



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN 71/1998

Síntesis: El 17 de junio de 1997, la Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió el escrito de queja formulado por la señorita Elsa Valenzuela Mendoza, en el que denunció probables violaciones a los Derechos Humanos del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez.

En el escrito de referencia, la quejosa manifestó que su señor padre Juan Francisco Valenzuela Jiménez sufrió un accidente automovilístico en el trayecto de Navojoa a Ciudad Obregón en el estado de Sonora, siendo atendido en primera instancia en la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social de Navojoa, diagnosticándole, entre otras cosas, traumatismo craneoencefálico. Por la gravedad del caso, en la misma fecha fue trasladado al Centro Médico del Noroeste en Ciudad Obregón de la misma entidad federativa, en donde estuvo internado hasta el 23 de junio de 1996, determinándose enviarlo enferma indebida a la ciudad de Culiacán, Sinaloa, lo que propició que se padre se agravara, ocasionándole la muerte. De lo anterior, el 2 de octubre de 1996, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México declaró improcedente la queja planteada por talos hechos, misma que en abril de 1997 fue confirmada por el Área de Inconformidades del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Sinalca. Lo anterior originó el expediente CNDH/121/97/ SON/3631.

Del análisis de la documentación remitida, así como de la investigación realizada por este Organismo Nacional, se comprobó la existencia de diversas irregularidades, por lo que se concluyó que se acreditaron actos que producen violaciones a los Derechos Humanos de quien en vida llevara el nombre de Juan Francisco Valenzuela Jiménez, con relación al derecho social de ejercicio individual, en la modalidad de violación al derecho de la protección a la salud y, específicamente, en negligencia médica.

Considerando que la conducta de los servidores públicos conculca lo dispuesto en los artículos 40., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 23, 32, 33 y 51, de la Ley General de Salud; 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; 20. de la Ley del Seguro Social; 47, fracción 1, y 77 bis, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, y 1915, 1916 y 1927, del

Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para Toda la República en Materia Federal, en relación con el 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, este Organismo Nacional emitió, el 31 de agosto de 1998, una Recomendación al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda para que se inicie un procedimiento administrativo de investigación ante la Contraloría Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de establecer la responsabilidad en que pudiera haber incurrido el personal médico adscrito del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste del mismo Instituto, en Ciudad Obregón, Sonora, por la conducta negligente mostrada en la atención del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, y, de ser el caso, se proceda a imponer las sanciones que resulten aplicables conforme a Derecho. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 77 bis, in fine, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, se proceda al pago de la indemnización correspondiente en favor de los beneficiarios que con base en la Ley del Seguro Social acrediten su derecho, de conformidad con los ordenamientos citados en el capítulo Observaciones de este documento.

México, D.F., 31 de agosto de 1998

Caso del señor Juan Francisco

Valenzuela Jiménez

Lic. Genaro Borrego Estrada,

Director General del Instituto

Mexicano del Seguro Social,

Ciudad

Muy distinguido Director General:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; lo.; 60., fracciones II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/121/97/SON/3631, relacionados con el caso del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, y vistos los siguientes:

HECHOS

A. El 17 de junio de 1997, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió el escrito de queja formulado por la señorita Elsa Valenzuela Mendoza, en el que denunció probables violaciones a los Derechos Humanos de su padre, señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez.

La quejosa manifestó que el 17 de junio de 1996, su padre sufrió un accidente automovilístico en el trayecto de Navojoa a Ciudad Obregón en el estado de Sonora, siendo atendido en primera instancia en la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social de Navojoa, diagnosticándole, entre otras cosas, traumatismo craneoencefálico.

Por la gravedad del caso, en la misma fecha el señor Valenzuela Jiménez fue trasladado al Centro Médico del Noroeste en Ciudad Obregón de la misma entidad federativa, en donde estuvo internado hasta el 23 de junio de 1996, determinándose enviarlo a la ciudad de Culiacán, Sinaloa, ello en forma indebida, ya que la ambulancia en la que se efectuó el traslado estaba en pésimas condiciones, además de que no contaba con el material indispensable ni con el personal médico para la atención que de emergencia se pudiera presentar, circunstancia que la quejosa considera que propició que su padre se agravara, ocasionándole la muerte. De lo anterior, el 2 de octubre de 1996, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México declaró improcedente la queja planteada por tales hechos, misma que en abril de 1997 fue confirmada por el Área de Inconformidades del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Sinaloa.

Además, la señorita Elsa Valenzuela Mendoza precisó que, el 16 de junio de 1997, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, al resolver el expediente 546/96, que fue iniciado con motivo de la queja presentada por la señorita Elsa Valenzuela, y ante la negativa del Instituto Mexicano del Seguro Social para someterse al procedimiento arbitral, dejó a salvo sus derechos para hacerlos valer ante las instancias competentes.

B. Atendiendo la petición planteada, esta Comisión Nacional radicó la queja de referencia con el número de expediente CNDH/121/97/ SON/3631, y durante el proceso de integración envió el oficio 20220, del 30 de junio de 1997, mediante el cual se requirió al licenciado José de Jesús Díez de Bonilla Altamirano, Coordinador General de Orientación y Atención al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, un informe relativo a los hechos constitutivos de la queja, así como copia del expediente clínico del señor Juan Francisco Valenzuela

Jiménez. La autoridad mencionada re-mitió su respuesta mediante el diverso 8193, del 14 de julio de 1997.

Del análisis efectuado al expediente clínico proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se destacó lo que a continuación se señala:

Nota médica del día 16-VI-96, a las 10:40 horas, del Servicio de Admisión Continua del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón:

Recibo masculino de 58 años, enviado de Navojoa, sin previo aviso y sin familiares. Unicamente sabemos que sufrió accidente automovilístico (volcadura de tráiler) hace unas horas (sin precisar) con fractura ex-puesta de mano derecha. No se conocen antecedentes. El paciente viene en mal estado general, consciente pero omnubilado, definitivamente no cooperador, con pupilas iso-córicas y normorrefléxicas, con hemiplejía derecha, localiza mal el dolor con mano izquierda, con contusiones en cara y escoriaciones en cara y miembro torácico izquierdo, sin compromiso cardiorrespiratorio, no hay Babinski.

Diagnóstico: traumatismo craneoencefálico. Solicito TAC (tomografía axial computarizada) urgente. Interconsulta a Neurocirugía.

Dr. Tirado.

1.1. Nota de radiodiagnóstico, del mismo día, a las 20:10 horas:

Se solicitó TAC de cráneo en forma urgente desde las 18:00 horas. No se mandó al paciente por falta de anestesiólogo para asistirlo. Llamar al HEN.1 Dx (sic). Cuando se localice al anestesiólogo que lo asista.

Dr. Sánchez Q. R III. Dr. Navarro R II Rx. Dr. López R I Rx.

1.2. Nota de Radiodiagnóstico, del día 16-06-96, a las 21:20 horas:

Se realiza TAC simple de cráneo, no se registran incidentes durante ni después del estudio, el paciente fue asistido por anestesiología. Se observa en TAC imágenes en relación con edema cerebral. Pasa a su servicio. Imágenes en archivo radiográfico. Se aprecia fractura parietal derecha.

Dr. Sánchez Q. RIII.

1.6. Neurocirugía: enterados de paciente de traumatismo craneoencefálico por accidente de menos de 24 horas de evolución con depresión de su estado

neurológico sin focalización. Se revisa con estudio tómo-gráfico en conjunto con radiodiagnóstico.

No se observa compromiso que requiera cirugía. Sólo manejo antiedema cerebral y control metabólico e hidroelectrolítico. Es-taremos pendientes de evolución.

Dr. Villalobos 9166343.

Indicaciones 16-06-96:

Ayuno. Signos vitales C72 horas. Posición de semifowler. Cuidados del paciente neu-rológico. Control estricto de líquidos. Moni-torización electrocardiográfica continua. Re-cabar resultados de laboratorio. Destrostix cada cuatro horas. Manitol, dexametasona, dicloxacilina, amikacina. Solución fisioló-gica y glucosada. Gasometria arterial.

1.7. Nota de evolución nocturna, de las 01:26 horas, el día 17-06-96:

Cursa sus primeras horas de estancia en el servicio con diagnóstico de traumatismo cra-neoencefálico (TCE), con edema cerebral importante, además de presentar herida cor-tante en mano derecha, además de probable fractura a ese nivel, la cual requerirá manejo por parte de Cirugía General. El paciente ya fue valorado por el Servicio de Neurocirugía previa realización de TAC descartándose manejo quirúrgico. Tiene como antecedentes de importancia ser diabético de siete años de evolución con control con HGO, no hi-pertensión arterial, no alergias, antecedentes de alcoholismo y tabaquismo importante.

Indicaciones día 17-06-96, 09:00 horas:

Sube a piso de neurocirugía. Ayuno. Sig-nos vitales cada cuatro horas, control de h-uidos. Destrostix cada cuatro horas. Con esquema de insulina. Cuidados de paciente neurológico. Catéter retrofanqueo (sic). Ra-nitidina. Metocloprapima. Manitol. Dexa-metazona. Dicloxacilina. Solución fisioló-gica. Recabar estudios de laboratorio. Sus-pender lo no indicado.

1.8. Nota de evolución nocturna, del día 18-06-96:

Con TCE con edema cerebral moderado documentado por TAC descartando san-grados o hemorragias intraparenquimato-sa, bajo medidas antiedema cerebral, evo-luciona al parecer estable, continua con un Glasgow de 11, respondiendo al estímulo verbal con apertura ocular, localiza el do-lor, lenguaje incoherente, con hemiparesia y focalización de hemicuerpo derecho, pu-pilas

isométricas de 4 mm, con pobre respuesta a la luz, agitación psicomotriz en ocasiones, respuesta plantar indiferente con discreto aumento del trabajo respiratorio, su gasometria arterial con alcalosis respiratoria con hipoxemia, por lo cual aumentamos flujo a catéter retrofaringeo de oxigenio, con otra gasometría arterial de control con mejoría de oxemia, alcalosis respiratoria. Sus campos pulmonares hipoventilados, sin congestivos, los ruidos cardiacos y respiratorios sin fenómenos agregados, aumentados en frecuencia. Su presión arterial 175/90, frecuencia cardiaca 95 X, atebriil, frecuencia respiratoria 30 X. Continuaremos con manejo establecido, medidas anti-temperaturas, soluciones parenterales, antibióticos, medidas generales y cuidados del paciente neurológico, controles gasométricos; dependiendo de evolución se determinará nueva conducta a seguir. Pendiente de ingresar a piso de Neurocirugía.

1.9. Nota del 18-06-96:

Enterado del motivo de envío con TCE, cursa con P/C (sic) prolongada el paciente presenta TAC sin evidencia de sangrado, puede ser manejado en su clínica de adscripción.

Contusión cerebral.

Al parecer la firma el residente de 50. año.

1.10. Se elabora nota de traslado de hospital a hospital, el día 18-06-96, el cual es diferido, y el mismo día, se elabora una nota de admisión continua y diferimiento de alta:

Estamos enterados y de acuerdo en consideraciones previas, asimismo, de las valoraciones por Neurocirugía, quien opina que no hay patología neuroquirúrgica; me llama la atención la importante agitación psicomotriz con las pupilas centrales iguales, normorreactivas, tiene Vto (sic) facial y hemiparesia derechos con Babinski franco al igual que Gordon (sic) y Openheim. Descubrimos la mano derecha documentando lesiones cruentas abiertas tanto en la región dorsal como palmar con muy posible lesión de tendones flexores como extensores. Tiene hipertermia (Add abundante secreción verde de olor dulce) y leucocitosis muy importante (superior 20000) con neutrofilia y bandemia. Dado lo anterior consideramos prudente diferir su egreso hospitalario.

Plan: ayuno. Signos vitales con cuidados de paciente neurológico. Cama con barandal. Oxigeno por catéter retrofaringeo. Control estricto de líquidos. Curación de herida diaria. Destrostix cada cuatro horas. Ceftazidima un gramo IV cada

ocho horas. Amikacina 500 mg IV c/12 horas. Dexametasona 6 mgs. IV cada ocho horas. Manitol 125 cc. Para una hora cada ocho horas. Ranitidina.

Glucal 10 % 1000cc. Interconsulta urgente a Traumatología y Ortopedia para valorar aseo quirúrgico. Interconsulta mañana a Cirugía Reconstructiva. Reportar grave.

Dr. Walter 7890826.

1.11. Nota del mismo día, a las 22:30 horas: paciente que evidentemente requiere manejo hospitalario, por el momento no es quirúrgico, se reporta más reactivo, hemodinámicamente estable con T/A 180/80, afebril, se comenta el caso con Trauma y Ortopedia y se revisa la lesión de la mano derecha, al parecer hay daño de flexores, es una lesión cruenta que requiere valoración y manejo por Cirugía Reconstructiva, ya cubrió con antibióticos, continuamos manejo establecido. Suspender diazepam. Dr. Rodríguez Martínez 6293946.

1.12. Nota de interconsulta de Ortopedia, del día 19 de junio de 1996, 19:15 horas:

Herida cortante a nivel de palma de la mano derecha, la cual involucra sección tendinosa de flexores de los dedos, además con presencia de pérdida de la piel con exposición de los extensores de los dedos.

Consideramos que el paciente no debe ser trasladado a Culiacán, hasta no ser valorado por Cirugía Plástica y Reconstructiva (CPR) mientras tanto deberán realizarse curaciones dos veces al día.

Por el momento sólo se aplica férula de yeso de reposo y se realiza curación.

Solicitamos Rx de columna cervical, lumbar, Ap de pelvis, AP y oblicuas de mano derecha.

Desde el punto de vista ortopédico considero no tenemos nada que ofrecerle a la mano derecha, se revisarán los estudios radiológicos solicitados y de no existir alguna situación que podamos ofrecerle se dejaría a cargo de Cirugía Reconstructiva.

Dr. R. Carrillo Mora. 5105714.

1.13. Nota de CPR, del día 20-06-96, sin hora:

Enterados del caso, se revisa lesión de mano derecha, la cual se observa la siguiente información:

Herida cruenta de bordes irregulares; tejido desvitalizado; lesión de vasos venosos (trombosados); la herida interesa superficie dorsal y palmar de la mano; existe incapacidad para flexoextender los dedos; se observa cartílago articular del cuarto MCF (sic) avulsionado; exposición de tendones extensores. La herida abarca toda la superficie dorsal y palmar a nivel de pliegue de flexión del lado palmar y del lado dorsal en toda su superficie. En región del pulgar también interesa toda la superficie dorsal y palmar. Presenta material francamente purulento y fétido; la herida presenta profundidad aproximadamente 2.5 cm.

El paciente también presenta escoriación dermoepidérmica de piel cabelluda región occipitotemporal izquierda con salida de material purulento seroso.

En miembro pélvico izquierdo en región de pantorrilla, zona hiperémica edematosa con escoriación dermoepidérmica. Además de múltiples huellas de contusiones; en campos pulmonares con estertores gruesos bilaterales; el paciente coopera pero no está bien orientado en tiempo y lugar.

Se reporta por enfermería con secreciones expectoradas como purulentas; por el momento cuenta con manejo antiedema y antibioticoterapia; hemodinámicamente estable y compensado metabólicamente.

Rx AP oblicua de mano derecha son de mala calidad; existe imagen sugestiva de fx de escafoides.

Impresión diagnóstica: mano derecha traumática con probable lesión de tendones flexores con lesión de vasos venosos.

Por el Servicio de Cirugía Plástica se solicita curación diaria, valorar posibilidad de someterse a anestesia para realizar exploración de mano para valoración de tendones flexores y extensores, así como paquete vasculonervioso, además de un aseo quirúrgico.

Continuar con antibioticoterapia.

Manejo por medicina interna por su problema respiratorio, así como control de su edema cerebral; estas dos afecciones sistémicas importantes para mantenerlo estable y con posibilidades de ser sometido a quirófano (sic).

Dr. García Gutiérrez. 7400861.

ADD. El paciente se ingresará al Servicio de CPR previa valoración de Medicina Interna y Neurología por sus patologías de fondo que podrían en un momento dado limitar su manejo quirúrgico, así como el comprometerse a continuar su manejo independientemente de encontrarse en Servicio de CPR, quien solicita valoración para ser sometido a ascotomía quirúrgica (valoración de riesgo anestésico y quirúrgico). La condición actual de la mano derecha es grave y de pronóstico malo.

1.14. Valoración preoperatoria, del día 20-VI-96, a las 19:00 horas:

La respuesta neurológica es buena; está aletargado; puede despertarse y responder coherentemente. No hay anisocoria ni rigidez; persiste sólo con hemiparesia FC derecha. No cardiorrespiratorios. Tiene laboratorio con Hb 1 lgrs. Electrocardiograma en ritmo sinusal, FC 100 X, eje a cero grados, sin datos de isquemia lesión o necrosis.

Rx portátil de mala calidad, muy rotada espirada con incremento en la trama cardiovascular 0 puntos.

Estado general 0.

Tipo de cirugía urgente + entidad neurológica tres puntos. Total riesgo quirúrgico II de Goldman. Morbilidad del 15% y mortalidad del 2 %.

Consideramos que el paciente al egresar de quirófano puede ingresar a CPR con apoyo de Medicina Interna como único interconsultante en tanto no presente complicación hemorrágica postraumática tardía.

Dr. Walter 7890826.

1.15. Nota de evolución del día 21-06-96 a las 08:00 horas:

Ya tiene valoración, por lo que puede realizarse aseo quirúrgico.

Sube a piso de CPR.

1.16. Nota de CPR, del día 21 de junio de 1996, a las 09:00 horas:

Paciente con afección sistémica metabólica, compromiso neurológico y ventilatorio. Además de esto presenta traumatismo en mano derecha con pérdida cutánea dorsal; fractura expuesta del cuarto metacarpo lo cual amerita curaciones exhaustivas y posterior manejo quirúrgico. Sin embargo, este manejo

no es prioritario en relación con el manejo sistémico del paciente, el cual sí compromete su estado general de salud.

Plan: el manejo de Cirugía Reconstructiva de esta lesión en mano derecha, al igual que su manejo neurológico y de Medicina In-terna, los cuales fueron trasladados a ser realizados a su unidad de adscripción en Sinaloa, pueden ser igualmente realizados por el Servicio de Cirugía Reconstructiva de su hospital general de zona. Por tanto, se so-licitará su traslado para su manejo integral en su unidad de adscripción.

Dr. García Gutiérrez 7400861.

El traslado del paciente no se efectuó sino hasta el día 23 de junio de 1996, sin haber sido valorado nuevamente por el Servicio de Neurocirugía ni Cirugía Reconstructiva.

1.17. Nota del Servicio de Urgencias (al parecer del hospital de Culiacán, Sinaloa) del día 23-06-96 a las 20:00 horas:

Se trata de paciente masculino de 58 años, el cual ingresa con diagnóstico de trauma-tismo craneal +diabetes mellitus descon-trolada.

A la exploración física: semiconsciente, in-tranquilo, con palidez de piel y tegumentos, mala hidratación, con vendaje en región fron-tal por herida, equimosispalpebral, responde a los estímulos dolorosos, con frecuencia respiratoria aumentada, ruidos cardiacos rítmi-cos de buen tono e intensidad, movimientos ventilatorios presentes en ambos hemitórax, con rudeza respiratoria, abdomen blando, distendido +, no se palpan visceromegalias, con peristalsis presente, sonda de Foley a derivación, mano derecha con yeso inmovi-lizador por presentar fractura del cuarto me-tacarpiano. Se le realiza gasometría a su in-greso (PH 7.47, PCO2 24.4, PO2 27).

Dr. Moro MB.

1.18. Nota médica del día 23 de junio de 1996, a las 23:35 horas:

Enterados de notas previas actualmente con hiperglicemia, estado hiperosmolar no ce-tósico, con desequilibrio hidroelectrolítico del tipo de la hipernatremia, hiperkalemia, está descompensado por infección de vías respiratorias agregada, por lo que se deci-de realizar intubación endotraqueal para apo-yo ventilatorio, se solicita valoración por Unidad de Cuidados Intensivos.

1.19. Nota de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, del día 24-06-96 a las 00:20 horas:

Politraumatizado, traumatismo craneoencefálico, edema cerebral, diabetes mellitus descompensado, desequilibrio hidroelectrolítico.

Sedado y orointubado.

Temperatura 37.8 grados, frecuencia cardiaca 120 X, destrostix 400 mg.

Neurológico: Glasgow no valorable, ojos con pupilas isocóricas y normorrefléxicas, equimosis palpebral bilateral, con herida cortante en cráneo, hemiparesia de racha.

Extremidades: con hemiparesia de hemi-cuerpo derecho y venda enyesada en miembro torácico derecho por fractura de cuarto metacarpo. Rx de tórax, muestra zona de condensación basal derecha.

Paciente politraumatizado con traumatismo craneoencefálico y probable edema cerebral. Trae TAC de cráneo que no muestra datos de hemorragia, con diabetes mellitus descompensado por infección de vías respiratorias bajas, paciente en malas condiciones clínicas, el cual requiere de ventilación mecánica asistida.

Requiere TAC de control contrastada.

Dr. Ramírez A.

1.20. Nota de Cirugía Reconstructiva, del día 24-06-96 a las 11:15 horas:

Paciente con machucamiento severo de mano derecha con área cruenta en dorso, exposición tendinosa, herida cortante zona III palmar, necrosis de primero y segundo dedo. Se comenta con familiar y autoriza desarticulación de éstos, el quirófano tendrá disponible el día de mañana.

1.21. Nota del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, del día 24-06-96, a las 13:15 horas:

Con área cruenta en mano derecha en la que se observa abundante tejido necrótico con nidas de fibrina, tendones expuestos, maceración de cara palmar de tejidos, con sufrimiento vascular del segundo. Plan: recomendamos continuar con manejo conservador de región dorsal a base de curaciones y apoyo

farmacológico, en cuanto al dedo índice se revalorará para mañana su extirpación para aspecto estético funcional.

Dr. Urías MB.

1.22. Nota del día 25-06-96, a las 17:00 horas: temperatura 38 grados.

Politraumatizado, traumatismo craneoencefálico, fractura metacarpo, sepsis, insuficiencia respiratoria aguda. Paciente oro-intubado, con apertura ocular al estímulo verbal, pupilas isocóricas, normorrefléxicas. Se encuentra con crepitantes bilaterales, radiológicamente con derrame pleural izquierdo y ensanchamiento mediastinal. Estado de anasarca, oligúrico, azoados con creatinina 4.4.

Dr. López Ramos MB.

1.23. Nota de alta por defunción, del día 26-06-97, a las 17:30 horas:

Diagnóstico de ingreso: politraumatizado, traumatismo craneoencefálico, edema cerebral, diabetes mellitus descompensado, desequilibrio hidroelectrolítico, hipernatremia, hiperkalemia.

Diagnósticos de egreso: traumatismo craneoencefálico severo, politraumatizado, edema cerebral, diabetes mellitus descompensada, desequilibrio hidroelectrolítico, hiperkalemia, acidosis metabólica.

1.24. Resumen clínico del Hospital General de Zona de Culiacán, Sinaloa, del 26-06-96:

Masculino de 58 años, diabético de siete años de evolución, enviado del Centro Médico del Noroeste Obregón, Sonora, el día 24 de junio de 1996 posterior a accidente automovilístico, presentando:

Traumatismo craneoencefálico con edema cerebral secundario (corroborado TAC) no se corroboró aparentemente hemorragia intracraneal. Se manejó con manitol, dexametazona, diuréticos; llegó en coma profundo y se mencionó evolución adecuada con mejoría del alerta pero con desorientación.

Hiperglicemia, que se manejó con insulina.

Lesión de mano derecha, pérdida de tejido cutáneo, fractura expuesta del cuarto metacarpiano, lesiones tendinosas flexoras y extensores. Cirugía Plástica de esta

unidad revisa y menciona área cruenta derecha con abundante tejido necrótico, natas fibrinopurulentas, tendones expuestos, maceración cara palmar de tejidos, sufrimiento vascular del segundo dedo y menciona la posibilidad de extirpación. Ingreso al hospital el día 23 de junio a las 20:00 horas y la valoración el 24-06-96 a las 13:15 horas (17 horas posteriores).

A su ingreso a UCI le encontramos los siguientes problemas:

- 1) TCE. Intubado, sedado, con apoyo ventilatorio, suspendimos sedación para evaluación diagnóstica, neurológica.
- 2) Trastornos ventilatorios: hipoventilación basal derecha, gases con PO₂ 68, saturación 94.5 % .
- 3) Renal: azotemia prerrenal por depleción líquida (urea 102, creatinina 1.3 mg).
- 4) Desequilibrio hidroelectrolítico, estado hiperosmolar, hiperglucemia de 508 mg, sodio 151.
- 5) Hiperglucemia: multifactorial, estrés, diuréticos, desequilibrio, esteroides.
- 6) Lesión de cuero cabelludo con bordes necróticos y salida de material purulento en sus bordes.
- 7) Sepsis de origen en mano derecha y en cuero cabelludo con necrosis del primero y segundo dedos mano derecha.
- 8) Insuficiencia renal aguda secundaria a sepsis y depleción de volumen desde el accidente.
- 9) Evoluciona al choque séptico y fallece por falla orgánica múltiple.

Conclusión: el paciente no llegó en óptimas condiciones como lo menciona la nota de envío.

Debió ser manejado más agresivamente en UCI con hiperventilación controlada, un monitoreo más intenso del estado hidroelectrolítico, sobre todo por ser un paciente diabético; el uso de diuréticos osmóticos de asa, esteroides, desencadena descontrol metabólico en pacientes diabéticos; este manejo lo llevó al estado hiperosmolar con el cual nos llegó y esto condiciona la evolución a falla prerrenal hasta la falla renal aguda.

Se le dio poca atención al problema de mano, no es posible que en 24 horas se infectara con compromiso vascular del primero y segundo dedos, no mencionan estado pre-vio; la infección de la herida en cuero cabelludo no fue manejada.

Las alteraciones de conciencia; edema cerebral parcialmente manejado, uso de diuréticos produjo estado hiperosmolar con mayor deterioro del alerta.

Además fueron seis horas que duró el traslado, sin manejo específico.

1.25. Nota de traslado a Culiacán, Sinaloa, del día 21-06-96 a las 12:40 horas:

Fecha de ingreso: 16-06-96, 16:40 horas.

Enviado de Navojoa, Sonora.

Diagnósticos: politraumatizado, estado de conciencia profundo secundario a traumatismo craneoencefálico severo (vías de resolución). Lesión traumática de mano derecha. Edema cerebral secundario corroborado por TAC. Diabetes mellitus.

Fecha de egreso: 21-06-96.

Motivo: mejoría.

Resumen clínico: hombre joven de 58 años de edad, enviado de la ciudad de Navojoa, Sonora, por presentar accidente automovilístico al ir en un camión manejando, sufriendo volcadura, con pérdida del estado de despierto. A su ingreso en estado de coma profundo, siendo manejado para esto con medidas anti edema cerebral (manitol, dexametazona, diuréticos, amikacina), la respuesta ha sido favorable, ahora ya se encuentra despierto pero aún desorientado, estable hemodinámicamente, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos de lesión, la mano derecha con pérdida cutánea dorsal, fractura expuesta de 4º metacarpiano así como escoriaciones dermoepidérmicas en varias partes del cuerpo.

Conclusión: amerita mayor tiempo de hospitalización, lavado e intervención quirúrgica de mano derecha, vigilancia y seguimiento. Se envía por ser su lugar de adscripción.

Dr. Félix Muñoz Guerrero 9360646, jefe de Admisión Continua-Quemados.

1.26. De las notas de enfermería, entre otras cosas, se extrae lo siguiente:

El día 20 y 21 lo refieren hiperglucémico, el día 22 lo refieren quejumbroso, somno-liento, se queda dormido, rápidamente se despierta con el estímulo verbal y táctil, in-quieto, verborreico.

1.27 Del certificado de defunción se extrae lo siguiente:

Causas de la defunción: falla orgánica múltiple. Traumatismocraneoencefálico 10 días. Hemorragia intraparenquimatosa 10 días.

C. Debido a la especialidad del caso, se solicitó la intervención de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, con la finalidad de determinar si existió negligencia por parte del personal médico que atendió al señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, así como por la determinación de traslado a la co-rrespondiente clínica de adscripción. Al respecto, el 16 de abril del año en curso se emitió el dictamen respectivo, el cual concluyó lo siguiente:

PRIMERA. Existió negligencia e impericia por parte de los médicos del IMSS del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste de Ciudad de Obregón, Sonora, que participaron en la atención médica del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, del 16 al 23 de junio de 1996, por lo siguiente:

No haber valorado integralmente al paciente a su ingreso a dicho centro hospitalario.

Por lo anterior, no se detectó oportunamente la magnitud de la lesión de la mano derecha, ni la herida presentada en la región occipitotemporal izquierda, lo que propició la presencia de infección a esos niveles, siendo los focos primarios del cuadro séptico que presentó el paciente que aunado a la lesión intracerebral lo llevó a la muerte.

No haber diagnosticado la hemorragia parenquimatosa, a pesar del cuadro clínico sugestivo de dicha lesión.

Por parte del neurocirujano Villalobos 9166 343, al no efectuar una exploración neurológica del paciente el día 16 de junio de 1996, lo que impidió que se efectuara el diagnóstico de la hemorragia intracraneal y por lo tanto las posibilidades de tratamiento; además, dicho profesionista no efectuó el seguimiento del paciente, a pesar de que estaba indicado, ni sugirió la realización de una nueva tomografía, minimizando los signos neurológicos que presentaba el paciente.

Por parte del doctor Eduardo García Gu-tiérrez, especialista en cirugía reconstruc-tiva, al indicar la alta del paciente sin haber efectuado el tratamiento de la herida de la mano derecha, y sin la valoración del pacien-te por parte del neurocirujano, hecho que contravino lo previsto en los artículos 72 y 73 de la Ley General de Salud, sobre dispo-siciones para la prestación de servicios de hospitales.

Aunado a lo anterior, haber efectuado el traslado al paciente del Hospital de Espe-cialidades del Centro Médico del Noroeste de Ciudad Obregón, Sonora, a la ciudad de Culiacán, sin estar en condiciones de ser tranferido y sin personal médico, además de no dar indicaciones específicas para su manejo durante el trayecto, el cual duró seis horas, hecho que contribuyó en el agrava-miento del cuadro clínico.

SEGUNDA. La muerte del paciente fue debido a las alteraciones tisulares y visce-rales ocasionadas por una falla orgánica múltiple, secundaria a las complicaciones in-fecciosas localizadas en mano derecha, piel cabelluda y vías respiratorias bajas, en un individuo con diabetes mellitus y trauma-tismo craneoencefálico con hemorragia in-traparenquimatososa.

TERCERA. Dichas complicaciones fueron derivadas de un manejo inadecuado por parte de los médicos del IMSS, de las lesiones por las que ingresó, por lo que se establece una relación causa-efecto entre su muerte y la actuación médica.

CUARTA. Existió responsabilidad admi-nistrativa por parte de los directivos del Hospital de Especialidades del Centro Mé-dico del Noroeste de Ciudad Obregón, So-nora, por no contar con personal médico de anestesiología para el tratamiento integral del paciente.

II. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. El escrito de queja suscrito por la señorita Elsa Valenzuela Jiménez, recibido en este Orga-nismo Nacional el 17 de junio de 1997.
2. El oficio 20220, del 30 de junio de 1997, enviado por este Organismo Nacional, mediante el cual se requirió al licenciado José de Jesús Díez de Bonilla Altamirano, Coordinador Ge-neral de Orientación y Atención al Derechoha-biente del Instituto Mexicano del Seguro Social, un informe relativo a los hechos constitutivos de la queja, así como copia del expediente chni-co del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez.

3. El diverso 8193, del 14 de julio de 1997, por medio del cual el doctor Mario Barquet Rodríguez, Coordinador de Atención al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, remitió la información solicitada.

4. La copia del expediente clínico respecto de la atención médica brindada al agraviado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

5. El certificado de defunción del 6 de junio de 1996, emitido por el doctor Sergio Sital Gas-telum, perito médico oficial de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa.

6. El dictamen médico emitido el 11 de marzo de 1998, por la Coordinación de Peritos Médicos de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos.

III. SITUACIÓN JURIDICA

El 2 de octubre de 1996, la queja presentada por la señorita Elsa Valenzuela Mendoza ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, se declaró improcedente por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México, lo cual fue confirmado en abril de 1997 por el Área de Inconformidades del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Sinaloa.

El 16 de junio de 1997, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico resolvió el expediente 546/96, iniciado con motivo de la queja presentada por la señorita Elsa Valenzuela, y ante la negativa del Instituto Mexicano del Seguro Social para someterse al procedimiento arbitral, dejó a salvo sus derechos para hacerlos valer ante las instancias competentes.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis de los documentos que integran el expediente CNDH/121/97/SON/3631, esta Comisión Nacional advierte violaciones a los Derechos Humanos en agravio del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, imputables a servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en las siguientes consideraciones medicopericiales:

A) Con relación a la atención médica otorgada al paciente en cuanto al traumatismo craneoencefálico se considera:

Los facultativos del Instituto Mexicano del Seguro Social no sospecharon y, por lo tanto, no diagnosticaron la hemorragia intracraneal que tenía el paciente y que

influyó en su muerte, por el estado de inmovilidad prolongado que propició la presencia de infección de vías respiratorias bajas, ya que desde un principio, basados en la tomografía efectuada el 16 de junio de 1996, en la que se le diagnosticó edema cerebral, sólo se limitaron a darle un tratamiento antiedema. Si bien es cierto, cuando se presenta una contusión intracraneal, uno de los eventos que acompaña a esta situación es el edema cerebral, pero también existen altas probabilidades de una hemorragia intracraneal y puede ser notoriamente asintomática; sin embargo, los médicos tratantes no consideraron esa posibilidad, a pesar del cuadro neurológico que presentaba el señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez. Para una mayor comprensión, es conveniente mencionar algunos aspectos relacionados con las hemorragias intraparenquimatosas:

- a) Este tipo de hemorragias es bastante frecuente.
- b) Se ha hecho evidente que los pacientes con hematomas grandes pueden no tener más síntomas o signos clínicos que los que generalmente caracterizan a la contusión cerebral.
- c) El diagnóstico de un hematoma intracerebral traumático a veces es difícil, si se basa sólo en los datos clínicos.
- d) Los síntomas y signos son con frecuencia indistinguibles de los producidos por una contusión y el edema cerebral circundante.
- e) La secuencia de los acontecimientos generalmente es la siguiente: lesión seguida de un corto periodo de inconciencia y un intervalo lúcido que, a su vez, le sucede una fase de estupor, desorientación, irritabilidad y frecuentemente un estado de agitación que a menudo llega a la agresividad.
- f) Se requiere una observación cercana y cuidadosa del paciente, dado que pueden sobrevenir cambios bruscos de la conciencia después de varios días de estabilidad.
- g) Dependiendo de su localización, serán las manifestaciones clínicas, así tenemos que:
 - 1. Si la hemorragia está cerca de la corteza motora puede haber signos focales de parálisis gradual de las extremidades o la cara.
 - 2. Si es una hemorragia superficial con irritación cortical, se produce crisis o grand mal o jacksonianas.

3. En el lóbulo temporal, sobre todo en el lado izquierdo, la alteración del lenguaje asociado a una paresia del lado derecho de la cara y del cuerpo, son las características dominantes.

—Los hematomas que destruyen o comprimen la cápsula interna provocan hemiplejía y coma.

—Los hematomas intracerebrales, sobre todo los de los lóbulos frontales o del lóbulo temporal no dominante, pueden ser clínicamente silentes y tienen dos evoluciones: a veces son rápidamente expansivos, provocando una presión intracraneal excesivamente elevada, hesitaciones y muerte, y otras veces se estabilizan; en este último caso, la posibilidad de un hematoma intracerebral puede pasar inadvertida en presencia de un déficit neurológico fijo. El cuadro clínico generalmente consiste en un antecedente o signos de traumatismo craneal, desarrollo precoz de deficiencias neurológicas focales y una meseta en el curso posterior.

h) El paciente generalmente está despierto y es capaz de responder a órdenes, a pesar del déficit neurológico moderado o intenso.

i) Los signos de lesiones en el cuero cabelludo contralateral indican que los hematomas del lóbulo temporal se desarrollan frecuentemente a consecuencia de un impacto por contragolpe; una pupila aumentada de tamaño puede indicar el lado del hematoma, pero las alteraciones pupilares no son tan frecuentes ni alarmantes como las que aparecen en hemorragias extracerebrales rápidamente expansivas.

Para diagnosticar este tipo de hemorragias, es importante sospechar su presencia, e indicar una tomografía axial computarizada (TAC), ya que proporciona el diagnóstico correcto, y puede determinarse al cabo de una hora de haberse iniciado el cuadro clínico; generalmente se observa un edema alrededor del hematoma que puede comprimir los ventrículos cerebrales.

Después de 48 horas puede realizarse una clara distinción entre la hemorragia intracerebral, el edema y el infarto. Obviamente, el mayor valor diagnóstico de la TAC es el estadio agudo. En ausencia de toda información clínica, puede hacerse diagnóstico de hematoma intracerebral primario, con una exactitud del 90%. Es de gran utilidad, juntamente con el estado clínico del paciente, para determinar si se procede o no a la extracción quirúrgica del hematoma. En este sentido, se observa que el neurocirujano que inicialmente valoró al paciente (doctor Villalobos) no efectuó la exploración neurológica integral, lo que se

deduce del tipo de nota que hizo, en la cual sólo consigna: "con depresión de su estado neurológico sin focalización [...] no se observa compromiso que requiera cirugía", además de que no sospechó la posibilidad de algún proceso hemorrágico, ni tampoco indicó la necesidad de una tomografía de control, con la finalidad de valorar la evolución del edema diagnosticado después del tratamiento, apesar de que el paciente ingresó con signos de focalización como son la presencia de hemiplejia derecha (parálisis del lado derecho del cuerpo).

Asimismo, la valoración que se efectuó el 18 de junio de 1996 por el doctor Walter, en que se señaló la presencia de importante agitación psicomotriz, hemiparesia derechos (parálisis ligera o incompleta del lado derecho del cuerpo) con Babinski franco al igual que Gordon, Chadock y Openheim, demuestra que el paciente no fue valorado nuevamente por el neurocirujano, ni tampoco se indicó otra TAC para diagnosticar la hemorragia y prever una posible evacuación quirúrgica que es el tratamiento de elección, ya que existiendo los signos descritos, había gran posibilidad de este evento y de lesión de la vía piramidal. Si bien es cierto que cuando la hemorragia intraparenquimatosa es pequeña tiene un grosor escaso o está situada en la parte inferior del tronco cefálico y la fosa posterior, puede pasar inadvertida; además, las hemorragias planas y finas (sobre todo las hemorragias subaracnoideas y extradurales) pueden no verse mediante la TAC debido al promedio de volumen parcial, hecho que pudo hacer pasar inadvertido el evento; sin embargo, ante la sospecha o la duda, podrían utilizarse otros recursos diagnósticos como la resonancia magnética, o repetir posteriormente la TAC.

B) Respecto de la atención médica efectuada para el manejo de las lesiones que presentaba el agraviado en la mano derecha, se destacó:

Que no se valoró adecuadamente la herida en mano derecha, ni se hizo lavado quirúrgico desde su ingreso, lo que se corrobora con las notas médicas respectivas, ya que en éstas no se mencionan las características de la herida y de los planos anatómicos involucrados, ni se pidieron estudios radiológicos de la misma, así como tampoco se indicó su curación, lo que condicionó un retraso en la solicitud de inter-consulta a Cirugía Plástica y a Traumatología.

Al respecto, debe hacerse énfasis en que las heridas traumáticas son, por definición, lesiones contaminadas, por lo tanto, es esencial, para su reconocimiento oportuno, identificar los factores predisponentes para el desarrollo de infección, siendo el principal cuando se deja sin atención, como en el presente caso, en el cual no se efectuó una valoración adecuada de la lesión presentada en la mano derecha, sólo enfocándose al problema neurológico derivado del traumatismo craneoencefálico; si bien es cierto que dicho traumatismo era de vital

importancia ya que podía comprometer la vida del paciente, también lo es que cuando ingresa un paciente politraumatizado debe hacerse una valoración integral de las lesiones para darles el tratamiento prioritario y, después de estabilizar sus signos vitales, continuar con su manejo en orden prioritario. En este caso, al conocer los antecedentes de diabetes en el paciente y dado que se ha demostrado que tratándose de esta enfermedad, la disfunción acompañante de los neutrófilos trastornan la cicatrización de las heridas e incrementan el riesgo de infección, correspondía como segunda parte de su tratamiento la curación de la herida, pero esto habiendo hecho una valoración adecuada de la lesión para determinar los tejidos dañados, lo cual no se atendió en el presente caso al ingreso del paciente al hospital, ya que esta valoración se efectuó el 18 de junio de 1996, cuando se difirió su egreso, en el que se determinó la posibilidad de lesión de tendones flexores y extensores, y hasta el 19 del mes y año citados el Servicio de Ortopedia indicó la toma de radiografías de la mano, y al día siguiente, cuando fue valorado por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, se diagnosticó una probable fractura del escafoide. Como se observa, los médicos del IMSS que intervinieron en la atención del agraviado efectuaron con prioridad el tratamiento del traumatismo craneoencefálico, que es una conducta correcta, pero no valoraron en forma integral al paciente a su ingreso, lo cual repercutió en la presentación del proceso infeccioso en la mano y en la necrosis del primero y segundo dedos, al igual que el de la herida del cuero cabelludo en la región occipitotemporal izquierda (de lo que se desprende la probable etiología de la hemorragia intraparenquimatosa cerebral por contragolpe y que podría justificar el cuadro clínico del paciente), lo que influyó en la presencia del estado séptico originando una falla orgánica múltiple y la muerte del paciente. Lo anterior se corrobora por la nota médica del 26 de junio de ese año del hospital de Culiacán, Sinaloa, en la que se anotó que el cuadro séptico del paciente tuvo como foco primario la infección en la mano derecha y en cuero cabellado, además de que menciona que se le dio poca atención al problema de la mano, ya que no es posible que en 24 horas se infectara de esa manera, además de que la herida en cuero cabelludo no fue manejada, este dato corroborado en las notas médicas de las cuales se desprende que a su ingreso ni siquiera se detectó, y en las notas de enfermería se refiere que se realiza curación de ésta hasta el 20 de junio del año mencionado, fecha en la que es valorado por Cirugía Reconstructiva, y es el momento en que la describen.

Por lo tanto, se establece que existió deficiente manejo de la lesión de la mano derecha, lo que propició un retardo en su atención quirúrgica, ya que después de su valoración por el especialista, éste solicitó un informe preanestésico, lo que nos hace pensar que se iba a realizar su tratamiento, sin embargo, ello no se efectuó, a pesar de que el anestesiólogo no manifestó contraindicación para la

cirugía (refiriendo un riesgo quirúrgico II de Goldman, con una morbilidad de 15 % y mortalidad del 2 %, considerando que el paciente al salir de cirugía podía ser ingresado al Servicio de Cirugía Reconstructiva con apoyo de Medicina Interna), hecho que resulta absurdo, además de que el mismo médico que la solicitó, estableció sin justificación que su tratamiento podía ser llevado a cabo en su unidad de adscripción, sin tomar en cuenta y minimizando el estado de la lesión, además del cuadro clínico neurológico del paciente.

C) Por lo que corresponde al traslado del agraviado del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste de Ciudad Obregón, Sonora, al Hospital General de Zona de Culiacán, Sinaloa, se estima que:

Se debió solicitar la interconsulta con el Servicio de Neurocirugía, para valorar conjuntamente si el estado del paciente permitía su traslado, observándose en consecuencia el desconocimiento del doctor Félix Guerrero, jefe de Admisión Continua-Quemados del Centro Médico del Noroeste de Ciudad Obregón, Sonora, de los requisitos para que un paciente pueda ser trasladado a otra unidad hospitalaria, ya que en el caso que se analiza no se había tratado completamente la urgencia (traumatismo craneoencefálico con hemorragia intraparenquimatosa —no diagnosticada—) que representaba riesgos para la salud y/o la vida del paciente, además de la pérdida de la función de la mano, hecho que pronosticó el doctor Eduardo García Gutiérrez, de Cirugía Reconstructiva, en su nota del 20 de junio de 1996, contraviniendo con esto lo previsto en los artículos 72 y 73 del capítulo IV, sobre disposiciones para la prestación de servicios de hospitales, de la Ley General de Salud, que a la letra disponen:

Artículo 72. Se entiende por urgencia todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Artículo 73. El responsable del servicio de urgencias del establecimiento está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

Aunado a lo anterior, se desprende que después de haber sido dado de alta —prematuramente— el 21 de junio de 1996, el paciente no fue trasladado sino hasta el 23 del mes y año citados, observándose que los médicos prácticamente lo abandonaron durante esos dos días, ya que en ningún momento fue valorado nuevamente por el neurocirujano, ni tampoco por el especialista en cirugía reconstructiva, con la finalidad de determinar si en ese momento podía ser

conducido a otro nosocomio. Dicha situación se pone en evidencia por el hecho de que en la nota del 22 de junio, a las 07:00 horas, el doctor Tirado, indicó que "el paciente se re-fiere asintomático [...] consciente y reactivo", lo que se contradice con lo referido en la nota de enfermería de ese mismo día, que a la letra establece: "paciente quejumbroso [...] somno-liento, se queda dormido y rápidamente des-pierta con el estímulo verbal y táctil, inquieto, verborreico", ya que no es posible que un pa-ciente con alteraciones neurológicas, pueda manifestar lo mencionado por dicho galeno, ade-más de que ese mismo día, a las 21:00 horas, otro médico [nombre ilegible] manifiesta que continuaba con paresia faciocorporal derecha. De lo anterior se deduce que el paciente nunca estuvo en condiciones estables para ser trasla-dado, y que se corrobora lo mencionado en el resúmen clínico del 26 de junio de 1996 del hos-pital de Culiacán, Sinaloa, en el que se consigna lo siguiente:

[...] Llegó en coma profundo y se menciona evolución adecuada con mejoría de alerta, pero con desorientación. El paciente no llegó en óptimas condiciones; como lo menciona la nota de envío debió ser manejado más agresivamente en UCI, con hiperventila-ción controlada, un monitoreo más intenso del estado hidroelectrolítico, sobre todo por ser paciente diabético; este manejo lo llevó al estado hiperosmolar con el cual nos llegó y esto condiciona la evolución a falla prerrenal hasta la falla renal aguda [. ..] las alteraciones de conciencia [...] edema cerebral parcial-mente manejado, uso de diuréticos produjo estado hiperosmolar con mayor deterioro del alerta. Además fueron seis horas que duró el traslado~ sin manejo específico (sic).

Lo anterior también puede corroborarse por lo mencionado en las notas médicas de ingreso a su l~nidad de Adscripción, en las que se refirió que.~ngresó con diagnóstico de traumatismo cra-neal ~ diabetes mellitus descompensado, encon-trándose con estado de semiconciencia, pal idez de piel y tegumentos, mala hidratación, con in-fección de vías respiratorias agregada, dese-quilibrio hidroelectrolfítico, hemiplejía derecha, y aún con infección en la mano derecha y en cue-ro cabelludo.

También es necesario senalar, que en el Hos-pital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste de Ciudad Obregón, Sonora, donde se atendió al agraviado, no existía personal suficiente para su estudio, ya que en la nota médica de ingreso, del 16 de junio de 1996, a las 16:40 horas, se indico la realización de una TAC urgente, sin embargo, fue alrededor de las 21:00 horas cuando ésta se realizó, refirien-do cn una nota de las 20:10 horas que no había anestesiólogo para asistir al radiólogo en la práctica del estudio.

En consecuencia, el traslado del paciente se hizo de manera inadecuada, ya que no se especificó mediante una nota médica si éste recibiría un tratamiento específico de acuerdo con sus condiciones de salud, o en caso de que se presentara algún imprevisto; sin que se hiciera con personal médico, lo que ratifica el dicho de la quejosa, aunado a lo señalado por el médico que realizó el resumen clínico del Hospital General de Zona de Culiacán, Sinaloa, en el sentido de que el tratamiento médico específico se elaboró sin indicación, además de que como se mencionó, el paciente no estaba en condiciones para ser transferido.

Por todo lo antes expresado, se infiere que en la atención otorgada al señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez se denotó una conducta negligente de los servidores públicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora, quienes con su actuar infringieron lo establecido en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 23, 32, 33 y 51, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la propia Ley en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, y el numeral 2 de la Ley del Seguro Social, que a la letra disponen:

Artículo 4o. [...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...

[...]

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

[...]

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

[...]

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendentes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

[...]

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

[...]

Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional considera que el IMSS, por medio del personal médico del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste en Ciudad Obregón, Sonora, ocasionó un daño moral y material a la familia del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez, resultando factible la reparación del mismo de acuerdo con lo establecido en los artículos 1915, 1916 y 1927, del Código Civil de aplicación para toda la República en Materia Federal, así como lo establecido en el artículo 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y 47 y 77 bis, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Dichos numerales, en lo conducente, indican:

Artículo 1915. La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del

Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere un asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición, salvo convenio entre las partes.

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de este Código.

Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículos 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por actos entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y la de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.

Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el juez ordenará, a petición de ésta y con cargo al responsable, la publicación de un extracto de la sentencia que refleje adecuadamente la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere convenientes. En los casos en que el daño derive de un acto que haya tenido difusión en los medios informativos, el juez ordenará que los mismos den

publicidad al extracto de la sentencia, con la misma relevancia que hubiere tenido la difusión original.

[...]

Artículo 1927. El Estado tiene obligación de responder del pago de los daños y perjuicios causados por sus empleados y funcionarios con motivo del ejercicio de las atribuciones que les estén encomendadas. Esta responsabilidad será solidaria tratándose de actos ilícitos dolosos, y subsidiaria en los demás casos, en los que sólo podrá hacerse efectiva en contra del Estado cuando el servidor público directamente responsable no tenga bienes o los que tenga no sean suficientes para responder de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos.

[...]

Artículo 44. Concluida la investigación, el Visitador General formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o acuerdo de no responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o servidores han violado o no los Derechos Humanos de los afectados, al haber incurrido en actos y omisiones ilegales, irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas, o hubiesen dejado sin respuesta las solicitudes presentadas por los interesados durante un periodo que exceda notoriamente los plazos fijados por las leyes.

En el proyecto de Recomendación se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y si procede, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

[...]

Artículo 47. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

1. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de

dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Artículo 77 bis. Cuando en el procedimiento administrativo disciplinario se haya determinado la responsabilidad del servidor público y que la falta administrativa haya causado daños y perjuicios a particulares, estos podrán acudir a las dependencias, entidades o a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para que ellas directamente reconozcan la responsabilidad de indemnizar la reparación del daño en cantidad líquida y, en consecuencia, ordenar el pago correspondiente, sin necesidad de que los particulares acudan a la instancia Juicial 0 cara quier otra.

El Estado podrá repetir de los servidores públicos el pago de la indemnización hecha a los particulares.

Si el órgano del Estado niega la indemnización, o si el monto no satisface al reclamante, se tendrá expeditas, a su elección, la vía administrativa o judicial.

Cuando se haya aceptado una Recomendación de la Comisión de Derechos Humanos en la que se proponga la reparación de daños y perjuicios, la autoridad competente se limitará a su determinación en cantidad líquida y la orden de pago respectiva.

Con base en lo anteriormente expuesto, se concluye que existe violación a los Derechos Humanos de quien en vida llevó el nombre de Juan Francisco Valenzuela Jiménez, con relación al derecho social de ejercicio individual, en la modalidad de violación al derecho a la protección de la salud y, específicamente, en negligencia médica.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda para que se inicie un procedimiento administrativo de investigación ante la Contraloría Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de establecer la responsabilidad en que pudiera haber incurrido el personal médico adscrito del Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste del mismo Instituto, en Ciudad Obregón, Sonora, por la conducta negligente mostrada en la atención

del señor Juan Francisco Valenzuela Jiménez y, de ser el caso, se proceda a imponer las -sanciones que resulten aplicables conforme a Derecho.

SEGUNDA. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 77 bis, infine, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, se proceda al pago de la indemnización correspondiente en favor de los beneficiarios que con base en la Ley del Seguro Social acrediten su derecho, de conformidad con los ordenamientos citados en el capítulo Observaciones de este documento.

La presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto 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 por parte de 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 cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, aplique las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad cometida.

Las Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares; por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridad y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquellas y éstos sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conllevan el respeto a los Derechos Humanos.

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

Igualmente, con apoyo en el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro del un término de 15 días hábiles 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 Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Atentamente,

La Presidenta de la Comisión Nacional

Rúbrica