



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

Síntesis: El 6 de noviembre de 2006, esta Comisión Nacional inició el expediente 2006/5022/1/Q con motivo de la queja presentada por la señora Karina López Arizmendi, en el cual manifestó presuntas violaciones a los Derechos Humanos de su cónyuge, el señor Sergio Raúl Almaraz González, atribuidos al personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en razón de que el 3 de septiembre de 2006 el agraviado presentó un fuerte dolor en el estómago acompañado con vómito y diarrea, y por ello lo llevó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 27 del IMSS, lugar en donde lo tuvieron en observación durante toda la tarde y noche.

Añadió que en la mañana del 5 de septiembre de 2006 la llamaron para informarle que a su esposo se le practicaría una operación, ya que sospechaban que era “apendicitis”, circunstancia por la cual el agraviado ingresó al quirófano a las 11:00 horas de ese día; sin embargo, a las 12:30 horas un doctor de apellido Ballesteros le informó que el paciente estaba muy grave y que podría morir, ya que tenía necrosis en el intestino a consecuencia de la enfermedad “ateroesclerótica” que padecía, indicándole que le cortarían casi dos metros de intestino; la quejosa señaló, además, que dos horas después salió su esposo de la intervención quirúrgica con un mal pronóstico, debido a que el problema de circulación que acarrea desde hace tiempo no había cedido, situación por la cual tuvieron que trasladarlo al Servicio de Angiología del Centro Médico Nacional La Raza, ya que tenía los muñones adormecidos y su estado era grave; sin embargo, los médicos de ese nosocomio no hicieron nada para brindarle un adecuado tratamiento para la circulación al paciente, lo que provocó que el 10 de septiembre de 2006 el esposo falleciera.

Del análisis realizado las evidencias que integran el expediente, esta Comisión Nacional acreditó violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, imputables al personal médico del Hospital General de Zona Número 27 y del Centro Médico Nacional La Raza, en agravio del señor Sergio Raúl Almaraz González, con lo cual incumplieron con lo señalado en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1o.; 2o.; 23; 32; 33; 34, fracción II, 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, así como los artículos 3o., 7o. y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establecen el derecho de todo paciente a que se proteja su salud, mediante la obtención de una atención oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable.

Igualmente, los médicos tratantes omitieron atender las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, de conformidad con los artículos 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 10.1, y 10.2, incisos a), b), d), e) y f), 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.

Por lo anterior, el 3 de octubre de 2007 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación 46/2007, dirigida al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, solicitando ordene se realicen los trámites administrativos correspondientes a efecto de que los familiares del agraviado a quienes les asista el derecho les sea cubierta la reparación del daño conforme a Derecho, en virtud de las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; por otra parte, instruya a quien corresponda para se dé vista al Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con objeto de que se inicie y determine, conforme a Derecho, el procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos que intervinieron en la atención del señor Sergio Raúl Almaraz González, pertenecientes al Hospital General de Zona Número 27 y al Centro Médico Nacional La Raza, en atención a las consideraciones expuestas en el capítulo de observaciones del presente documento, informando a esta Comisión Nacional desde su inicio hasta la resolución correspondiente; asimismo, gire instrucciones administrativas necesarias tendentes a que se proporcione atención médica profesional a los pacientes de los centros de salud dependientes de ese Instituto, para que se eviten actos como los que dieron origen a la presente Recomendación; de igual manera, se dicten los lineamientos administrativos necesarios para que en los casos en que se brinde atención médica a un paciente considerado grave, ésta se realice por los servidores públicos capacitados para ello, evitando que en el futuro deleguen esa práctica a los residentes o personal inexperto en sus tareas.

RECOMENDACIÓN 46/2007

México, D. F., 3 de octubre de 2007

SOBRE EL CASO DEL SEÑOR SERGIO RAÚL ALMARAZ GONZÁLEZ

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas,
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Distinguido señor Director:

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 II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 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 2006/5022/1/Q, relacionados con la queja interpuesta por la señora Karina López Arizmendi, y vistos los siguientes:

I. HECHOS

El 6 de noviembre de 2006 se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja presentado por la señora Karina López Arizmendi, mediante el cual manifestó presuntas violaciones a los Derechos Humanos en agravio de su cónyuge, el señor Sergio Raúl Almaraz González, de 36 años, atribuidos al personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en razón de que el 3 de septiembre de 2006 el agraviado presentó un fuerte dolor en el estómago acompañado con vómito y diarrea, situación por la cual lo llevó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 27 del IMSS, lugar en donde lo tuvieron en observación durante toda la tarde y noche.

Añadió que en la mañana del 5 de septiembre de 2006 la llamaron para informarle que a su esposo se le practicaría una operación, ya que sospechaban que era "apendicitis", circunstancia por la cual el agraviado ingresó al quirófano a las 11:00 horas de ese día; sin embargo, a las 12:30 horas un doctor de apellido Ballesteros le informó que el paciente estaba muy grave y que podría morir, ya que tenía necrosis en el intestino a consecuencia de la enfermedad "ateroesclerótica" que padecía, indicándole que le cortarían casi dos metros de

intestino; señaló, además, que dos horas después salió de la intervención quirúrgica con un mal pronóstico, debido a que el problema de circulación que acarrearba desde hace tiempo no había cedido, situación por la cual tuvieron que trasladarlo al Servicio de Angiología del Centro Médico Nacional La Raza, ya que tenía los muñones adormecidos y su estado era grave; sin embargo, los médicos de ese nosocomio no hicieron nada para brindarle un adecuado tratamiento para la circulación al paciente, lo que provocó que el 10 de septiembre de 2006 su esposo falleciera.

II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

A. El escrito de queja presentado el 6 de noviembre de 2006 ante esta Comisión Nacional por la señora Karina López Arizmendi, al que anexó diversas copias de notas médicas elaboradas en el Centro Médico Nacional La Raza y relacionadas con la atención médica otorgada al agraviado.

B. Los oficios 09-90-01-051 040/00373 y 09-90-01-051 040/00824, del 9 y 25 de enero de 2007, respectivamente, a través de los cuales la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS proporcionó la información que esta Comisión Nacional le requirió, anexando la siguiente documentación:

1. La copia del expediente clínico de la atención médica proporcionada al señor Sergio Raúl Almaraz González en el Hospital General de Zona Número 27 del IMSS, dentro del cual se anexan las notas de diagnóstico, posquirúrgica y postoperatoria del 4 de septiembre de 2006, elaboradas y firmadas por el médico de base adscrito al Servicio de Cirugía General, donde se refiere el estado de salud en el que recibió al agraviado, la intervención quirúrgica que tuvo que practicarle y el resultado de esa cirugía.

2. La copia del expediente clínico de la atención proporcionada al agraviado en el Centro Médico Nacional La Raza, del propio Instituto, dentro del cual anexa el certificado de defunción del señor Sergio Raúl Almaraz González, así como la nota de evolución del 8 de septiembre de 2006, efectuada por el médico de base del Área de Medicina Interna, a través de la cual refiere la evolución del paciente y el manejo clínico que se le deberá instaurar al mismo; asimismo, se anexaron las notas de valoración del 9 de septiembre de 2006, elaboradas por los médicos de base adscritos a los Servicios de Medicina Interna y Medicina Crítica, donde

refieren el estado de salud en el que se encontraba el paciente, así como las medidas terapéuticas que se debería implementar para su atención hospitalaria.

C. La opinión médica emitida, el 23 de mayo de 2007, por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica otorgada al señor Sergio Raúl Almaraz González, en el Hospital General de Zona Número 27 y en el Centro Médico Nacional La Raza, ambos del IMSS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 3 de septiembre de 2006, Sergio Raúl Almaraz González presentó un fuerte dolor en el estómago acompañado con vómito y diarrea, situación por la cual fue llevado de urgencia al Hospital General de Zona Número 27 del IMSS, donde el médico tratante integró el diagnóstico de apendicitis y/o isquemia intestinal hasta el día siguiente, pasando casi siete horas para que se le efectuara la intervención quirúrgica de laparotomía exploradora, no obstante que se trataba de una urgencia médica, circunstancia que causó que se complicara el padecimiento y la presencia de necrosis en el intestino a consecuencia de la enfermedad “ateroesclerótica”, lo cual provocó que se le cortaran casi dos metros de intestino; sin embargo, salió del quirófano con mal pronóstico de vida, debido al problema de circulación que persistía desde hace tiempo.

En tal virtud, el 8 de septiembre de 2006 fue trasladado al Centro Médico Nacional La Raza, toda vez que necesitaba de un tercer nivel de atención, lugar en el cual fue valorado y atendido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar, y no obstante que los médicos tratantes de esas especialidades contaban con los estudios que indicaban que era candidato para una hemodiálisis como opción terapéutica para corregir la acidosis metabólica, manejo también indicado en la insuficiencia renal agudizada, omitieron aplicarle ese tratamiento de control, lo cual llevó a un deterioro progresivo de su salud, hasta que se presentó un paro cardiorrespiratorio y falleció el 10 de septiembre de 2006 a causa de acidosis metabólica, isquemia mesentérica, aterosclerosis generalizada e insuficiencia renal crónica.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis realizado al conjunto de las constancias y evidencias que integran el presente expediente de queja, esta Comisión Nacional acreditó violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, imputables al personal médico del Hospital General de Zona Número 27 y del Centro Médico Nacional La Raza, en agravio del señor Sergio Raúl Almaraz González, en razón de las siguientes consideraciones:

Mediante los oficios 09-90-01-051 040/00373 y 09-90-01-051 040/00824, del 9 y 25 de enero de 2007, respectivamente, la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS remitió los informes respecto de la atención médica que se le otorgó al señor Sergio Raúl Almaraz González por parte de los médicos adscritos al Hospital General de Zona Número 27 y al Centro Médico Nacional La Raza, así como los expedientes clínicos correspondientes, de cuyo contenido se desprendió que el 3 de septiembre de 2006 el agraviado acudió al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 27, toda vez que presentaba dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, acompañado de náusea y vómito gástrico con intolerancia a la vía oral, padecimientos con 24 horas de evolución, situación por la cual fue valorado a las 20:00 horas por el doctor Zichinelli, médico de base adscrito al Servicio de Urgencias de dicho hospital, quien lo encontró con tensión arterial de 140/100, temperatura de 36 grados, frecuencia cardíaca de 90 pm y respiratoria de 24 pm, consciente, orientado, cooperador, doblado en su silla de ruedas en actitud antiálgica (posición que evita o disminuye el dolor), mal hidratado, campos pulmonares hipoventilados, área cardíaca sin alteraciones, abdomen blando depresible, doloroso en epigastrio, sin datos de irritación peritoneal, con peristalsis disminuida; antecedentes con los cuales integró el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, enfermedad ácido péptica, enfermedad de Buerger, a descartar pancreatitis aguda y angor pectoris (opresión causada por isquemia cardíaca).

Por tal razón, se le instauró como plan de manejo su ingreso a observación con indicaciones médicas de: “ayuno, rutina de enfermería, colocación de sonda nasogástrica, vigilancia de vómitos y evacuaciones, control de líquidos, oxigenación, protectores de la mucosa gástrica y antihipertensivos, indicando toma de laboratoriales de rutina, electrocardiograma, rayos X de abdomen, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación y enzimas cardíacas; el reporte de rayos X se presentó sin niveles hidroaéreos, con distribución de gas aceptable y residuo en colon, por lo que se descartó isquemia o infarto miocárdico por electrocardiograma (sólo hipertrofia de ventrículo izquierdo secundaria a la

hipertensión arterial), leucocitos de 23,000, electrolitos dentro de parámetros normales, con amilasa y enzimas cardíacas sin reportar”.

Al día siguiente, el agraviado fue valorado por el Servicio de Urgencia, sin que se pudiera advertir mejoría alguna de las notas médicas del doctor que realizó la valoración, ya que persistía el dolor y presentaba signos clínicos sugestivos de proceso apendicular (Mc Burney y signo descompresivo positivos), así como leucocitos, situación por la cual se solicitó interconsulta a Cirugía General, y fue valorado de nueva cuenta a las 04:55 horas por el doctor Ballesteros, médico de base del Servicio de Cirugía General del mismo hospital, quien encontró al paciente quejumbroso, con ligera resistencia abdominal, con presión arterial de 150/100, frecuencia cardíaca de 100 pm, febrícula de 37.5 grados, con signos de rebote y Mc Burney (+), e integró el diagnóstico de apendicitis modificada contra isquemia intestinal, agregando al manejo médico ya instaurado, doble esquema de antibiótico, analgésico y antiespasmódico, y sólo quedó pendiente en el servicio de pasar a cirugía y que los familiares firmaran la hoja de consentimiento informado; a las 11:35 horas del mismo día, dicho facultativo le realizó laparotomía exploradora bajo anestesia general balanceada, y encontró en la exploración de cavidad abdominal asas de intestino delgado isquémicas y con necrosis, edema y cambios de coloración del mesenterio (repliegue de peritoneo que une al estómago y al intestino con las paredes del abdomen); además de varios segmentos intestinales con cambios de coloración, pero sin isquemia franca, procediendo a reseca 2.70 metros de intestino delgado, con anastomosis de extremos intestinales restantes; descubrió también hernia intestinal sin compromiso vascular, la cual se corrigió liberando el segmento intestinal involucrado, y la cirugía transcurrió sin complicaciones, con sangrado mínimo, y tuvo como diagnóstico postoperatorio trombosis mesentérica segmentaria, lo cual corroboró el diagnóstico, además de hernia interna, con pronóstico malo para la vida por el riesgo de dehiscencia de la anastomosis por su enfermedad de base; cursó el posquirúrgico inmediato estable, en ayuno, con sonda nasogástrica a derivación, cuidados generales de enfermería, esquema de soluciones, control de líquidos, triple esquema de antibióticos, analgésicos, antiulcerosos, antihipertensivos y enoxaparina.

Posteriormente, el paciente fue trasladado al Servicio de Cirugía, donde cursó el posquirúrgico mediato con dolor en herida quirúrgica y signos vitales estables, sin poder canalizar gases, sin datos de irritación peritoneal, con sonda nasogástrica drenando material en pozos de café (sangre digerida secundaria a úlceras por estrés, padecimiento frecuente en el posquirúrgico), y se reportó el paciente como grave.

El día 6 del mes y año citados, el agraviado presentó “pico febril de 38 grados y ligera distensión abdominal aún sin canalizar gases, con disminución en los leucocitos a 15000 respecto de su ingreso, pero con elevación de creatinina a 3.7 mg/dl y nitrógeno ureico disminuido a 4.0, además de hipoalbuminemia, la cual fue corregida y, al día siguiente, continuó sin canalizar gases, sin evacuar, en ayuno, drenado por sonda nasogástrica en pozos de café, detectándose urosepsis por general de orina patológico, proceso infeccioso que se cubría con el esquema antibiótico ya instaurado, continuando con el mismo manejo médico y en virtud de presentar pulsos femorales disminuidos, con piel fría y cambios de coloración a nivel de muñones pélvicos, el día 8 del citado mes fue referido a tercer nivel de atención por el doctor Mauro Rodríguez, médico de base adscrito al Servicio de Cirugía General del Centro Médico Nacional La Raza, para valoración y manejo por el Servicio de Angiología, descartando de esta manera un nuevo compromiso vascular por la enfermedad de Buerger”.

Por lo anterior, el agraviado fue trasladado ese mismo día al Centro Médico La Raza, en el cual ingresó a las 18:15 horas al Servicio de Extensión Hospitalaria, en donde el doctor Martínez, médico de base del Área de Extensión Hospitalaria lo reportó “despierto, orientado regularmente hidratado, con sonda nasogástrica drenando material biliar, herida quirúrgica limpia, muñones pélvicos con leve cianosis, llenado capilar de 3 segundos, con pulsos femorales bilaterales presentes, integrando el diagnóstico de enfermedad de Buerger e instaurando manejo médico de vigilancia en el servicio, ayuno, signos vitales, cuidados de enfermería, monitoreo cardiaco continuo, soluciones intravenosas, control estricto de líquidos, sonda nasogástrica a derivación, antiulcerosos, diuréticos, bicarbonato, triple esquema de antibióticos, enoxaparina”, y hubo, además, la valoración por el Área de Angiología, y una hora después fue evaluado por el doctor Espinoza, médico de base del Servicio de Angiología de dicho nosocomio, quien lo encontró “con presión arterial de 90/70, disneico, taquicárdico, 134 lpm, polipneico 28 rpm con hipoventilación basal derecha, distensión y dolor abdominal, sin peristalsis, pulsos en extremidades superiores presentes, con temperatura normal, muñones pélvicos con coloración marmórea e hipotermia discreta, llenado capilar retardado, sin palpar pulsos femorales, con cuadro de isquemia de miembros pélvicos de cinco días de evolución posterior a la cirugía, situación por la cual agregó al manejo médico, colocación de catéter central y sonda foley, vendaje en muñones, reposo absoluto con piecera al nivel, cuidados de herida quirúrgica, petoxifilina, antihipertensivos, diuréticos, transfusión de dos unidades de plasma, toma de laboratoriales completos, antiespasmódicos, ansiolíticos, gasometría arterial, rayos X de tórax y abdomen, arteriografía urgente, valoración por nefrología y terapia intensiva, pronosticando riesgo alto para las extremidades

por su enfermedad de base, reportando el estudio de gasometría hipoxemia (déficit de oxígeno en sangre arterial) con saturación de oxígeno al 79 % (normal 90-100 %) y disminución en la presión parcial arterial de bióxido de carbono y oxígeno (pCO₂ de 18.0 y pO₂ de 46), así como pH de 7.3 y disminución del bicarbonato a 9.0 (normal 22-26 mEq/litro)", y posteriormente, a las 22:25 horas del mismo día, el doctor J. A. Cartagena, médico de base del Área de Extensión Hospitalaria del mismo nosocomio, lo reportó "taquicárdico, por frecuencia cardíaca de 136x', con frecuencia respiratoria de 24x, determinando que el paciente cursaba con acidosis metabólica severa, solicitando valoración por el Área de Nefrología, continuando con manejo establecido"; se debe destacar que 35 minutos después fue valorado por dicha área, sin que se pueda determinar cuáles fueron el diagnóstico y manejo, en virtud de encontrarse ilegible la respectiva nota médica.

Posteriormente, a las 02:00 horas del 9 de septiembre de 2006, los doctores Flota y Romero, médicos residentes de la especialidad de angiología y cirugía vascular, de ese centro médico, respectivamente, reportaron al agraviado "con dolor y distensión abdominal, con ausencia de peristalsis, taquicárdico, con frecuencia cardíaca de 120x', presión arterial de 100/80, frecuencia respiratoria de 25x', hipoventilado con fascies terrosa y respiración acidótica, área cardíaca con presencia de extrasístoles, muñones pélvicos con ausencia de pulsos femorales, hipotérmicos con piel marmórea, además de leucocitos, corroborando el diagnóstico de acidosis metabólica descompensada reportándose muy grave, solicitando valoración por las Áreas de Medicina Interna y Nefrología e indicando como manejo médico suspender enoxaparina, agregar vitamina K, bicarbonato de sodio, furosemide y transfusión de dos unidades de plasma", y luego fue valorado por la doctora Vera, médico internista del mismo hospital, quien lo encontró "consciente con aumento del trabajo respiratorio y uso de músculos accesorios de la respiración, taquicárdico, polipneico (cuadro clínico evidente de dificultad respiratoria), abdomen con peristalsis muy disminuida, confirmando la nueva gasometría hipoxemia (pCO₂ de 18 y pO₂ de 40, saturación de oxígeno al 78 %) con bicarbonato disminuido (12.4 mEq/litro), pH de 7.413, hemoglobina normal, leucocitos de 12600, tiempos de coagulación alargados, creatinina de 7.21, sodio, potasio y cloro alterados, revelando la placa radiológica de abdomen niveles hidroaéreos y la de tórax congestión parahiliar bilateral, con lo cual integró el diagnóstico de insuficiencia renal crónica agudizada y enfermedad de Buerger, agregando al manejo ya instaurado, vigilancia de la función renal, toma de química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría arterial y venosa cada 12 horas, interconsulta al Servicio de Nefrología para valorar hemodiálisis, evitar la

aplicación de medicamentos nefrotóxicos, valoración por las especialidades de cirugía general y electrocardiograma”.

En esa misma fecha también fue valorado por el doctor Olvera, médico de base del Servicio de Medicina Crítica de ese nosocomio, quien lo reportó con “presión arterial de 130/70, frecuencia cardiaca 90x’, taquipneico (aumento de la frecuencia respiratoria), con abdomen distendido, sin datos de alarma quirúrgica, neurológicamente íntegro, con pH de 7.41, bicarbonato de 12.4, saturación de oxígeno al 78 %, por gasometría venosa, refiriendo que el paciente no presentaba falla orgánica, acidosis metabólica o inestabilidad hemodinámica, indicando aumento en el aporte de líquidos para corregir el déficit de bicarbonato, considerando que no ameritaba el manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, situación por la cual continuó en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, en donde presentó ausencia de pulsos femorales, piel marmórea e hipotermia en muñones pélvicos; se le realizó doopler lineal (estudio que permite descubrir la obstrucción de los vasos sanguíneos) reportándose con flujo bilateral normal”, por lo que el doctor Cruz, médico de base adscrito al Servicio de Angiología del mismo centro hospitalario, consideró que los cambios en la coloración y temperatura eran resultado de la inestabilidad hemodinámica y no de un proceso isquémico.

El mismo 9 de septiembre el agraviado fue valorado, a las 13:15 horas, por los doctores Ayala y Ortiz de la Parra, médicos residentes de la especialidad de cirugía del mismo hospital, los cuales lo reportaron “con fiebre de 38.6 grados, presión arterial de 130/90, frecuencia respiratoria de 24x’, frecuencia cardiaca de 120x’, consciente, orientado, regularmente hidratado, abdomen sin datos agudos o de urgencia quirúrgica, dos evacuaciones en 48 horas, con placas radiográficas de tórax sin compromisos, y de abdomen sin niveles hidroaéreos, agregando al manejo médico control térmico por medios físicos, antipiréticos y movilización fuera de su cama”, en tanto que a las 21:45 horas del mismo día, el doctor Hernández, médico residente del Área de Angiología, lo reportó con “desequilibrio hidroelectrolítico, quejumbroso, taquicárdico, taquipneico, con abdomen distendido, peristalsis disminuida, muñones pélvicos con piel marmórea, gasometría con pH 7.1 y bicarbonato de 4.9, con saturación de oxígeno de 87.9 %, indicando la administración de bicarbonato y revaloración posterior; sin embargo, el paciente continuó con deterioro progresivo secundario a la evolución de sus padecimientos, presentando paro cardiorrespiratorio refractario a maniobras básicas y avanzadas de reanimación, falleciendo a las 00:40 horas del 10 de septiembre de 2006, presentando como causa de muerte acidosis metabólica, isquemia mesentérica, aterosclerosis generalizada e insuficiencia renal crónica”, según consta en el certificado de defunción proporcionado por el IMSS.

En razón de lo expuesto, se solicitó la opinión médica de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se destaca que la atención médica que se le brindó al señor Sergio Raúl Almaraz González, en el Hospital General de Zona Número 27 del IMSS, fue inadecuada, toda vez que el doctor Ballesteros, médico de base del Servicio de Cirugía General, el 4 de septiembre de 2006 integró el diagnóstico de apendicitis y/o isquemia intestinal, omitiendo realizar de inmediato la exploración quirúrgica de laparotomía exploradora, y con su actuación causó una dilación injustificada de hasta siete horas, no obstante que se trataba de una urgencia médica cuyo manejo quirúrgico era inmediato, lo que resultó en un mayor avance de la isquemia y necrosis a zonas más extensas del intestino, lo cual comprometió aún más la salud en este paciente con factores de riesgo, como la enfermedad de Buerger, insuficiencia renal e hipertensión, lo que favoreció el desarrollo de las complicaciones, tales como la agudización de la insuficiencia renal y la acidosis metabólica, con compromiso grave en la vida del paciente.

De igual forma, se advirtió que también fue inadecuada la atención médica que se le brindó al agraviado en el Centro Médico Nacional La Raza, debido a que el día 8 de septiembre de 2006, al ser referido a ese nosocomio especializado para interconsulta por Angiología, los médicos tratantes le efectuaron una valoración clínica especializada, además de que se le brindó el manejo médico farmacológico y solicitaron la toma de laboratoriales de rutina, placas de rayos X y gasometría arterial, reportándose esta última con hipoxemia por disminución en la saturación de oxígeno, de la presión arterial de oxígeno, de bióxido de carbono y de bicarbonato, así como del pH, presentando además taquicardia y aumento en la frecuencia respiratoria; en tal virtud y toda vez que se contaba con todos los estudios necesarios para establecerle al paciente un tratamiento terapéutico adecuado, el doctor J. A. Cartagena, médico de base del Servicio de Extensión Hospitalaria, omitió oxigenar al agraviado y solicitar valoración urgente por Medicina Interna y Terapia Intensiva, ya que como él mismo había establecido "cursaba con acidosis metabólica", causando con dicha conducta que la acidosis persistiera.

Asimismo, para esta Comisión Nacional no pasa inadvertido que el 9 de septiembre de 2006 no existieran indicaciones, ni tampoco supervisión de los médicos de base adscritos a la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional La Raza, que instruyeran a los médicos residentes, Flota y Romero, adscritos a ese servicio, para que llevaran a cabo la oxigenación del paciente a fin de limitar la hipoxemia que presentaba, ni para que requirieran de manera urgente la valoración por parte del Área de Medicina Interna y/o Terapia

Intensiva, con objeto de que se le brindara el tratamiento adecuado al agraviado, así como la vigilancia estrecha y monitoreo continuo, toda vez que el paciente continuaba con acidosis metabólica, hipoventilado, con respiración acidótica, taquicárdico, polipénico, con extrasístoles cardíacas, lo cual se sustenta con el contenido de la información remitida a esta Comisión Nacional por ese Instituto, donde no se advierte el nombre del médico de base o personal médico asignado que debió autorizar y supervisar las valoraciones clínicas emitidas por esos médicos residentes.

Además, la doctora Vera, médico internista del Centro Médico Nacional La Raza, después de confirmar la hipoxemia y acidosis por gasometría, omitió oxigenar al paciente ante la evidencia clínica de la dificultad respiratoria, así como solicitar valoración por terapia intensiva y su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, y no corrigió el desequilibrio electrolítico con el cual cursaba el paciente, siendo de conocimiento obligado en su especialidad, y se limitó a solicitar laboratoriales, gasometría cada 12 horas y valoración por Nefrología y Cirugía General.

De igual forma, el doctor Olvera, médico de base del Servicio de Medicina Crítica del Centro Médico Nacional La Raza, al valorar y encontrar al paciente con taquipnea, hipoxemia y disminución constante del bicarbonato corroborados por gasometría, omitió oxigenar al paciente y solicitar gasometría arterial urgente para corroborar la acidosis metabólica, ya que la gasometría venosa no proporciona una medición precisa del pH, y tampoco contempló que ésta era secundaria a la insuficiencia renal y que por más aumento en el aporte de líquidos, éstos no corregirían el déficit de bicarbonato, precisamente por insuficiencia renal, omitiendo también solicitar valoración urgente por nefrología para considerar como tratamiento de elección inmediato la hemodiálisis y de esta manera poderle brindar al agraviado un mejor pronóstico de sobrevivencia, no obstante de encontrarse en un hospital de alta especialidad.

Asimismo, el doctor Hernández, médico residente adscrito al Servicio de Angiología del Centro Médico Nacional La Raza, al continuar el paciente con acidosis e hipoxemia, omitió oxigenarlo y solicitar valoración urgente por Terapia Intensiva, así como tomar electrocardiograma por la predisposición a presentar arritmias cardíacas con pH de 7.1, confirmado por nueva gasometría, además de que se tenían antecedentes de extrasístoles, y señaló que si bien es cierto estaba indicada la administración de bicarbonato, también lo es que esta corrección era sólo temporal, aunado a que cuando la acidosis es causada por una insuficiencia

renal, como en este caso, el tratamiento era la hemodiálisis en primer lugar y la aplicación posterior de bicarbonato.

Por lo antes expuesto, la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en su opinión técnica, estimó que la conducta observada por el doctor Ballesteros, médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona Número 27, fue inadecuada, toda vez que incurrió en dilación para efectuar el procedimiento quirúrgico de laparotomía exploradora, no obstante la urgencia del padecimiento; asimismo, los doctores J. A. Cartagena y Vera, médicos del Área de Medicina Interna, y Olvera, de la especialidad de medicina crítica, todos del Centro Médico Nacional La Raza, omitieron considerar que el paciente era candidato a la hemodiálisis como opción terapéutica para corregir la acidosis metabólica, manejo también indicado en la insuficiencia renal agudizada, al advertir que no se corregía la hipoxemia y acidosis metabólica confirmada por clínica y laboratorio, lo cual desencadenó en un deterioro progresivo, hasta que se le presentó paro cardiorrespiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación, y falleció el 10 de septiembre de 2006 a causa de acidosis metabólica, isquemia mesentérica, aterosclerosis generalizada e insuficiencia renal crónica.

Asimismo, la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional consideró que de haberse manejado al paciente de manera adecuada y oportuna desde el 8 de ese mismo mes, al tener evidencia clínica y por gasometría que cursaba con hipoxemia y acidosis y metabólica, complicaciones que eran previsibles y podían evitarse, se le habría brindado al agraviado un mejor pronóstico de sobrevivir lo expuesto, considerando que evolucionó sin presentar datos de compromiso abdominal de la laparotomía exploradora que le efectuó el 4 de septiembre de 2006 el doctor Ballesteros, además de que los cambios de coloración y temperatura en ambos muñones pélvicos fueron secundarios, en primer lugar, a la evolución propia de la enfermedad de Buerger y, en segundo, al déficit en la oxigenación (hipoxemia) que no fue corregida.

En tal virtud, para esta Comisión Nacional quedó acreditado que el personal médico tanto del Hospital General de Zona Número 27 como en el Centro Médico Nacional La Raza, del IMSS incumplieron con lo señalado en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 1o.; 2o.; 23; 32; 33; 34, fracción II, y 51, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 3o., 7o. y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establecen el derecho de todo paciente a que se proteja su salud,

mediante la obtención de una atención oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable.

Igualmente, los médicos tratantes omitieron atender 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, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, y de conformidad con los artículos 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 10.1, y 10.2, incisos a), b), d), e) y f), 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.

En ese orden de ideas, es evidente que la actuación del personal médico no se apejó a lo establecido en el artículo 8o., fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como 303 de la Ley del Seguro Social, que disponen la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

Por otra parte, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el Sistema No Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44 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, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los Derechos Humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública incluya 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 y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la

indemnización conducente a los deudos del señor Sergio Raúl Almaraz González en los términos de ley.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se ordene a quien corresponda para que se realicen los trámites administrativos correspondientes a efecto de que los familiares del agraviado a quien le asista el derecho le sea cubierta la reparación del daño conforme a Derecho, en virtud de las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se dé vista al Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con objeto de que se inicie y determine, conforme a Derecho, el procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos que intervinieron en la atención del señor Sergio Raúl Almaraz González, pertenecientes al Hospital General de Zona Número 27 y al Centro Médico Nacional La Raza, en atención a las consideraciones expuestas en el capítulo de observaciones del presente documento, informando a esta Comisión Nacional desde su inicio hasta la resolución correspondiente.

TERCERA. Se giren las instrucciones administrativas necesarias tendentes a que se proporcione atención médica profesional a los pacientes de los centros de salud dependientes de ese Instituto, para que se eviten actos como los que dieron origen a la presente Recomendación.

CUARTA. Se dicten los lineamientos administrativos necesarios para que en los casos en que se brinde atención médica a un paciente considerado grave, ésta se realice por los servidores públicos capacitados para ello, evitando que en el futuro deleguen esa práctica a los residentes o personal inexperto en sus tareas.

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 cualesquiera 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, solicito a usted 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 a usted 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 esa circunstancia.

Atentamente

El Presidente de la Comisión Nacional