilidad de continuar con las terapias de rehabilitación a través de una ambulancia argumentando la escasez de las mismas.

En virtud de lo expuesto, se solicitó la opinión médica de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la cual se advirtió que, el 5 de julio de 2007, en la Clínica Hospital del ISSSTE, en Celaya, Guanajuato, al señor A1 se le diagnosticó apendicitis, motivo por el cual se le indicó una apendicectomía, por ser el tratamiento curativo; sin embargo, en la misma fecha, cuando se realizó ese procedimiento quirúrgico bajo bloqueo peridural, la doctora SP1, médico tratante del Servicio de Anestesiología al momento de aplicar el anestésico el paciente manifestó dolor, según éste refirió en su escrito de queja, síntoma evidente de lesión debida al trauma por la anestesia a nivel de las raíces nerviosas y a la toxicidad propia del anestésico inyectado, pero omitió suspender inmediatamente el procedimiento, así como retirar la aguja y/o catéter y elegir otro espacio interespinal para intentar una nueva punción, ya que al insistir en avanzar la aguja y/o catéter lo único que produce es mayor trauma en el nervio y la posibilidad de que el enfermo tenga secuelas neurológicas severas y permanentes, como finalmente sucedió.

En ese orden de ideas, la doctora SP1 anotó en la hoja de registro anestésico del 5 de julio de 2007 que el bloqueo epidural lo realizó a nivel de T6 y en la de postanestesia de las 13:00 horas de la misma fecha, que fue a nivel de T12-L (sic), por lo que de manera inadecuada aplicó ese bloqueo en un espacio intervertebral incorrecto y evidenció su desconocimiento en la realización del procedimiento, ya que en este caso lo correcto era a nivel de L2-L3, pues en esta región el espacio peridural es más amplio y por ello es más difícil dañar a la médula espinal, además de que facilita su aplicación, previene eventos adversos neurológicos imputables a la técnica, es efectivo debido a que el fármaco cubre las raíces nerviosas y provoca una anestesia completa de la cavidad abdominal, tal como lo indica la literatura médica universal, por lo que con dicha conducta causó las complicaciones con las cuales posteriormente cursó el paciente.

Además de lo anterior, esa servidora pública una vez terminado el acto quirúrgico-anestésico se concretó a pasar al paciente al Servicio de Recuperación del mencionado nosocomio con el reporte de efectos residuales de anestesia, tensión arterial de 100/50 y con Aldrete de 9 (indicativo de condición óptima), sin que lo

vigilara estrechamente en el posquirúrgico inmediato para corroborar su recuperación integral, aunado a que tampoco redactó en su nota la duración de la anestesia, el evento inusual de dolor que presentó, el plan de manejo, el tratamiento inmediato y la supervisión médica en dicho servicio.

Asimismo, el agraviado recibió un inadecuado manejo médico durante toda su permanencia y hasta su alta del Servicio de Recuperación (por tiempo no especificado en notas médicas), toda vez que se omitió su atención, valoración, observación y monitorización por un especialista en anestesiología que reportara por escrito sus condiciones neurológicas después de la operación.

De la misma manera, a las 18:00 horas del 5 de julio de 2007, en el Servicio de Recuperación de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, se le administraron al paciente 5 mgs de nalbufina subcutánea, en dosis única, sin que el personal médico y de enfermería que lo tuvieron a su cargo en ese turno vespertino, describieran las condiciones neurológicas del paciente después de cinco horas de operado, por lo que se desconoce bajo qué criterios se le aplicó ese analgésico sedante (dicho fármaco puede producir hipotensión y depresión respiratoria, enmascarando cualquier sintomatología neurológica).

Asimismo, los médicos tratantes y del Servicio de Anestesia correspondientes a los turnos vespertino, nocturno y matutino, de los días 5 y 6 de julio de 2007 de la citada Clínica Hospital (cuyos nombres, claves, matrículas, rangos, se desconocen debido a que en las notas médicas no están escritos), omitieron observar, vigilar, evaluar y monitorizar al agraviado, así como elaborar la nota de alta de recuperación, ya que de haberlo hecho hubieran detectado oportunamente las parestesias que ya se instalaban, complicación grave secundaria al daño a la médula espinal por el bloqueo peridural realizado de manera inadecuada por la doctora SP1, y de esta manera indicarle su valoración por neurología y/o neurocirugía y su ingreso inmediato a protocolo de estudio para documentar el grado y nivel de la lesión, a pesar de que se trataba de una urgencia, esto es, “todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere de atención inmediata”, conforme lo establecido en el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Además de lo anterior, el doctor SP2 (no se puede establecer nombre, cargo, rango, matrícula, especialidad porque no se encuentra descrito en nota médica), sin haber explorado al paciente, ni descrito sus condiciones neurológicas postanestésicas, de manera inadecuada lo egresó del Servicio de Recuperación de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, “para continuar manejo”,

calificándolo con Aldrete 9, cuando no se encontraba en condiciones óptimas, como se corrobora con el reporte de enfermería al señalar “paciente bajo efectos de bloqueo, sin mover miembros inferiores con vena permeable, sin dolor, pasa a piso”; situación que tuvo como consecuencia una dilación para ingresarlo a protocolo de estudio, se integrara un diagnóstico de certeza y se estableciera un tratamiento oportuno, evitando así que evolucionara a un síndrome de cono medular con daño irreversible.

Así también, el 6 de julio de 2007 la doctora SP1 valoró y reportó al paciente “en estos momentos no ha recuperado el bloqueo motor de piernas”, sin embargo, no le realizó una exploración física, neurológica intencionada y dirigida, sino que minimizó la urgencia del problema neurológico espinal y condicionó aún más la dilación en un tratamiento adecuado, ya que al presentar bloqueo motor postanestésico (imposibilidad para movilizar las extremidades inferiores) de diecinueve horas de evolución, tenía la obligación de descartar que éste se debía al bloqueo peridural administrado de manera inadecuada por ella misma, esto es, revisarle ambas extremidades, verificar la respuesta motora-sensitiva, los reflejos, la sensibilidad al tacto y al dolor, la debilidad muscular venciendo la gravedad, para detectar el nivel y mecanismo de la lesión, establecer un diagnóstico presuncional y solicitar interconsulta inmediata a neurología y/o neurocirugía.

De igual forma, el 6 de julio de 2007 el doctor SP3, del Servicio de Medicina Interna de ese nosocomio, valoró al quejoso sin explorarlo física y neurológicamente, además no consideró que cursaba con una lesión de médula espinal secundaria al bloqueo peridural, a pesar de que lo reportó con “disminución de la sensibilidad, parestesias, anestesia”, como tampoco integró un diagnóstico presuncional ni le indicó tratamiento, siendo de conocimiento obligado por ser especialista.

Cabe precisar que no obstante de que el estudio de electromiografía del 6 de julio de 2007 se reportó anormal con datos de irritación medular, siendo estos resultados esperados debido a que por el tiempo de evolución aún no se definía un daño medular o a las raíces nerviosas, los médicos tratantes del Servicio de Anestesiología y Medicina Interna que tuvieron a su cargo al paciente durante los cuatro días que estuvo internado en la Clínica Hospital del ISSSTE, en Celaya, Guanajuato, continuaron su manejo médico con dieta blanda, soluciones intravenosas, doble antimicrobiano, antineuríticos, esteroides antiinflamatorios y sedantes-ansiolíticos-analgésicos, entre otros, sin que solicitaran interconsulta urgente por neurología y/o neurocirugía, así como paraclínicos para establecer un diagnóstico de certeza, y lo más importante indicar la rehabilitación física precoz.

En ese sentido, el agraviado presentó paraparesia flácida secundaria a lesión medular incompleta con nivel motor y sensitivo, vejiga e intestinos neurogénicos, sin actividad funcional de sus miembros pélvicos, la cual fue confirmada con el estudio de neuroconducción del 28 de agosto de 2007; lo que significa que actualmente no puede caminar, ni tener control sobre sus piernas, vejiga e intestino, cuyo manejo será la rehabilitación permanente, además de que son secuelas directas del bloqueo peridural con lesión a médula espinal realizado de manera inadecuada por la doctora SP1, el 5 de julio de 2007, toda vez que aplicó el bloqueo en un nivel alto (T12-L1) con lesión nerviosa, favorecida por la neurotoxicidad de los dos anestésicos (lidocaína y bupivacaína), el efecto vasoconstrictor de la epinefrina y por la hipotensión arterial sostenida (con la cual cursó el paciente durante todo el transoperatorio), causando disminución de la perfusión e irrigación del flujo sanguíneo, isquemia y lesión neurológica permanente del trayecto nervioso medular, complicaciones que eran previsibles y que no se previeron por esa servidora pública.

En consecuencia y debido al daño a la médula espinal irreversible que presenta el agraviado y que afecta su capacidad motora, la deambulación y genera la falta de control sobre su vejiga e intestino a voluntad, además de que condiciona alteraciones emocionales, problemas de adaptación, alteración del movimiento voluntario y postural, con limitaciones funcionales posturas anormales y cuyo manejo será la rehabilitación permanente, es necesario que continúe en terapia física por tiempo indefinido, para lo cual el ISSSTE deberá proporcionarle los medios adecuados, ya que las complicaciones antes mencionadas afectan la vida del paciente de muy diversa índole.

Por otra parte, es necesario señalar que personal de la Clínica Hospital del ISSSTE, en Celaya, Guanajuato, inobservó la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de anestesiología, ya que no se documentó el tiempo quirúrgico y anestésico, no se vigiló al paciente en el postanestésico inmediato, la hoja de consentimiento informado está incompleta, no se entregó personalmente al paciente al médico responsable de recuperación, ni se redactó en su nota la duración de la anestesia, el plan de manejo, tratamiento inmediato y la supervisión médica; además se omitió la vigilancia, observación y monitorización por un médico anestesiólogo que reportara por escrito sus condiciones, así como elaborar la nota de ingreso y el alta de recuperación que describiera las condiciones del paciente.

Finalmente, el mencionado personal del nosocomio de referencia tampoco observó la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, ya que la mayoría de las notas médicas son breves, escuetas, sin signos vitales,

ilegibles, sin exploración física completa, sin membrete de unidad médica, sin secuencia, con exceso de abreviaturas, sin nombre, firma, clave de médicos tratantes, sin hora, sin cargo, categoría o especialidad del médico tratante, aunado a que no se encuentran anexadas algunas hojas de indicaciones médicas y de enfermería.

Cabe precisar que el derecho a la protección de la salud tiene como una de sus finalidades el disfrute de estos servicios, y que la asistencia social satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de la persona y de la colectividad, en atención a un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno, así como la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo, ya que la doctora SP1, médico anestesióloga de la Clínica Hospital del ISSSTE en Celaya, Guanajuato, de manera inadecuada le aplicó al quejoso el bloqueo epidural en un espacio intervertebral incorrecto, sin que en el posquirúrgico inmediato continuara con su vigilancia oportuna ni los días subsecuentes que lo atendió; aunado a que los demás médicos tratantes, así como los de Anestesiología y Medicina Interna que lo tuvieron a su cargo durante toda su estancia en ese nosocomio no le prescribieron un tratamiento acorde a las complicaciones graves que presentó, lo que trajo como consecuencia daño a la médula espinal irreversible que le afecta su capacidad motora, la deambulaci3n, caus3n falta de control sobre su vejiga e intestino a voluntad, condicionando alteraci3n del movimiento voluntario y postural con limitaciones funcionales, entre otros, sin que el ISSSTE le proporcione los medios adecuados para que continúe en terapia física.

Atento a lo anterior, se vulner3n en perjuicio del quejoso lo previsto por los artículos 1o., 2o., fracci3n V; 19, 21, 23, 27, fracci3n III; 33, fracciones I, II y III; 34, fracci3n II; 37 y 51, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaci3n de Servicios de Atenci3n Médica.

En consecuencia, esta Comisi3n Nacional considera que los servidores públcos responsables de la atenci3n médica brindada al agraviado no cumplieron con lo seálado en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constituci3n Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 32 de la Ley General de Salud, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públcos, que disponen la obligaci3n que tienen los servidores públcos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisi3n que cause su suspensi3n o deficiencia, o implique el

incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

Igualmente, los médicos tratantes no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que se refieren a los artículos 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, y reconocen la más amplia protección y asistencia posibles a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de sus hijos, preceptos que ratifican el contenido del artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de esos derechos.

Finalmente, acorde con el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, se prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los mismos, imputable a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños que se hubiesen ocasionado, por lo cual en el presente caso se considera que resulta procedente que se repare el daño al agraviado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1915, 1917 y 1918 del Código Civil Federal, así como 1o., 2o. y 9o. de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula a usted señor director general, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se tomen las medidas correspondientes para que se realice el pago que proceda por concepto de reparación del daño causado al señor A1, como consecuencia de la responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica que se le proporcionó, de acuerdo con las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de esta recomendación y de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia; asimismo se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que se le brinde al señor A1 la asistencia médica y el apoyo psicoterapéutico necesario de manera vitalicia; además, en forma inmediata se le proporcionen los medios adecuados para que continúe permanentemente con la terapia física que requiere, derivado de las consideraciones contenidas en el capítulo de observaciones de la presente recomendación.

TERCERA. Se dé vista al Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de los hechos a que se contrae el presente documento, con el objeto de que se inicie, conforme a derecho, el procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos que atendieron al señor A1, comunicando a esta Comisión Nacional desde su inicio hasta la determinación respectiva.

CUARTA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se impartan cursos de capacitación al personal médico y de enfermería de ese Instituto, sobre el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998 y NOM-170-SSA1-1998, relativas al manejo del expediente clínico y a la práctica de anestesiología, para evitar que en lo futuro ocurran omisiones como las referidas en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

QUINTA. Se proporcione a la representación social de la federación, los elementos necesarios para la correcta integración de la averiguación previa, con el objeto de que el agraviado tenga acceso a una justicia pronta, completa e imparcial de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una

declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación, se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EL PRESIDENTE

DR. JOSÉ LUIS SOBERANES FERNÁNDEZ