

Recomendación 33/2011
Queja 3145/2009-IV
Guadalajara, Jalisco, 20 de julio de 2011
Asunto: violación del derecho a la protección de la salud y
prestación indebida del servicio público.

Doctor Alfonso Petersen Farah
Secretario de Salud y director del Organismo
Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco

Doctor Enrique Rábago Solorio
Director General del Hospital General de Occidente

Síntesis

El 23 de febrero de 2009, el señor [agraviado] fue intervenido en el Hospital General de Occidente por un problema de próstata. Después de la cirugía presentó dolores, por lo que sus familiares comunicaron lo anterior al personal del hospital. Cuando un médico residente lo revisó, advirtió distensión abdominal importante y ruidos cardiacos con tendencia a la taquicardia; le otorgó atención y solicitó exámenes laboratoriales. Más tarde, personal de enfermería reportó alteración en el estado de alerta y pupilas midriáticas del paciente; al estar otorgándole atención, presentó paro respiratorio, por lo que se le aplicaron maniobras de resucitación, sin haber obtenido respuesta. Con lo investigado, esta Comisión demostró que, previo a la intervención quirúrgica, no se contaba con una valoración cardiológica vigente y en el expediente clínico del paciente no se localizaron la nota preoperatoria ni las de enfermería posteriores a la cirugía, por lo que se concluye que el cirujano, el anestesiólogo y una enfermera incurrieron en violaciones de sus derechos humanos; los médicos por negligencia e imprudencia, y la enfermera, por prestación indebida del servicio público.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4°, 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75 y 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 3145/09/IV, por la posible violación del

derecho a la protección de la salud, derivada de la prestación indebida del servicio público.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 26 de febrero de 2009 compareció ante esta Comisión el señor [quejoso], quien presentó queja a favor de su finado padre, el señor [agraviado], en contra del médico Luis Leopoldo Camarena González, adscrito al área de urología del Hospital General de Occidente (HGO), para cuyo efecto argumentó lo siguiente:

... mi finado padre fue internado en dicho nosocomio, para realizarle una intervención quirúrgica de la próstata, la operación tuvo lugar el 23 de los corrientes y siendo las 15:00 horas aproximadamente salió de la operación sin ningún problema, sólo que 20 minutos después mi padre comenzó a sentir algunas molestias en su estómago y en su corazón, ya que refería tener mucho dolor en esas partes de su cuerpo, por ello buscamos auxilio de inmediato, acudió personal del hospital y sólo le dieron una pastilla, ya que no tomaron en cuenta los síntomas que les hicimos saber, el doctor que lo de quien me adolezco (sic) acudió varias horas después a revisar a mi referido padre, se hizo presente a las 22:00 horas de ese mismo día, y después de revisarlo, manifestó que padecía una arritmia cardíaca al parecer por el colesterol, lo que provocó que mi papá falleciera 23:15 hora de ese mismo día, estimo que la muerte de mi padre se pudo haber evitado, esto si hubiera sido atendido adecuadamente. Por todo lo anterior solicito la intervención de este organismo para que se investiguen los hechos aquí narrados y se proceda conforme a derecho...

2. El 5 de marzo de 2009 se admitió la queja y se requirió al doctor Luis Leopoldo Camarena González, adscrito al HGO, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco, para que rindiera su informe a esta Comisión. También se solicitó la colaboración del director general de dicho nosocomio para que remitiera copia certificada del expediente que se formó en el hospital a su cargo con motivo de la atención médica que recibió [agraviado].

3. El 24 de marzo 2009 se recibió en este organismo el oficio 115/09, suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al que adjuntó el diverso DAJ/DC/947/2009, signado por el licenciado Fidel Ortega Robles, director de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud Jalisco, con un legajo de 36 fotocopias certificadas relativas al expediente clínico del señor [agraviado].

4. El 25 de marzo de 2009 se recibió el informe que rindió a esta Comisión el doctor Luis Leopoldo Camarena González, médico residente de la especialidad de urología en el HGO, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

... La atención médica que yo brinde al señor padre del hoy quejoso, fue resolutive de una complicación inminente y fue realizada el 23 de febrero del 2009, en el turno

nocturno y el suscrito lejos hacer una acción omisa, me hice cargo de ayudar al paciente realizando un lavado vesical con la finalidad de verificar el funcionamiento de las sondas dejadas por el médico cirujano para, así mismo le solicité un conjunto de estudios de gabinete y ordené la aplicación de una mascarilla con reservorio.

B) Es lamentable que el padre del quejoso haya muerto, pero el suscrito no es la causa generadora de su inconformidad, pare efecto de aclarar lo anterior me permito informar: En mi carácter de médico cirujano partero en etapa de formación en el área de urología, se me asignó como apoyo y a las órdenes de los médicos de base del área de cirugía en el horario de guardia de 24 hrs. el día 23 de febrero del 2009, solo puedo afirmar y viendo las notas clínicas del expediente clínico, que el área de anestesiología concluye el evento a 14:30 horas, debiendo pasar al área de recuperación y egresando del mismo a eso 18:00 horas aproximadamente a piso de cirugía.

Ahora bien, como es ordenado por el servicio de urología, pasé a checar el estado de cada uno de los pacientes que se encontraban en dicho piso en el turno nocturno, por ello el día 23 de febrero del 2009, a las 20:00 horas aproximadamente encontré en la cama 116, al señor [AGRAVIADO], paciente post quirúrgico de prostatectomía suprapúbica, mismo que me refirió dolor en área abdominal, al proceder a revisarlo advertí distensión abdominal importante, ruidos peristálticos disminuidos, contaba con sonda nasogástrica con escaso gasto y las sondas de cistostomía, así como sonda uretral con ligero gasto hematórico, en ese momento se le solicitó a unos de los ayudantes que avisaran a los médicos del área de Cirugía General que se encontraban en quirófano la eventualidad presentada para manejo médico, por lo cual y para redimir la molestia que presentaba el paciente, le realicé un lavado vesical para verificar su permeabilidad de las sondas y en carácter de urgente pedí se le tomara muestras de sangre para la practica de unas gasometría y una química y electrolitos, por último ordené la aplicación de una mascarilla con reservorio, lo anterior a expensas de ser aprobado o modificado por un médico cirujano, concluido lo anterior baje al departamento de urología para llevar más bolsas de irrigación para la cistoclisis, al paciente, las cuales dejé junto a la cama del mismo y a la pregunta directa al paciente de ¿Cómo se sentía? Este me refirió: el dolor ya es menos, es decir había mejoría sintomática, al revisarlo físicamente advertí que las sondas de cistotomía y uretral estaban funcionando con normalidad, retirándome a eso de las 22:00 de su cama, para dirigirme al área laboratorio y recibir el resultado de la gasometría, prueba que fue registrada como muestra número 184, (resultado agregado al expediente clínico).

Posteriormente, como a los 30 minutos, se reportó por parte del área de enfermería encargada del paciente, que al estar realizando la toma de signos vitales, presentó alteración en el estado de alerta, por lo que acudimos a valorar el paciente encontrándose al referido, con los siguientes signos:

- Glasgow de 6,
- Pupilas midriáticas arreflexicas
- Ruidos cardiacos con arritmia importante,
- Campos pulmonares bien ventilados,
- Abdomen globoso hipertimpánico,
- Ruidos peristálticos ausentes,

- Sonda de cristostomía con cistoclisia continua con gastos hematórico al igual que transuretral.

Inmediatamente se solicitó al área de enfermería llevara el carrito rojo, colocando el monitor y los sensores (electrodos del monitor), así como oxímetro, y se pidió apoyo urgente al servicio de medicina interna para mejor manejo, profesionista que también observó en el monitor una arritmia letal, la cual inclinó a la bradicardia y saturación de oxígeno disminuida, por lo que se inició apoyo ventilatorio con ambú para posterior intubación endotraqueal, aplicación de lidocaína IV, para la arritmia con presentación de bradicardia, hasta presentar paro respiratorio, dando maniobras de resucitación avanzada durante 20 min. sin obtener respuesta reportando la hora del deceso a las 23:15 hrs. del día 23 de febrero del 2009, como se advierte del certificado de defunción anexo al expediente clínico...

5. Mediante acuerdo del 29 de marzo de 2009 se solicitó al director del HGO que proporcionara a esta Comisión los nombres de los médicos, el anesthesiologo y personal de enfermería que intervinieron en la cirugía del paciente [agraviado], así como el nombre del médico de base a quien le correspondía atenderlo cuando ya estaba en piso. También se le pidió que remitiera copia de las notas de enfermería relativas a la atención médica de dicho paciente.

6. El 13 de abril de 2009 se recibió un escrito signado por el quejoso [...], mediante el cual hizo diversas manifestaciones respecto del informe rendido por el doctor Luis Leopoldo Camarena González, del que se destaca lo siguiente:

1. Que no es cierto que el médico en mención haya realizado un lavado vesical ya que lo único que percibieron mis hermanas de nombre [testigo 2] y [testigo 1] de los mismos apellidos fue el bombeo de sondas en una o dos ocasiones manifestando que se le hacía raro porque no traía coágulos y que la sangre no irrigaba que los estudios realizados fueron realizados junto con la mascarilla después de que percibieron la gravedad mi padre esto fue después de las 21 hrs.

2. Que no es cierto que mi Sr. padre pasó a piso a las 18:00 Hrs. Ya que lo que manifiesta mi hermana [testigo 1] es que ella lo recibió a las 17:00 y que desde ese momento mi padre se estuvo quejando a lo que ella en todo momento solicitaba que pasaran a revisarlo y nadie le hacía caso que una de las enfermeras en tono sarcástico le decía que eran puros nervios de mi padre.

3. Que no es cierto que el doctor le hubiera hecho la pregunta a mi padre de cómo se sentía mucho menos que él le hubiere contestado que se sentía mejor, ya que en todo momento estuvieron presentes mis hermanas con él y ya para ese momento su salud se había deteriorado considerablemente empezando a pronunciar pocas palabras al cual le costaba trabajo respirar.

4. Que a pesar de todo lo valorado nunca le dieron la debida atención y que efectivamente el carrito rojo que menciona el doctor en su informe fue llevado a las 10:10 p.m. Fue cuando desalojaron toda la sala de enfermos y visita por lo que mi hermana [testigo 2] percibió por una de las ventanas que le retiraban las sondas y

cubrían el cuerpo de pies a cabeza dándose cuenta que mi padre ya había fallecido esto se dio a las 10:30 p.m. notificándole, el doctor, a mi hermana [testigo 2] el fallecimiento de mi padre a las 10:40 p.m.

5. Que no es cierto que el deceso de mi Sr. padre se haya dado a las 23:15 p.m. ya que su servidor estuvo presente en el Hospital a las 23:15 p.m. tocando el cuerpo de mi padre que ya se encontraba amortajado y sintiéndolo frío.

6. Y como lo refiere y reconoce el doctor Luis Leopoldo Camarena González, habiendo estado el día 23 de febrero del año en curso como médico residente de guardia las 24 horas; él debió de prestar la atención en el momento oportuno; esto es, desde el momento en que se les reportó los malestares de que se quejaba mi finado padre y no como lo llevaron acabo; haciendo caso omiso de sus malestares y dándole la atención médica de manera tardía, hasta que se puso grave; considerando que con una atención en el momento oportuno pudo haberse prevenido el deterioro del estado de salud de mi padre y que finalmente provocó su deceso.

7. El 21 de abril de 2009 se recibió el oficio 149/09, signado por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al cual anexó copia de un oficio que le envió la jefa del departamento de enfermería del mismo nosocomio, en el que le informó que no se localizaron las notas de enfermería en el expediente clínico del paciente [agraviado]. Además, acompañó copia simple del oficio sin número, suscrito por el doctor José Arturo Rodríguez Rivera, encargado del servicio de urología del HGO, en el que asentó que la responsabilidad del paciente recae en quien lo intervino, e informó que al doctor Sergio Rincón Gallardo le correspondía la guardia del 23 de febrero de 2009, pero que en esa fecha se encontraba en el curso de introducción a la especialidad, y que el doctor Leopoldo Camarena González era el responsable de la guardia.

El doctor Rábago Solorio también proporcionó los nombres de los servidores públicos que participaron en la atención del citado paciente. Por ello, mediante acuerdo del 20 de mayo del mismo año se requirió al doctor Armando Cueva Martínez, urólogo que practicó la cirugía, para que rindiera un informe sobre los hechos reclamados por el quejoso. En el mismo acuerdo se requirió a las enfermeras María Mixseli Covarrubias García y Emma Yolanda Canales Mayorga que informaran la razón por la cual no realizaron notas en el expediente clínico de dicho paciente.

8. El 11 de junio de 2009 se recibió el informe que rindió a esta Comisión el doctor Armando Cueva Martínez, médico adscrito al área de urología del HGO, en el que narró la atención que brindó al paciente [agraviado]. De su contenido se destaca lo siguiente:

... De acuerdo a mi rol laboral, el día 23 de febrero de 2009, me encontraba dentro del área de quirófanos para realizar cirugías programadas por los médicos tratantes respecto a mi especialidad (aparato genital masculino interno) como en la especie aconteció.

Así las cosas, previo análisis de los estudios del paciente y valorización del área de anestesiología se asignó turno quirúrgico para las 12:00 del día referido.

B) CIRUGÍA.- Estando en el área de quirófanos, en unión de mi equipo de trabajo [...] el paciente ingresó a la sala de operaciones aproximadamente a las 12:00 p.m. para iniciarse la cirugía aproximadamente a las 12:40 p.m. iniciando la operación bajo el siguiente protocolo; Bajo anestesia de bloqueo regional, se realizó cirugía denominada “Enucleación suprapúbica del adenoma prostático” [...] la que duró aproximadamente dos horas en ese inter NO existieron complicaciones, obteniéndose al final un sangrado aproximado de 400ml. y un total de líquidos aspirados de 800ml. correspondientes a orina y el agua de lavado utilizada en forma transoperatoria. Como nota al caso le informo que se manda a patología pieza quirúrgica (adenoma prostático), reportando al área el siguiente resultado:

“NEOPLASIA INTRAEPITELIAL, PROSTÁTICA DE BAJO GRADO” (TEJIDO ANORMAL DE LA PRÓSTATA).

Al finalizarse la cirugía a eso de las 15:00 hrs. aproximadamente, el paciente se encontraba estable, completamente despierto, lo cual así se reportó en la nota clínica y en la propia de anestesiología, por lo cual, se ordenó, que el paciente pasará al área de recuperación, entregándolo al Servicio de Anestesiología, para que esta unidad vigilara, que pasara el efecto del bloqueo anestésico en la unidad de recuperación, desconociendo cuanto tiempo después, el paciente debió pasar a su cama número 116 del piso de urología, por haber emergido de la anestesia sin complicación alguna a cargo del médico de guardia.

... CABE INFORMARLE EN ESTE PUNTO QUE NUNCA, ME FUE INFORMADO POR PARTE DE ALGÚN PROFESIONISTA DE GUARDIA O ENFERMERA DEL HOSPITAL DE LA ADSCRIPCIÓN, UNA COMPLICACIÓN POSTERIOR A MI ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE EN LA TARDE O NOCHE DEL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009.

... como se consta en el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, número de folio 090131732, agregado al expediente clínico que en copia certificada usted tiene agregado al cuerpo de esta queja, PATOLOGÍAS FINALES QUE NO TIENE RELACIÓN CAUSAL CON LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA REALIZADA POR EL SUSCRITO Y EL EQUIPO DE TRABAJO...

9. El 24 de junio de 2009 se recibió el oficio 244/09 suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al cual anexó copia certificada de la hoja de enfermería para el registro preoperatorio del paciente [agraviado]. Nota que con anterioridad se había informado que estaba extraviada.

10. El 16 de julio de 2009 se recibieron los informes que rindieron a esta Comisión las enfermeras María Mixseli Covarrubias García y Emma Yolanda Canales Mayorga, adscritas al HGO, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

... El 23 de febrero del año en curso se realizó una PROSTATECTOMÍA SUPRAPÚBICA al paciente [AGRAVIADO], de 73 años de edad, que ingresa a las 12:40 hrs. A la sala 7 de urología del servicio de quirófano, al cual brindo Anestesia de Bloqueo Peridural, en el cual en el procedimiento quirúrgico no hubo complicación alguna, con recuento de gases completo, terminando cirugía a las 14:30 hrs. el cual pasa al área de recuperación bajo efectos de anestesia y con condición estable...

11. El 31 de agosto de 2009 se solicitó la colaboración del doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, para que requiriera al personal de enfermería que le correspondió la atención del paciente [agraviado], cuando se encontraba hospitalizado en la cama 116 del servicio de urología el 23 de febrero de 2009, y rindieran a esta Comisión un informe sobre los hechos reclamados por el quejoso.

12. El 24 de septiembre de 2009 se recibió el oficio 369/2009 suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al que adjunto copia del oficio sin número, del 23 de septiembre de 2009, que a él le envió la licenciada en enfermería María Dolores González Monteón, mediante el cual le informó que las enfermeras María Concepción Martínez Aguilar y María de Jesús Vargas Velázquez fueron quienes atendieron al paciente [agraviado] el 23 de febrero de 2009, en la cama 116 del servicio de urología.

13. El 2 de octubre de 2009 se recibió el oficio 381/2009 suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al que adjuntó el informe que de manera conjunta rindieron a esta Comisión las enfermeras María Concepción Martínez Aguilar y María de Jesús Vargas Velázquez, quienes manifestaron lo siguiente:

[...]

Respecto a la atención del área de enfermería que se dice brindamos al paciente [AGRAVIADO], afirmamos que efectivamente estuvimos asignadas en nuestros respectivos turnos al piso primero área de cirugía, pero no recordamos las atenciones generales de enfermería que se le brindaron al paciente o si nos fue asignado el mismo, además al revisar el expediente clínico número de registro 427934 del paciente aludido no se encuentran las notas del área de enfermería del día 23 de febrero del 2009, por ende NO estamos en condiciones de brindar el informe requerido pues emitir un informe con datos o hipótesis falsas viola en nuestro perjuicio nuestro derecho constitucional de defensa; además el hacer una manifestación equivocada a esta autoridad requirente puede hacerla arribar a un juicio de valor equivocado...

14. El 20 de octubre de 2009 se recibieron dos escritos signados por el quejoso [...], mediante los cuales hizo diversas manifestaciones en relación con los informes que rindieron a esta Comisión el doctor Armando Cueva Martínez y las enfermeras María Concepción Martínez Aguilar y María de Jesús Vargas Velásquez. Del primero de dichos escritos se destaca lo siguiente:

... no es cierto que el Doctor en mención haya realizado análisis a los estudios y valorización del área de anestesiología ya que al momento de su deceso yo, el de la voz percibí que su estómago se encontraba de un tamaño fuera de lo normal, esto es bastante crecido, al consultar otras opiniones médicas me manifestaron que esto se debió a una hemorragia interna, por lo que dichos estudios no los realizaron ya que esto se hace previa cita como lo es ELECTROCARDIOGRAMA, BH, QS, TP, TPT, el día de su internamiento el de la voz acompañé a mi padre hasta la cama del hospital y el lunes día de la cirugía por la mañana pasé a visitar a mi finado padre y le pregunté si le habían realizado algún examen el cual me contestó que ninguno esto sería aprox. 2 horas antes de pasar a sala y de los únicos estudios que tengo conocimiento que se le hayan realizado a mi padre fueron los realizados en el mes de noviembre.

[...] no es cierto que el doctor se esté conduciendo con la verdad y esté tratando de sorprender esta Honorable Comisión al nombrar incompleto a su equipo de trabajo, desconociendo cual sea su fin, si el de proteger al DOCTOR LUIS LEOPOLDO CAMARENA GONZÁLEZ por lo que incurre en una falta grave al conducirse en falsedad en declaración ya que en ningún momento lo nombra en su manifestación, ya como lo indico en la presente queja en todo momento el Doctor LEOPOLDO CAMARENA GONZÁLEZ fue quien estuvo tratando a mi finado padre y quien así lo reconoce mediante el certificado de defunción No. de folio 090131732 y acta 289 de la oficialía No. 1 del Municipio de Zapopan ya que los únicos doctores que certifican son los que dieron la atención médica al paciente, de lo contrario que manifieste en que calidad lo firmó dicho certificado de defunción.

[...] el dicho del doctor en mención ratifica mi queja [...] en el sentido de que en ningún momento fue atendido en tiempo y forma mi Sr. padre ya que como manifiesto en mi escrito inicial nadie les prestó atención a mis hermanas en el sentido de la ayuda solicitada, ya que fueron aproximadamente 6 horas y media que estuvo solicitándose la atención médica...

En el segundo de dichos escritos hizo manifestaciones en relación con el informe que rindieron las citadas enfermeras, y al efecto expuso:

... Tal y como lo reconocen en su escrito con fecha 9 de octubre del presente año que si estuvieron asignadas en sus respectivos turnos al piso primero del área de cirugía lugar donde falleció mi Sr. padre, que no recuerden las atenciones generales que se le brindaron al paciente es entendible, lo que no puede ser posible es que mencionen las enfermeras si así de fácil se extravían las hojas donde llevan el control de la sintomatología de los pacientes que están bajo su cuidado, o si la finalidad de las mismas es la de proteger a los doctores que llevaron a cabo la cirugía del paciente en mención por lo que solicito comparezcan a esta H. Institución a aclarar ese punto, de

igual manera que proporcione la jefa de enfermeras rol de pacientes de las enfermeras de ese día y turno cuando ocurrió el deceso...

15. El 18 de noviembre de 2009 se recibió el oficio 447/09 signado por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al que anexó el oficio sin número, del 12 de noviembre de 2009, signado por la licenciada en enfermería Ma. Dolores González Monteón, jefa de departamento de enfermería de dicho nosocomio, en el que le informó que, según los roles de distribución de pacientes al personal de enfermería, el 23 de febrero de 2009 le fue asignada la atención del paciente [agraviado] a la enfermera Emilia Larios Núñez, quien ese día no se presentó a laborar, por lo que fue cubierta por una enfermera eventual, la cual, según afirmó, ya había dejado de prestar sus servicios en ese hospital. Por ello, se solicitó al director del citado hospital que proporcionara el nombre de la enfermera que cubrió la ausencia de Emilia Larios Núñez, así como su domicilio particular.

16. El 4 de enero de 2010 se acordó la apertura del periodo probatorio y se tuvo por recibido en el expediente el escrito presentado por el quejoso [...], mediante el cual se desistió del anesthesiólogo Rubén Mercado y solicitó que la residente Griselda Íñiguez informara la intervención que tuvo en la atención del paciente [agraviado].

17. El 27 de abril de 2010 se acordó en el expediente la recepción de un escrito signado por [quejoso], en el que ratificó su desistimiento respecto al anesthesiólogo Rubén Mercado y consideró importante que la médica residente Griselda Íñiguez informara lo relativo a la participación que hubiese tenido en los hechos motivo de la queja, por lo que se ordenó solicitarle informe.

18. En acuerdo del 18 de mayo de 2010 se solicitó al doctor David Luna Salazar, jefe de recursos humanos del HGO, que informara el área de trabajo y horario en el que estuvieron asignadas las enfermeras María Mixseli Covarrubias García y Emma González Canales Mayorga el 23 de febrero de 2009. También se solicitó la colaboración del director del Servicio Médico Forense del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), para que, en caso de que se haya realizado autopsia al señor [agraviado], remitiera copia certificada de la misma. En el propio acuerdo se recibió el oficio 161/2010 signado por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al que anexó copia simple de un escrito firmado por la doctora Georgina Díaz Orozco, coordinadora de postgrado y capacitación del mismo nosocomio, con el que le informó que la doctora Griselda Íñiguez ya no se encontraba adscrita a dicho hospital.

19. El 6 de julio de 2010 se recibió el oficio IJCF/CAA/273/2010, suscrito por el licenciado Raúl Fajardo Trujillo, director de la Coordinación de Asesores y

Apoyo Jurídico del IJCF, con el que informó que en el Servicio Médico Forense no había registro de que se haya practicado la necropsia a [agraviado].

20. El 28 de septiembre de 2010 se solicitó la colaboración del licenciado Isaías Lemus Fortoul, director del IJCF, para que peritos de ese organismo emitieran un dictamen sobre la atención médica proporcionada al señor [agraviado] en el HGO.

21. El 6 de octubre de 2010 se solicitó la colaboración del doctor David Luna Salazar, jefe de Recursos Humanos del HGO, para que remitiera copia certificada de las tarjetas de control de entradas y salidas de las enfermeras Emilia Larios Núñez y Etna Aidee Espinoza Cruz, correspondiente a la segunda quincena de febrero de 2009.

22. En acuerdo del 18 de octubre de 2010 se recibió el oficio sin número suscrito por el doctor David Luna Salazar, jefe de Recursos Humanos del HGO, al que anexó copia certificada de las tarjetas de control de entradas y salidas de las enfermeras Emilia Larios Núñez y Etna Aidee Espinoza Cruz, correspondientes a la segunda quincena de febrero de 2009. En el mismo acuerdo se requirió a la primera de dichas enfermeras para que rindiera un informe sobre la atención que se le brindó al paciente [agraviado].

23. El 27 de octubre de 2010 se recibió el escrito signado por la enfermera Emilia Larios Núñez, mediante el cual comunicó a este organismo que no estaba en posibilidad de rendir el informe que se le solicitó, en razón de que en el expediente clínico del paciente [agraviado] no se encontraron las notas del área de enfermería del 23 de febrero de 2009.

24. El 21 de enero de 2011 se solicitó por segunda ocasión al licenciado Isaías Lemus Fortoul, director del IJCF, que dispusiera lo necesario para que se emitiera un dictamen sobre la atención médica proporcionada al señor [agraviado] en el HGO.

25. El 11 de febrero de 2011, una visitadora adjunta de esta Comisión acudió a las instalaciones del HGO, a fin de realizar una investigación de campo sobre el control de pacientes que se lleva en el área de enfermería y el seguimiento que se les otorga al salir del quirófano. El acta que con ese motivo se suscribió, se describe en el capítulo de evidencias.

26. El 16 de febrero de 2011 se recibió el oficio IJCFE/CAA/213/2011, signado por el licenciado Raúl Fajardo Trujillo, director de la coordinación de asesores y apoyo jurídico del IJCF, al que adjuntó el diverso

IJCF/00502/2011/12CE/ML/13, signado por los peritos médicos oficiales Ricardo Tejeda Cueto y Salvador Díaz Sánchez, con el que emitieron dictamen de responsabilidad médica sobre la atención proporcionada al señor [agraviado] en el HGO.

27. El 14 de marzo de 2011 se ordenó seguir el procedimiento de queja de manera oficiosa en contra del doctor Rubén Mercado, anesthesiólogo del HGO, en razón de que el dictamen que se cita en punto anterior, se advirtió la presunción de que pudo haber incurrido en negligencia e imprudencia en la atención médica proporcionada el 23 de febrero de 2009 al paciente [agraviado], ya que se observó que no se había solicitado su valoración cardiológica prequirúrgica, por lo que se le requirió para que rindiera el informe a que alude el artículo 61 de la ley que rige a este organismo.

28. El 15 de marzo de 2011 se recibió en el expediente de queja un escrito signado por el doctor Armando Cueva Martínez, cirujano adscrito al HGO, mediante el cual objetó la validez y el alcance probatorio del dictamen emitido por los peritos médicos del IJCF, para cuyo efecto manifestó:

... téngaseme OBJETANDO LA VALIDEZ y EL ALCANCE PROBATORIO DE LA OPINIÓN TÉCNICA PERICIAL, DENOMINADA DICTAMEN SOBRE RESPONSABILIDAD MÉDICA, suscrita por los médicos SALVADOR DÍAZ SÁNCHEZ Y RICARDO TEJEDA CUETO, en donde emiten las siguientes conclusiones:

PRIMERO.- Sí existió negligencia por parte de ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y RUBÉN MERCADO, quienes omitieron prestar la debida atención al paciente, cuando ninguno de los dos solicitaron valoración cardiológica prequirúrgica que establece la norma oficial de anesthesiología.

SEGUNDO.- Que esta situación omisa de ambos médicos Sí influyo en el desenlace fatal del hoy occiso que careció en todo momento desde la valorización PREQUIRÚRGICA, y preanestésica hasta la etapa posquirúrgica de una valorización y atención cardiaca adecuada.

De acuerdo con la definición de negligencia, que describe el DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO, PORRUA.- “Negligencia, es la falta de cuidado o el descuido”, es decir una conducta negligente que implica un riesgo y se produce por la omisión del calculo de las consecuencias previsibles y posibles de la propia acción y omisión.

Acción u omisiones que en la atención médica prequirúrgica, preanestésica y quirúrgica del paciente [AGRAVIADO], nunca han acontecido y por supuesto no tienen ninguna relación con las posibles causas de la muerte del familiar del quejoso, esto en base a que no esta plenamente documentado que el suscrito en mi calidad de MÉDICO CIRUJANO EN EL ÁREA DE UROLOGÍA, (NO TRATANTE), así como el personal del área de ANESTESIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, CONSULTA EXTERNA, adscritos al Hospital General de Occidente, realizamos las acciones que de acuerdo a nuestro protocolo preoperatorio nos rige, acciones, las cuales fueron

desarrolladas adecuadamente y apegadas a la “Lex Artis”, es decir, SÍ se actuó correctamente dentro de los principios y técnicas aplicables al caso (lex artis), respecto a cada una de las especialidades y SÍ se dispuso de los instrumentos, materiales y recursos necesarios atendiendo las circunstancias del caso en el lugar donde se prestó el servicio.

Así mismo, los peritantes para arribar a sus conclusiones tienen como una verdad plena, que el motivo de la muerte del paciente GABRIEL RAMÍREZ, es como lo describe el certificado de defunción 0901317302, sin que exista la prueba indispensable denominada AUTOPSIA, para arribar a ello, por ello la imputación en esos términos es dogmática y fuera de la realidad médico-jurídica, por ende los médicos peritantes en su calidad de expertos en causas de muerte, omitieron su deber de cuidado que todo servidor público obliga la ley en el desempeño de su trabajo, pues sus imputaciones carecen de un enlace medico-jurídico que permita determinar:

Primero.- Cuales fueron las lesiones producidas en el cuerpo del paciente que causaron su muerte, que órganos se afectaron y cuales fueron las causas.

Segundo.- Describir el nexo causal entre la conducta u omisión desarrollada y la muerte del paciente.

Para imputar a manera de conclusión y FALSAMENTE un acto omisivo, inexistente, realizado por parte del personal medico del Hospital General de Occidente en perjuicio del paciente génesis de esta queja.

Como segundo punto, cabe hacer notar que en el capítulo de generales del peritaje génesis de está objeción los Servidores Público peritantes, describen su área de especialización, quedando claro así que los mismos NO tienen capacidad médica, para emitir una opinión médica en las ramas de **CIRUGÍA UROLOGÍA Y/O ANESTESIOLOGÍA**, pues los profesionales se acreditan respectivamente como médicos generales y afirman tener especialización en la rama forense, también denominada medicina legal, rama de la medicina que se especializa en determinar la causa de muerte. Ello es la rama de especialización no tiene relación con las Especialidades de **CIRUGÍA** que es rama de la medicina encargada de reestablecer o mejorar la funcionalidad del o las distintas partes del cuerpo humano y la **ANESTESIOLOGÍA**, que por su parte es la rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes que son sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconciencia, insensibilidad al dolor al estrés emocional o a una combinación de los anteriores.

En síntesis, la capacidad profesional de los peritos SALVADOR DÍAZ SÁNCHEZ Y RICARDO TEJEDA CUETO, no es la indicada para emitir el peritaje de responsabilidad medica motivo de esta objeción, esto en base a las razones antes expuestas, lo cual hace la prueba pericial combatida a todas luces, ARBITRARIA, CONJETURAL Y DOGMÁTICA, POR NO SATISFACER LOS REQUISITOS LEGALES QUE PARA EL DESAHOGO DE LA PRUEBA PERICIAL EN CUALQUIER MATERIA SE NECESITAN, POR ELLO DICHA PRUEBA DEBEN SER DESESTIMADA DE MANERA TOTAL, POR HABERSE VIOLANDO CON

PRUEBA.

Por esas consideraciones, la prueba génesis de esta impugnación y objeción debe ser desechada, ya que se vulneraron los principios reguladores del desahogo de la prueba pericial, así mismo y como lo dispones los artículos 14, 16 y 20 inciso A) Constitucional, que rigen, las garantías de seguridad jurídica de adecuada defensa, de los ciudadanos, le solicito se desahoguen los siguientes medios de prueba:

- A) PRUEBA DOCUMENTAL CONSISTENTE EN EL OFICIO DE FECHA 15 de JULIO DEL 2005, SUSCRITO POR EL ENTONCES SUBDIRECTOR MÉDICO Y DIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE DEPENDIENTE DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO, DIRIGIDO AL PERSONAL MEDICO EN DONDE SE ORDENA:

El estricto apego al flujograma de la evaluación preoperatorio, así como a la norma oficial del expediente clínico, actividades que deben manifestarse formalmente e incluirse en el expediente clínico de todo paciente, antes de entrar a una cirugía, anexando a dicho documento los FORMATOS DE EVALUACIÓN PREANESTESIA Y NOTA DE EVALUACIÓN PREOPERATORIO DE MEDICINA INTERNA, que deben llenarse sin excepción, pues sin ellos un paciente no puede ingresar a sala de cirugía.

Prueba con la que demuestro plenamente que al paciente [agraviado], obligatoriamente SI se le realizaron las evaluaciones que exigen el protocolo prequirúrgico necesario por parte del área de medicina interna y anestesiología a petición de los médicos de CONSULTA EXTERNA TRATANTES PREVIOS A LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA, (REITERÁNDOLE EL SUSCRITO NO FUI MEDICO TRATANTE), prueba con la cual acredito: QUE SÍ SE LE PRESTO LA DEBIDA ATENCIÓN MÉDICA, AL PACIENTE ANTES DE INGRESAR AL QUIRÓFANO, INFORMÁNDOLE RIESGOS Y CONSECUENCIAS, COMO SE DESPRENDE DEL PROPIO CONSENTIMIENTO INFORMADO AGREGADO A ACTUACIÓN, ES DECIR NO SÓLO, SE ATENDIO EL ÁREA CARDIACA DEL PACIENTE, SINO DE MANERA INTEGRAL SE LE ATENDIÓ AL MISMO ANTES DE ENTRAR A QUIRÓFANO, valorizaciones que permitieron calificar al paciente antes de pasar a quirófano...

El doctor Cueva Martínez también solicitó que el anesthesiólogo Rubén Sergio Mercado, adscrito al área de anestesiología del HGO, quien cuando ocurrieron los hechos motivo de queja tenía el cargo de jefe de esa área, contestara dos interrogantes sobre el trámite de evaluación preanestésica. Asimismo, pidió que se emitiera un dictamen médico pericial por dos especialistas, uno en el área de cirugía y otro en el área de anestesiología.

29. El 22 de marzo de 2011 se recibió el oficio 116/2011 signado por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, al cual anexó copia certificada del

memorándum del 15 de julio de 2005, dirigido al personal médico de consulta externa, en el que se les solicitó estricto apego al flujograma de la evaluación preoperatoria, así como a la NOM168SSA2. También adjuntó copia certificada del flujograma de la evaluación preoperatorio y de la programación de quirófanos correspondiente al 23 de febrero de 2009.

30. El 29 de marzo de 2011 se recibió el escrito signado por el doctor Rubén Sergio Mercado García, anesthesiólogo adscrito al HGO, mediante el cual dio respuesta a las interrogantes formuladas por el doctor Armando Cueva Martínez.

31. El 4 de abril de 2011 se recibió escrito signado por el anesthesiólogo Rubén Sergio Mercado García, adscrito al HGO, mediante el cual, con relación a los hechos que se le atribuyeron, informó lo siguiente:

... quiero manifestar que todos los pacientes que han de ser motivo de cirugías electivas, sus médicos tratantes previamente deben seguir el protocolo que marca el flujograma de la evaluación preoperatoria, así como la Norma Oficial del expediente clínico, evaluaciones que se manifiestan formalmente en el expediente clínico de todo paciente prequirúrgico, valoraciones que deben de realizarse sin excepción, como en el caso del paciente [agraviado], pues sin ellos no habría podido ingresar a la sala de cirugía.

Desconozco el motivo por el cual esta oficina garante de los derechos humanos, imputa lo anterior al suscrito, ya que mis funciones administrativas como jefe del servicio de anestesiología me impedían la atención directa de pacientes, por lo que en el caso del paciente [agraviado] no participé como su médico anesthesiólogo tratante en el preanestésico, transanestésico o posanestésico. Y era una practica común que los residentes de anestesiología al no ver a su anesthesiólogo adscrito, por ser el jefe del servicio de anestesiología en esa época, me pusieran como anesthesiólogo responsable...

32. El 25 de abril de 2011 se acordó la apertura del periodo probatorio para el anesthesiólogo Rubén Sergio Mercado García y para el quejoso [...].

33. El 26 de abril de 2011 se recibió el dictamen de responsabilidad médica suscrito por los médicos Saúl Hernández Pérez y Roberto Herrera Rodríguez, el primero, especialista en materia de cirugía plástica, y el segundo en la materia de anestesiología; peritaje ofertado por el doctor Armando Cueva Martínez. Documento que para mayor ilustración se transcribe en el apartado de pruebas.

34. El 9 de mayo de 2011 se recibió escrito signado por el anesthesiólogo Rubén Sergio Mercado García, mediante el cual comunicó a esta Comisión que no recordaba el nombre del anesthesiólogo que estuvo a cargo del paciente [agraviado] en la cirugía que se le practicó el 23 de febrero de 2009.

35. El 11 de mayo de 2011 se recibió escrito signado por el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García, mediante el cual ofertó como pruebas el expediente clínico del paciente [agraviado], así como la declaración de la doctora Griselda Iñiguez, a fin de que relatará la participación que tuvo en la operación del señor [agraviado], y mencionó no poder hacerla comparecer, por lo que solicitó que esta Comisión lo hiciera. Al respecto, mediante acuerdo del 16 de mayo de 2011, se le requirió al doctor Mercado García para que proporcionara el domicilio para notificar a la doctora Iñiguez, y se le apercibió que de hacer caso omiso se tendría por desechada dicha probanza.

36. El 23 de mayo de 2011 se recibió escrito signado por el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García, adscrito al HGO, mediante el cual manifestó desconocer el domicilio de la doctora Griselda Iñiguez, y solicitó que esta Comisión requiriera al director del HGO, para que indicara el domicilio de dicha profesionista.

37. El 25 de mayo de 2011, una visitadora adjunta de esta Comisión acudió al HGO, en donde entrevistó al doctor Alberto Bañuelos Franco, jefe de enseñanza de dicho nosocomio, quien manifestó que no se contaba con la dirección de la doctora Griselda Iñiguez, en virtud de que ella únicamente realizó una rotación de un mes y que en los archivos no se cuenta con datos para su localización.

II. EVIDENCIAS

1. Copia certificada del expediente clínico del HGO, relativo al paciente [agraviado], de cuyas constancias se destacan las siguientes:

a) Hoja relativa a notas de evolución, de la que se transcribe lo siguiente:

[...]

09/Feb/09

13:30 Hrs.

NOTA DE ANESTESIOLOGIA

Nos presentan paciente masculino de 73 a. de edad Dx: HBP IV solicitando evento anestésico para realizar cistoscopia. El paciente no cuenta con antecedentes patológicos de importancia, niega alergias.

Laboratoriales: Hgb= Hto= Pla= TP= TPT2

Bajo consentimiento informado se realiza BESA. L4 - L5. punción única con whitacro #25. LCR Claro, borbotogo (+). latencia 5min. Dif. T-6 Transanestésico sin eventualidades. Ingresá con T/A =137/70 mm Hg; FC=63x` ; Sat. O2= 95%. Pasa a recuperación hemodinámicamente estable, T/A =100/60 FC= 70x` Sat. O2= 98%. Pasa

a recuperación con Aldrete 9-9. Se le administró: Bupivacaina Pesada 7.5mg. S.A; Bupronorfina 30 meg S.A. Metamizol 1gr I.V Furosemida 40mg I.V.
Dr. Gómez Lugo MB/Dr Parada M..

b) Nota de anestesiología de las 13:00 horas del 23 de febrero de 2009, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Maculino 73 años con diagnóstico de HPB programado para PSP, niega alergias, enfermedades crónico-degenerativas, refiere septumplastia hace 37 años bajo anestesia general sin complicación y cistoscopia hace 3 semanas bajo anestesia regional sin complicaciones. Resto negados. Signos vitales TA 132/89 FC 68 SpO2 96. Exámenes de laboratorio: Hb 11 Hto 34 Plaq 2553 TP 14.9 INR 1.5 TPT 26.3 Glucosa 127 Urea 53 Creatinina 2.1 RAQ EIB Plan: Anestesia mixta BPD + BESA Técnica: Bajo monitoreo tipo 1 previa asepsia y antisepsia colocación campos estériles e infiltración sitio de punción paciente en sedestación abordaje medio 1 nivel L2-L3 con Tuony 17G punción única, dogliot (+), posteriormente llegando a espacio peridural se introduce aguja Whitacre por Tuony se llega a espacio subaracnoideo con salida LCR claro con aspecto agua de roca se administran 15 mg bupivacoina hiperborica, se retira whitracre se coloca cateter cefálico permeable e inerte. Latencia 3 min Difusión T6. Mantenimiento: Midazolam 1.5 mg. Furosemida 60 mg, Efedrina 10 mg, Metamizol 2 gr. Permanece estable durante el procedimiento. Duración 2hrs sangrado 1200 ml reposición 2300 ml cristaloides + 1000 ml coloide, balance 120 negativo. Resto en hoja de registro anestésico.

Dr. Mercado MB

Dra. Iñiguez R2

Dra. Elias R1

c) Hoja 2 de la carta de consentimiento informado para la realización de procedimientos médico quirúrgicos con fines de diagnóstico terapéutico y/o de rehabilitación, de fecha 23 de febrero de 2009, signada por el paciente [agraviado], con cuatro firmas ilegibles del paciente, dos testigos y del doctor, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Riesgos personalizados

Riesgo anestésico, sangrado, lesión a órgano vecino, infección, inclusive la muerte

[...]

Consentimiento

Yo, Sr. [agraviado], doy mi consentimiento para que me sea realizada una ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado, según dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 (10.1.1) del Expediente Clínico, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Jauregui/ Dr. Cueva...

d) Formato de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica:

[agraviado], Masc 73a 427934
Urología, 23/02/09.
Diagnóstico preoperatorio HBP G IV
Operación proyectada PSP
Electiva x
Firma del jefe de servicio Dr. Cueva...

e) Hoja relativa a la descripción de técnica (1), hallazgos operatorios (2), complicaciones transoperatorias (3), y observaciones (4), de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

23/02/2009 Urología nota post Ox Dx Preop HBP G IV
Op Proy Prostatectomía Suprapúbica Op Real misma
Dx Post Op HBP G IV PO PSP

1.- Bajo anestesia regional (BPD) decubito dorsal protocolo (ilegible) se procede a realizar incisión media infraumbilical, se incide piel y TCS Hasta llegar a aponeurosis se incide misma se separan rectos abdominal es por línea media, se evidencia vejiga urinaria, se disecciona cerosa y grasa perivesical, se hace de pared de vejiga ambos lados con pinzas de allis, se realiza incisión media en vejiga hasta acceder a luz se aspiran aprox 150cc de orina, se acomodan allis abarcando todas las capas de vejiga, se evidencia gran lóbulo medio, se verifican meatos, se procede a marcar alrededor de adenoma, se aprovecha plano de clivage, para iniciar disección digital roma de adenoma, gran adenoma de aprox 100 centímetros cúbicos, hasta llegar a apex, se disecciona uretra, se corta la misma al ras de adenoma, se realiza hemostasia con gasa de bastón (otorrino) por 5 min, se retira la misma, se verifica, vasos surtidores prostáticos a las 5 y a las 7 se realizan puntos transfictivos en cruz vycril 00 se procede a trigonización súrgete continuo, vycril 00 sin complicación se verifica permeabilidad de meatos, se procede a sacar cistostomía por donde vejiga con sonda foley 3 vías 22 Fr, se procede a realizar cistorafia crómico 0 3 planos surgette continuo, previa colocación de sonda de foley 3 vías transuretral 22 Fr, al terminar cistorafia se coloca penrose de media paravesical, se procede a afrontar rectos abdominales crómico 0 puntos simples sin tensión, se cierra aponeurosis, vycril 1 surgette continuo, se afronta TCS puntos simples crómico 0, se cierra piel nylon 00 puntos de sarnof, se inicia cistocclisis terminando acto Qx

Equipo Qx Cueva MBU Ruiz R4 Jáuregui R3 Camarena R2
Instrumentista Canales Yolanda
Cuenta de Gasas Completa
Sangrado aprox 400cc
Orina aspirada 800cc
Anestesiólogo Iñiguez RA
Circulante Mixelli

2.- Gran adenoma prostático, con lóbulo medio intravesical de aprox 100cc
3.-ninguna
4.-Condición estable

Pronostico reservado a evolución

Cueva MBU
Ruiz R4U
Jáuregui R3U
Camarena R2U

f) Hoja de registro de anestesia y recuperación, de fecha 23 de febrero 2009, correspondiente al paciente [agraviado], de la que destaca lo siguiente:

No. EXP 427934.

73a Sexo Masculino Servicio Urología Cama 116 Hoja No. 1/1.

T/A 130/70

FC 93

Operación PSP

AGENTES	DÓISIS	TÉCNICAS
Bupirocama	15mg. SA.	Perisulo Nivel L-2 L-3
Midazolon	15mg. I.V	Catéter Cefálico
Furosemida	40mg. I.V	Aguja Touhy # 17
Efedrina	5mg. I.V	Aguja Whitacre, salida
Butiroxina	40mg. I.V	LCR clao borbotoge + Lcit. 3 min O.F T.G

Sangre Gelafundin 500ml. (4) + 500ml. (5)

Otros Hortmonn (1), (2), (3)

Sat O2 94

Cirujano Dr. Cueva MB

Anestesiólogo Mercado MB Dra. Iñiguez RA

g) Formato de órdenes médicas para pacientes hospitalizados, relativo a [agraviado], de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Servicio Urología

73 años Masc.

23-02-09

20:25

Anotaciones del médico:

Pte. masculino de 73 años de edad PO OX de Prostatectomía suprapúbica.

Refiere el paciente dolor abdominal generalizado,

Pte. conciente con buen estado de hidratación, buena coloración, sng con escaso gasto gástrico, mascarilla con reservorio, ruidos cardiacos rítmicos con tendencia a la taquicardia, campos pulmonares bien ventilados, taquipnea abdomen distendido, con sonda de cistotomía con cistoclisia continua, drenaje tipo penrose con escaso gasto serohemático doloroso a la palpación, ruidos peristálticos muy disminuidos

hipertimpánico, genitales con sonda transuretral con escaso gasto hematurico, resto sin alteraciones aparentes.

Se decide realizar lavado vesical para valorar permeabilidad, obteniendo ligero gasto heturico, se solicitan química y electrolitos, se informa a guardia de cirugia sobre eventualidad.

Guardia Urología Camarena R3 Uro

23-02-09

22:15

Urología

Pte. Masculino de 73 años de edad con los diagnósticos antes mencionados.

Refiere el paciente mejoría sintomática, se observa disminución de taquicardia, así como abdomen con menor distensión.

La gasometría arterial se nos reporta dentro de parámetros normales.

Continúa con manejo previamente establecido.

Guardia Urología Camarena R3 Urología.

Notas de evolución

[Agraviado] 73 años Masc. Urología

Doctor Luis L Camarena G

23-02-2009

23:50

Urología Nota de Defunción

Acudimos a valorar paciente ya que enfermería nos reporta paciente con alteración en estado de alerta, encontrando paciente taquipneico, con alteración en estado de alerta, pupilas midriáticas (ilegible) procediendo dar apoyo con oxígeno (ilegible) previamente contaba con mascarilla (ilegible) resucitación avanzada por 20 minutos sin obtener respuesta favorable continuando con aistolía con monitor sin pulsos palpables declarando su muerte.

Camarena R3 Urología

h) Certificado de defunción de [agraviado], expedido por la Secretaría de Salud, del que se destaca lo siguiente:

73 años Masc. Mexicano

Fecha de nacimiento 18-03-1935

Fecha de defunción: 23-02-2009 hora de defunción 23.15

Causa de la defunción: Insuficiencia Respiratoria Aguda

Arritmia Cardíaca letal.

Certificante: Luis Leopoldo Camarena González cédula profesional 5018885

Fecha de certificación 23-02-2009

i) Nota de evolución prequirúrgica, asentada el 7 de noviembre de 2008, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

- Don [agraviado], masculino de 73 años, cursa su 3er día de (ilegible) con los Dx de Hematuria + tumoración vesical E/e. Programado para RTUV.
 - DM(-), mas (-), Alergias (-), Transfusiones (-).
TAB (+) ya abandonado (IT:7) alcoholismo (-).
 - Actualmente (ilegible), bien orientado, palido, regular hidratación, RSCS arritmicos, sin soplos, CSPS con crépitos en velcro sin condensación, abdomen globoso por aire, no dolor, peristasis presente, cuenta con sonda trasuretral con gasto hematurico extremidades sin alteraciones. No canosus o edema.
 - Labs: Hb: 11.8 Hp:34, Leucos: 13620 Neut: 901. Pla. 255, Tps normales, Creat 21, Urea: 53, (patrón obstructivo). K:5, Na: 133, Cl:100, resto no reportados, ni PFH, ni Gas Art.
 - RxTorax- Sin cardiomegalia, no HAP, no derrame, no neumonía.
 - ECG: Ritmo sinusal, FC:80, Extrasistoles ventriculares (sin isquemia)
 - + GOLDMAN II, + Riesgo cardiaco intermedio, ASA II
- Recomendamos, heparima bajo peso molecular, postqx, cruzar 2 P6, No hiper hidratar.
Dr. Oscar Martín RM1

j) Hoja de electrocardiograma, del 6 de noviembre de 2008, en la que se asentó:

... Ritmo sinusal con ocasionales complejos ventriculares prematuros no se puede excluir infarto inferior [30MS ONDA Q en II/AVF] probablemente antiguo con extensión posterior [prominente ONDA R en VI/V2] ECG NO NORMAL...

k) Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica del servicio de urología, del 6 de noviembre de 2008, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Diagnóstico preoperatorio: Tumor Vesical
Operación proyectada: RTUV
Electiva: (X)
Firma del jefe de servicio: Dr. Cueva

2. Oficio 108/09 del 20 de marzo de 2009, suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, dirigido al C. [quejoso], con el que, en atención a una solicitud de éste, le realizó un resumen médico sobre la atención del paciente [agraviado], del que se destaca lo siguiente:

...se hace constar que con Registro Hospitalario de Numero 427934 a nombre de [agraviado], fue tratado por el Servicio de Urología de este Nosocomio. Dicho expediente hace constar que se trata de un paciente masculino de 73 años de edad, el cual fue visto el día 04 de noviembre de 2008 por Hematuria Macroscópica ingresando hospitalización para el manejo y diagnóstico. Se observan resultados de ultrasonido donde reporta tumoración vesical más Hiperplasia severa de próstata,

mejorando sus condiciones el paciente se egresa. Reingresa el día 8 de febrero de 2009 para realización de Cistoscopia y probable reelección endoscópica de tumoración vesical. Se reinterna el día 22 de febrero de 2009, para realizarse prostatectomía suprapúbica, reportando gran adenoma prostático con lóbulo medio intravesical de aproximadamente 100cc por médico de base Dr. Armando Cueva, evoluciona con escaso gasto hematórico así como distensión abdominal para posterior presentar alteración en estado de alerta Taquipnea presentando paro respiratorio falleciendo el día 23 de febrero del 2009, a las 23:15 hrs., registrándose en el certificado de defunción a causa de Insuficiencia respiratoria aguda mas arritmia cardiaca letal.

3. Copia certificada de la cédula de la especialidad en materia de urología número 3626586, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, que acredita como profesionista experto en esa materia al médico Armando Cueva Martínez.

4. Oficio sin número, del 14 de abril de 2009, signado por el doctor José Arturo Rodríguez Rivera, encargado del servicio de urología del HGO, dirigido al doctor Enrique Rábago Solorio, director general de dicho nosocomio, mediante el cual le informó, entre otras cosas, que en el procedimiento quirúrgico del paciente [agraviado] la anestesia fue proporcionada por el doctor Rubén Mercado, jefe del departamento de anestesiología; que la responsabilidad de estar al pendiente del paciente recae en el médico cirujano que lo intervino, y que el médico al que le correspondía la guardia el 23 de febrero de 2009 era el doctor Sergio Rincón Gallardo, quien se encontraba en un curso de introducción a la especialidad, y precisa que el doctor Leopoldo Camarena González estaba como responsable de la guardia. En el referido oficio se agrega que ante cualquier eventualidad de los pacientes quirúrgicos, el residente de guardia debe pedir apoyo por escrito a los servicios con los que cuenta el hospital, y precisa que si el problema es en relación directa con la cirugía o de índole urológico, solicitar el apoyo del médico urólogo que operó al paciente.

5. Oficio sin número del 16 de abril de 2009, signado por la licenciada en enfermería María Dolores González Monteón, jefa del departamento de enfermería del HGO, dirigido al doctor Enrique Rábago Solorio, director general de ese nosocomio, en el que le informó que no se encontraron notas de enfermería en el expediente clínico del paciente [agraviado], y que se realizó la búsqueda en el control de enfermería del área de cirugía general y en el archivo clínico del hospital.

6. Constancia del 9 de junio de 2009 signada por el doctor David Luna Salazar, jefe de recursos humanos del HGO, en la que se asentó que el doctor Armando Cueva Martínez labora en dicho nosocomio como médico especialista C, con horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

7. Oficio sin número, del 29 de mayo de 2009, firmado por la licenciada en enfermería Ma. Dolores González Monteón, jefa del departamento de enfermería del HGO, enviado al director general de ese nosocomio, al que le acompañó la hoja de enfermería para el registro perioperatorio del paciente [agraviado]. En dicho oficio le comunicó además que esa hoja se encontraba extraviada, y agregó que ha sido una lucha con el personal médico y de enfermería en el convencimiento de la importancia de la integración de ese formato en el expediente clínico del paciente.

8. Hoja de enfermería para el registro perioperatorio, correspondiente al 23 de febrero de 2009, relativa a la atención brindada al paciente [agraviado], de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Nombre: [agraviado]
Registro: 427934
No. De cama 116,
Sexo: Masculino
Edad: 73 años
Servicio: Urología
Dx Preoperatorio: HBP
Dx Postoperatorio: Prostatectomía Suprapúbica
Cirugía: Electiva
No. De Sala: 7 Fecha 23-02-2009
Hora de ingreso a la unidad quirúrgica: 12:20 pm.

Pre-operatorio

Consentimiento informado sí, Horas de ayuno 12hrs., Exámenes de laboratorio sí, Estudios Radiológicos sí, Prótesis no, Permeabilidad de catéter sí, Vendaje de extremidades sí, Hipertensión no, Diabetes Melitus no, Cardiopatías no, Alergias no, Infecto-contagiosas no.

Constantes vitales

11:50 T/A 130/80 FC 85 FR 19 T° 36.5

12:05 T/A 128/90 FC 80 FR 22 T° 36.5

Medicamentos/soluciones

Sol Hartmann 1000 IV 11:50

Metoclopramida 1 amp IV 11:55

Ranitidina 1 amp IV 11:55

Evaluación

Se recibe paciente senil conciente

Se realiza vendaje de M.I, administra medicamentos IV, pasa a sala 7 oportunamente.

Ana Isabel Osorio Ocampo

Transoperatorio

Constantes vitales

12:30 T/A 155/90 FC 88 FR 19 SpO2 95%

13:20 T/A 100/60 FC 70 FR 22 SpO2 92%

14:00 T/A 100/80 FC 80 FR 22 SpO2 92%

14:30 T/A 130/70 FC 93 FR 22 SpO2 96%

Procedimientos

1.- Monotorización Cont., 2.- Oz., 3.- Aseo Qx., 4.- Extracción de Próstata., 5.- Sonda Foley 3 vías., 6.- Cistoclisis Continúa.

Control de líquidos

Sol Hartmann 500 IV -

Sol Hartmann 1000 IV 12:50

Furosemide 40mg. IV 13:30

Gelafundín 500mg. IV 13:35

Gelafundín 500mg. IV 13:50

Sol Hartmann 1000 IV 14:00

Butiliosina 10mg. IV 14:20

Ingresos totales 2,700ml

Orina 800ml.

Sangrado aprox. 400ml.

Egresos totales 1200ml.

Muestra patológica sí, Instrumentación Lx mayor., Gasa quirúrgica 10+10+10+5 final 35, Gasa 10x10 6+3 final 9, Otros pen-rose ½ 1 final 1.

Evaluación Ing. Pte. Masculino, conciente, tranq. Se pone DBP, se realiza PSP sin complicación, con sangrado mínimo, y recuento de gases completo, pasa a recuperación bajo efectos de anestesia, Ingreso a sala 12:30, Término de anestesia 14:30, Inicio de cirugía 12:00, término de cirugía 14:20, egreso de sala 14:45, Tipo de anestesia BPD Cirugía realizada PSP. Enfermera instrumentista Yolanda Canales Mayorga/ enfermera general. Enfermera circulante María Mixseli Covarrubias García/ enfermera Aux.

Post-operatorio

Constantes vitales

14:50 T/A 125/70 FC 92 FR 24 T° 36

15:15 T/A 122/72 FC 90x FR 20x T° 36.1

Control de líquidos

Sol Hartmann 700 IV 14:25

Sol fca. 1000 IV 16:00

Evaluación

Se recibe paciente post sx. Con efectos de anestesia, pasa al siguiente turno tranquilo

Recibo paciente post-QX de PSP conciente cooperador, con Cistocclisis continua, sonda de Foley y Veriscosis Permanente, toma de S.V. en parametrorosal.
Enfermera Ana Isabel Osorio Ocampo, especialista.

9. Constancia expedida el 29 de enero de 2010 por el doctor Raúl Villarroel Cruz, jefe de enseñanza, investigación, capacitación y ética del HGO, en la que asentó que el doctor Luis Leopoldo Camarena González tiene nombramiento de médico residente en la especialidad de urología en ese hospital, el cual concluye el 28 de febrero de 2012.

10. Testimonial rendida ante esta Comisión el 14 de mayo de 2010 por la [testigo 1], quien expuso lo siguiente:

... conozco algunos hechos porque yo estuve con mi papá [agraviado], desde que salió del quirófano aproximadamente a las 17:00 del 23 de febrero de 2009, de ahí me fui junto con él, ya que lo llevaba el camillero al piso primero y sin recordar el número de cama, pero desde ese momento mi papá me dijo “ay me duele mucho” yo le conteste que era porque le habían hecho una herida, al estar en piso se movía mucho y decía que le dolía, como a las 17:30 horas, me dijo que avisara y fui al control de enfermeras a hacerles saber dicho dolor, una enfermera me contestó: “su papá desde que llegó está muy nervioso”, pero no sé el nombre de la enfermera y en ese momento fue a verlo, le preguntó: “Don [agraviado] se siente mal, ahorita le voy a poner algo para el dolor” y al parecer le puso algo en el suero, pero a mi papá no se le quitaba el dolor. Volví a control de enfermería, como a la media hora y me repitió la enfermera que eran los nervios de mi papá, sí acudió a verlo, pero no de inmediato, yo estuve acudiendo al control de enfermeras cada rato, entre cada hora o media hora. Incluso me dijo la enfermera que ya estaba como mi papá de nerviosa, que no servía para estar ahí que le hablara a un pariente, pero le dije que había nadie que solo estaba yo [...] yo le preguntaba por el doctor Polo, ya que se suponía que él lo había operado y ella me contestó que no estaba. Le indique que del dren que le habían colocado no le fluía líquido, no obstante que le estaban aplicando unas bolsas que parecían de agua para limpiar, pero no drenaba nada y eso le preocupaba a mi papá [...] Aproximadamente a las 20:30 horas ví al doctor que llegó al área ubicada enfrente del control de enfermería y lo abordé, ya estaba muy desesperada porque mi papá tenía su estomago muy inflamado y le comenté esto al doctor, me dijo: “espéreme voy llegando, dejo mis cosas y ahorita voy”. En ese momento, llegó en compañía de varios doctores o enfermeras no sé, pero yo me salí a llorar...

11. Testimonial rendida ante esta Comisión el 14 de mayo de 2010 por la [testigo 2], quien manifestó lo siguiente:

... conozco algunos hechos porque yo estuve con mi papá [agraviado], a partir de las 20:30 horas del 23 de febrero de 2009, al llegar, mi hermana [testigo 1] se encontraba a un lado de la cama de mi papá y estaba llorando, me dijo que ella veía muy mal a mi papá y que iba a hablarle a los doctores y que estaba muy mal, nos salimos de ahí en la puerta de ingreso a la sala y me comentó que escuchó que una doctora o doctor le dijo que tenía los intestinos paralizados. Me quedé con mi papá, lo ví muy mal se quejaba

mucho, decía que se sentía mal y sudaba mucho, estaba todo frío, yo le preguntaba si tenía frío y decía que no. Lo encontré con suero, mascarilla de oxígeno, una bolsa al parecer de agua y una sonda, se movía mucho de la cama y acudí a decirle a una enfermera, me dijo que se sentía mal y ella contestó de forma burlona, como riéndose que mi papá estaba alterado de los nervios. No fue a verlo y a los quince minutos regresé a control de enfermería para hacerles saber que se sentía mal, no era la misma enfermera y comentó que lo iba a ir a ver. Nadie fue a verlo y entonces, mi papá se empezó a torser se sentó y le dije no te sientes y tenía movimientos desesperados, porque traté de acostarlo y me levantó la mano. Empecé a gritar ¡mi papá se está muriendo! y llegaron varios doctores aproximadamente 5 y sacaron a todos los enfermos del cuarto [...] ví que el doctor Polo le daba palmaditas en la cara y le decía ¡no se nos vaya! y le dijo a otro doctor que le trajera algo, pero no recuerdo como se llama, pero llevaron un aparato con rueditas y le pusieron algo en el corazón, le hicieron movimientos en el pecho o masaje y sólo escuché el ruido del aparato y le empezaron a quitar la sonda y el suero y salió para decirme: ya se murió tu papá. En el tiempo que yo estuve ahí, nadie acudió a verlo...

12. Oficio IJCF/CAA/273/2010, suscrito por el licenciado Raúl Fajardo Trujillo, director de la Coordinación de Asesores y Apoyo Jurídico del IJCF, mediante el cual informó a esta Comisión que en el servicio médico forense no se encontró registro de haber realizado la necropsia a [agraviado].

13. Oficio sin número, del 14 de octubre de 2010, signado por el doctor David Luna Salazar, jefe de recursos humanos del HGO, mediante el cual informó que el 23 de febrero de 2009, la enfermera Etna Aidee Espinosa Cruz laboró bajo contrato eventual, con horario de 13:00 a 21:00 horas, en el área de tococirugía.

14. Copia certificada de las tarjetas de control de entradas y salidas pertenecientes a la segunda quincena de febrero de 2009, correspondiente a las enfermeras Emilia Larios Núñez y Etna Aidee Espinosa Cruz, de las que se advierte que la primera de ellas laboró el 23 de febrero de 2009 dentro del horario de las 13:27 a las 20:32, y Etna Aidee Espinoza Cruz laboró de las 13:00 a 21:00 horas del mismo día.

15. Acta circunstanciada suscrita el 11 de febrero de 2011 por una visitadora adjunta de esta Comisión, respecto a la investigación realizada en el HGO, misma que a la letra dice:

... a fin de realizar una investigación respecto al control de pacientes que realiza el área de enfermería y el seguimiento que se otorga al paciente al salir del quirófano y me dirijo al área de enfermería en donde fui atendida por la licenciada Margarita de la Torre Galván Jefa de Enfermería, con quien me identifiqué, al respecto manifiesta que una vez que los pacientes salen del quirófano, son valorados por el anestesiólogo en conjunto con una enfermera, para determinar si es prudente que el paciente sea trasladado a piso, una vez que el anestesiólogo considera que el paciente puede ingresar a piso, el paciente es acompañado por una enfermera a su cama, o cuando

no es posible que una enfermera acompañe al paciente a piso lo hace un camillero, el cual lleva las indicaciones del traslado del paciente, le hago saber a la licenciada los hechos que dieron origen a la queja 3415/2009/IV, a lo cual me refiere que la encargada de enfermeras del turno vespertino tiene el conocimiento del caso, a lo que le manda llamar y dicha enfermera se apersona con el nombre de María Aurelia Vallejo, quien dice ser la responsable del área de enfermería del turno vespertino, quien ya tenía conocimiento de la queja antes referida, y manifiesta que la enfermera Emilia Larios Nuñez, le correspondió la atención del paciente [agraviado], el día 23 de febrero de 2009 en el turno vespertino, a lo que refiere que ella lo recuerda por que ella es quien designa los pacientes a las enfermeras y afirma que la enfermera Emilia Larios sí asistió a laborar al Hospital, sustentando su dicho con un kardex de control de asistencias que ella misma maneja y elabora, y de la cual me proporciona copia simple. La licenciada Margarita de la Torre me comenta que se están tomando las medidas necesarias para la prevención de la pérdida de hojas de control de enfermería, debido al valor que tienen dichas hojas respecto a la responsabilidad que tienen las enfermeras y los doctores, en el expediente clínico. Si alguna enfermera perdía alguna hoja de algún expediente clínico, la primera vez se realizaba una llamada de atención verbal, la segunda ocasión una llamada de atención por escrito la cual se anexaba a su expediente y la tercera se le prohíbe la capacitación durante seis meses, haciendo referencia de que esta medida es perjudicial para las enfermeras. Por último pasamos a la dirección general en donde fui atendida por el doctor Enrique Rábago Solorio, Director del Hospital General de Occidente, quien me hizo mención del manejo del expediente clínico y que enviará a contraloría un oficio para que investigue la pérdida de la hoja de control extraviada en el expediente clínico de [agraviado]...

16. Oficio IJCF/CAA/00502/2011/12CE/ML/13, del 7 de febrero de 2011, signado por Ricardo Tejeda Cueto y Salvador Díaz Sánchez, peritos médicos oficiales del IJCF, mediante el cual emitieron dictamen de responsabilidad médica sobre la atención proporcionada al paciente [agraviado] en el HGO, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

[...]

ANALISIS DEL CASO:

Ahora bien, para dar debido cumplimiento a su actual petición y una vez que sometimos a un riguroso análisis el expediente clínico médico de atención brindada al paciente, es de hacer notar que ante el diagnóstico presuntivo de la causa de muerte que se anota en el certificado de defunción consistente en Insuficiencia respiratoria aguda y arritmia cardiaca letal y del que no se documenta en el expediente en estudio que haya sido confirmado por una autopsia, se evidencia en las primeras evaluaciones prequirúrgicas un padecimiento cardiaco que no fue precisado con el rigor que amerita la evaluación preoperatorio para tomar las providencias adecuadas.

Como dato primordial para estipular si el manejo de este paciente fue inadecuado, existe un Ecosonograma fechado 06 11 08 que tiene la inscripción: "**Ritmo sinusal con ocasionales complejos ventriculares prematuros, no se puede excluir infarto anterior probablemente antiguo. ECG NO NORMAL**". De igual forma,

encontramos dentro de la Hoja de Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica fechada 06/11/08, un diagnóstico preoperatorio de tumor vesical; operación proyectada RTUV. Anestesiólogo: Dr. Rodríguez R.A. y un señalamiento que dice: **“se condiciona a valoración cardiológica”**, como una anotación manuscrita sobreañadida.

En el análisis exhaustivo a que sometimos el expediente médico, no existe una valoración cardiológica en el resto de notas médicas ulteriores.

Posteriormente y debido a problemas técnicos, el paciente no pudo ser biopsiado y es revisado nuevamente el 08 02 09, en el servicio de Urología, valorándole el dr. Camarena R2, quien diagnostica HBP G III, + tumor Vesical. El Plan a seguir fue: RTUV. Se valora por Anestesiología a cargo del Dr. Gómez Lugo Mb y Dr. Parada R1 el 09/feb/09 13:30 hrs. quienes anotan en el expediente: “Nos presentan paciente masculino de 73 a de edad, dx HBP IV, solicitando evento anestésico para realizar cistoscopia. El paciente no cuenta con antecedentes patológicos de importancia”.

Con fecha 23/feb/08 a las 13:30 hrs. el paciente fue sometido a la operación proyectada y valorado de nueva cuenta por el servicio de Anestesiología por los médicos Mercado Mb, Dra. Iñiguez R2, y Dra. Lias R1, con el diagnóstico de HBP programado para RSP.

Siete horas después de iniciada la intervención quirúrgica, el paciente entra en estado crítico que hace necesaria la intervención del médico de guardia del servicio de urología, el Dr. Luis Leopoldo Camarena Gonzalez quien inicia manejo para el caso e informa a guardia de cirugía sobre ventualidad. Sin embargo, el paciente fallece hacia las 22:50 hrs., de ese día, anotando los diagnósticos de Insuficiencia Respiratoria Aguda y Arritmia cardíaca letal.

En la declaración presentada ante esta Visitaduría, por el dr. Armando Cueva Martínez, este señala de relevancia los siguientes datos: 1.- el paciente presentaba un diagnóstico probable de hipertrofia benigna de próstata, 2.- previo análisis de los estudios del paciente y valorización del área de anestesiología, se asignó turno quirúrgico, 3.- realizo la cirugía eunuclacion suprapública de adenoma prostático, 4.- patología reporta estudio de la pieza quirúrgica como “neoplasia intraepitelial prostática de bajo grado” 5.- nunca me fue informado por parte de algún profesionista de guardia o enfermera una complicación posterior a mi atención quirúrgica del paciente en la tarde o noche del día 23 de febrero del 2009.

Tal y como lo marca la norma oficial para la práctica de anestesiología, NOM-170-SSA1-1998, es necesario considerar al cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas pre, trans y post-anestésica y documentarlo para reflejar estos componentes. Evaluación preanestésica, es el protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo a su análisis. Cuidados transanestésicos, a la serie de conductas aplicadas a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente anestesiado. Cuidados postanestésicos, a la serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia. Debe practicar estudios indispensables para la administración de la anestesia, que en los pacientes que lo requieran deberá incluir valoración cardiopulmonar, especificándose el riesgo en grados y acompañándose de un electrocardiograma, cuyo registro deberá ser practicado previo al procedimiento.

Se advierte en las notas del primer ingreso una petición de valoración cardiológica por parte del médico anesthesiologo, advirtiéndose también la existencia de un electrocardiograma anómalo, que por sí solo sugería la intervención del servicio de Cardiología para evaluar el riesgo quirúrgico. En el segundo ingreso del paciente, debió evaluarse el riesgo quirúrgico, basados en los antecedentes cardiológicos señalados. Es de relevancia crítica para el caso, que ninguno de los servicios que intervinieron en la atención de este paciente valoran el riesgo quirúrgico, ni solicitan la multimencionada valoración cardiológica y se ignora la advertencia de la primera nota de anestesiología requiriéndolo; en cambio, encontramos notas que asientan que el paciente no cuenta con antecedentes patológicos de importancia, dato éste que no fue corroborado en forma adecuada ni por el equipo de cirujanos, ni por el de anestesiología.

Ante estos sucesos, es necesario acotar que, según el Dr. José Arturo Rodríguez Rivera, encargado del Servicio de Urología del Hospital General de Occidente, la responsabilidad de estar al pendiente del paciente recae en el médico cirujano que interviene y que la anestesia la proporcionó el Dr. Rubén Mercado, jefe del dpto. de anestesiología.

Por lo tanto, correlacionando todos estos antecedentes, debemos deducir que tanto el responsable del paciente, el Dr. Armando Cueva Martínez, MBU, como el anesthesiologo, Dr. Rubén Mercado, omitieron prestar la debida atención al paciente, actuando con imprudencia cuando ninguno de los dos solicitaron la valoración cardiológica prequirúrgica que establece la norma y sugerida por el Anesthesiologo Dr. Rodríguez R. A., en su nota fechada 06/11/08 que establece “se condiciona a valoración cardiológica”, tanto como el Ecosonograma NO NORMAL fechado 06 11 08 que anota: “Ritmo sinusal con ocasionales complejos ventriculares prematuros, no se puede excluir infarto anterior probablemente antiguo”. Situación omisa de ambos médicos que sí influyó en el desenlace fatal del hoy occiso, quien careció en todo momento desde la valoración prequirúrgica y preanestésica, hasta la etapa posquirúrgica de una valoración y atención cardiológica adecuada.

CONCLUSIONES:

Respecto del planteamiento del problema: “dictamen respecto de la atención médica proporcionada al Sr. GABRIEL RAMIREZ CHAVEZ por el personal del Hospital General de Occidente”.

1.- Que SI existen situaciones de NEGLIGENCIA E IMPRUDENCIA de parte de los médicos Armando Cueva Martínez, MBU, y del anesthesiologo, Rubén Mercado, quienes omitieron prestar la debida atención al paciente, cuando ninguno de los dos solicitaron la valoración cardiológica prequirúrgica que establece la norma.

2.- Que esta situación omisa de ambos médicos sí influyó en el desenlace fatal del hoy occiso, quien careció en todo momento, desde la valoración prequirúrgica y preanestésica, hasta la etapa postquirúrgica de una valoración y atención cardiológica adecuada.

El siguiente dictamen lo emitimos en base a los datos proporcionados de actuaciones y expedientes clínicos y a nuestra experiencia profesional, tanto en la práctica de la Medicina Privada, como Peritos Oficiales, y revisión de bibliografía acorde al caso...

17. Copia certificada del memorándum del 15 de julio de 2005, signado por los doctores Enrique Rábago Solorio y Fidel A. Cortina Luna, quienes entonces se desempeñaban como subdirector médico y coordinador de consulta externa, respectivamente, ambos del HGO, dirigido a todo el personal médico de consulta externa, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

Por medio del presente le solicitamos su estricto apego al flujograma de la evaluación preoperatoria, así como a la NOM168SSA2, del expediente clínico y específicamente a lo relacionado a la elaboración de notas preoperatorias, que debe de estar incluida en el expediente clínico previo a la valoración preoperatorio, preanestésica o cardiológico.

Todo esto debido a las inconsistencias detectadas en la auditoría diaria al expediente clínico.

De no ser así será en detrimento de la funcionalidad de su servicio, expediente clínico, seguridad del paciente y del médico...

18. Copia certificada de la programación de quirófanos del Hospital General de Occidente, correspondiente al 23 de febrero de 2009, en la que se advierte que al paciente [agraviado], con registro 427934 del servicio de urología, se le asignó la sala 7, el cirujano de apellido Cueva y el anesthesiólogo de apellido Mercado.

19. Escrito presentado ante esta Comisión el 26 de abril de 2011, signado por los doctores Samuel Hernández Pérez y Roberto Herrera Rodríguez, el primero especialista en cirugía plástica y jefe del servicio de dicha área en el Instituto de Seguridad de los Trabajadores del Estado, en Zapopan, y el segundo anesthesiólogo, jefe del área de anesthesiología del Centro Médico de Occidente en Guadalajara, ofrecidos como peritos por el doctor Armando Cueva Martínez, mediante el cual rindieron el dictamen sobre responsabilidad médica en los siguientes términos:

[...]

6.- CON LO MANIFESTADO POR EL JEFE DEL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, DR. RUBEN MERCADO documento que reza así:

“...¿Cómo fue el trámite de EVALUACIÓN PREANESTESICA Y LA AUTORIZACIÓN DE TURNO QUIRÚRGICO, previo al ingreso a la sala de quirófano del HOSPITAL General de Occidente del paciente [agraviado], el día 23 de Febrero del 2009?

El paciente [AGRAVIADO] de acuerdo a la normatividad interna del Hospital General de Occidente y de acuerdo al expediente clínico del paciente, se advierte que se trata de un paciente con una cirugía electiva, por ende el médico tratante del área de urología realizó y ordenó una evaluación preoperatoria por el área de anestesiología quien solicita, valorización cardiaca por el área de medicina interna como se describe en el flujograma para la evaluación preoperatoria del paciente necesario para la asignación de turno quirúrgico, valoración que debe realizarse sin excepción en pacientes de 60 años o más pues si ella un paciente no puede ingresar a quirófano.?

¿Qué informe SI o NO, al paciente [agraviado], se le ingresó al quirófano el día 23 de Febrero del 2009, sin haberse elaborado de la los exámenes descritos en el Flujograma y que explique la razón de su dicho?

NO, se le ingreso al quirófano sin haberse elaborado los exámenes descritos en el flujograma y lo prueba los exámenes de día cuatro de noviembre del 2008, realizados y anexos al expediente del paciente, nota de valoración prequirúrgica por medicina interna el día 07 de noviembre del 2008 donde se asigna Goldman II, riesgo cardiaco intermedio, ASA II que no contraindica la cirugía...

7.- LAS COPIAS CERTIFICADAS POR PARTE DEL DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO DE OPD. SERVICIOS DE SALUD JALISCO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- EL OFICIO DE FECHA 15 de JULIO DEL 2005, SUSCRITO POR EL ENTONCES SUBDIRECTOR MÉDICO Y DIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE DEPENDIENTE DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO y sus respectivos anexos.
- Los FORMATOS DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA Y NOTA EVALUACION PREOPERATORIO DE MEDICINA INTERNA, realizada al paciente [AGRAVIADO] antes del turno quirúrgico de fecha 23 de Febrero del 2009.
- HOJA DE PROGRAMACION DE TURNO QUIRÚRGICO DE FECHA 23 de febrero del 2009, recibida en la Dirección del Hospital el día 20 de febrero del 2009.

ANÁLISIS MÉDICO:

La actuación médica del DR. ARMANDO CUEVAS MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO MACÍAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, fue adecuada pues está documentado plenamente que la atención médico quirúrgica y anestésilógica, fue y por ende la actividad médica desarrollada NO FUERON LA CAUSA DE LA MUERTE DEL PACIENTE, como el mismo quejoso lo refiere.

Ahora bien, los que hoy peritan, NO CUENTAN CON EL ELEMENTO TÉCNICO PERICIAL INDISPENSABLE PARA PODER DETERMINAR CUALES FUERON LAS CAUSAS DE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE [AGRAVIADO] PADRE DEL QUEJOSO, LLAMADO AUTOPSIA, por esto, no existe posibilidad de vincular la actividad médica desarrollada por el Médico ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO MACIAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA AL PACIENTE [AGRAVIADO], EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, con las probables causa de muerte descritas en un certificado de defunción; Pues la ausencia de la AUTOPSIA, hace imposible conocer cual fue la lesión mortal o daño a la integridad corporal que por acción u omisión, se le causó al paciente y que finalmente tuvo como consecuencia su muerte.

Para los que aquí peritan y de acuerdo nuestra experiencia, la extinción de funciones del SR. [AGRAVIADO], fue un acto inminente posterior y ocurrido casi nueve horas después de que el DR. ARMANDO CUEVA Y RUBEN SERGIO MERCADO GARCIA, hubiesen intervenido con su acto médico, pidiéndole que se remita para ello a la hoja de anestesia contenida a FOJA 31 de las copias que nos entregaron en donde se advierte que la cirugía génesis de esta pericia se inicio el día 23 FEBRERO DEL 2009 a las 12:50 y durante el transoperatorio, el paciente permaneció estable durante procedimiento, hasta concluir la misma las 14:30 hrs. Una vez concluida dicha cirugía el paciente fue entregado para vigilancia y control al área de anestesiología, misma que al hacer su valoración anestésica lo califica con un nueve y pasa a recuperación con sus correspondientes indicaciones médicas. (FOJA 34). Posteriormente en evento subsecuente se aprecian complicaciones documentadas en las notas médicas de las hrs:

- 20:25 hs. A razón: dolor abdominal generalizado, bien hidratado, buena coloración de tegumentos, con ruidos cardiacos rítmicos, con tendencia a la taquicardia, campos pulmonares bien ventilados, taquipneico, abdomen distendido, penrose con escaso gasto serohemático, doloroso a la palpación, ruidos peristálticos muy disminuidos, hipertimpánico, escaso gasto hematórico por sonda uretral, se informa a la guardia de cirugía sobre eventualidad.
- 22:15 hs. donde se manifiesto mejoría sintomática, menos taquicardia, menos distensión abdominal, una gasometría dentro de parámetros normales.
- Por último existe otra nota de las 23:50 hs. Donde se expresa que acude médico por llamado del personal de enfermería encontrando al paciente taquipneico, alteraciones en el estado de alerta, pupilas midriáticas y arreflexicas, ruidos cardiacos arrítmicos, con frecuencia cardiaca de 102 por minuto, se apoya ventilación pulmonar con ambú, presentando bradiarritmia, estableciéndose el diagnóstico de paro cardiorrespiratorio, que no responde a maniobras de reanimación de 20 minutos de duración declarándose la muerte a las 23:50 hs.

Nótese el paciente presentó cuadros clínico inespecíficos súbitos, que nos hacen pensar que son de un carácter diverso a la practica de la cirugía motivo de esta

peritación pero como ya se dejó claro, se desconocen por no tener el documento técnico pericial llamado AUTOPSIA, que esclarezca ello, por esto y al no existir la certeza de cuál fue el daño causador de la pérdida de la existencia del pasivo, no se puede relacionar con un evento causal, por ende para los que aquí peritan y cualquier otro médico peritante, es imposible para cualquier, vincular una relación de causalidad entre práctica de la cirugía y la muerte del paciente, esto como lo define la literatura al respecto:

AUTOPSIA, FINALIDAD DE LA. Cuando la ley consigna que el cuerpo del delito de homicidio se comprobará con una serie de diligencias entre las que señala la autopsia, la finalidad de la ley es establecer en forma fehaciente la relación de causalidad entre las lesiones y la muerte.

Amparo directo 4855/61. Adolfo Vásquez Rovelo. 21 de junio de 1962. Unanimidad de cuatro votos.

Ponente: Juan José González Bustamante.

<http://www.juridicas.unam.mx>

Para concluir esta premisa, es sumamente importante describirle a esta autoridad que el paciente pertenecía al grupo de personas de Adultos Mayores, cuyas complicaciones súbitas, preoperatorias o transoperatorias, o postoperatorias más frecuentes son las cardíacas (Infarto Agudo al Miocardio) representando el 12.4% de todas las posibles, aún con valoraciones cardiovasculares exhaustivas (prueba de esfuerzo, ecocardiograma o cateterismo cardíaco), también se agregan las complicaciones respiratorias en la población de adultos mayores que representan solo el 1.6% de todas las posibles, aún con valoraciones respiratorias exhaustivas (espirometría), agregando a ello también en el adulto mayor se tiene la incidencia de formación de NEOPLASIAS INTRAEPITELIAL, PROSTÁTICA, padecimiento que al impedirle la función del aparato urinario (Hematuria en orina), hace difícil y dolorosa su vida, y la práctica de cirugía génesis de este estudio, estaba justificada y era necesaria, para que el especialista identificara el alcance de la diseminación, la apariencia de los tejidos examinados al microscopio y la respuesta del cáncer a un posible tratamiento inicial.

Así las cosas se advierte del conjunto de razonamientos médico científicos y la experiencia en la materia para arribar a las conclusiones dentro de este análisis y la discusión médica, se identificó lo siguiente:

PRIMERO.- Se identificó a los prestadores de servicio que intervinieron en el acto médico en estudio.

SEGUNDO.- En este caso en estudio y se valoró y se llega a la conclusión que los Médicos ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO MACÍAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE [AGRAVIADO], EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, SI actuaron correctamente dentro de los principios técnicos aplicables al caso (lex artis) y si dispusieron de acuerdo a su participación en los

hechos de los instrumentos, materiales y recursos necesarios atendiendo las circunstancias del caso, lugar donde se prestó el servicio, y si dedicó tiempo necesario para desempeñar correctamente al mismo la atención de [AGRAVIADO].

TERCERO.- Con base a lo anterior, se arribo a la conclusión de la NO existencia de conductas u omisiones, llamadas negligencia, impericia, dolo, lesiones, violaciones a los derechos humanos, incumplimiento de responsabilidades administrativas en el desarrollo de la actividad profesional médica de los Médicos ARMANDO CUEVA MARTINEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO MACIAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009.

Por lo tanto, los suscritos arribamos a la Conclusión de que:

De que NO existió IMPERICIA , en virtud de que los Médicos ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO MACIAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, pues los mismo que cuentan con el registro médico correspondiente y consultable en el REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONISTAS, PORTAL DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, Link.- www.sep.gob.mx, por ende están capacitados para la atención de este tipo de pacientes, además adjunto a esta queja se encuentra la prueba DOCUMENTAL PRIVADA: Consistente en una constancia de post grado realizado en el País de Alemania en ENDOUROLOGÍA (PROCEDIMIENTOS MINIINVASIVOS EN UROLOGÍA) documental, con la que acredita que el cirujano los Médicos ARMANDO CUEVA MARTINEZ, que esta capacitado en la materia, y puede realizar con pleno conocimiento cirugías de ese tipo.

No hubo NEGLIGENCIA, es la falta de deber de cuidado, entendiendo este concepto como la ausencia de moderación o reflexión en las acciones u omisiones que se requieren para realizar un diagnóstico y tratamiento en la rama de cirugía y ordenar su tratamiento, pues el profesionistas los Médicos ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO GARCÍA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, pusieron a disposición del pasivo, todos insumos, tiempo y equipo médico técnico, laboratorial pertenecientes al Hospital General de Occidente, para realizar una cirugía reparadora denominada Eucleación suprapúbica del adenoma prostático”.

Tampoco hubo INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS, pues el profesionista de los Médico ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO MACIAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE

PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, pues cumplieron cabalmente con la normatividad intrahospitalaria del Hospital General de Occidente, misma que consta en el cuerpo de esta queja:

A) Manual de Organización Específico Hospital General de Occidente, Subdirección Médica, consultable en Servicios de Salud Jalisco, Código DOM-M74-1, Fecha de emisión OCTUBRE DE 2005, No./ Fecha de revisión 001/NOVIEMBRE/2005

B) REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

Capítulo I

Disposiciones generales:

Artículo 7. Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

DEMANDANTE.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;

USUARIO.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

[...]

Artículo 8. Las actividades de atención médica son:

PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

DE REHABILITACION: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 10. Serán considerados establecimientos para la atención médica:

Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

[...]

Artículo 16. La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría.

Capítulo IV

Artículo 69. Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

[...]

- C) NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRACTICA DE ANESTESIOLOGÍA
- D) EL OFICIO DE FECHA 15 de JULIO DE 2005, SUSCRITO POR EL ENTONCES SUBDIRECTOR MÉDICO Y DIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE DEPENDIENTE DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO
- E) Los FORMATOS DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA Y NOTA DE EVALUACIÓN PREOPERATORIO DE MEDICINA INTERNA, realizada al paciente [AGRAVIADO] antes del turno quirúrgico de fecha 23 de febrero de 2009.

Por lo que, haciendo un enlace lógico, médico, entre el material de estudio analizado, los comentarios médico bibliográficos enunciados, la comprobación y análisis médicos legal de la presente queja, puedo establecer que la intervención médico quirúrgica los Médicos ARMANDO CUEVA MARTINEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO GARCÍA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009. Fue electiva, necesaria y su practica fue adecuada para resolver una patología, como lo marca la normatividad intrahospitalaria del Hospital General de Occidente y la información bibliográfica, por ello NO existieron situaciones de impericia, negligencia,

reglamentos y/o inobservancia de los deberes a su cargo.

CONCLUYENDO LOS HOY ESPECIALISTAS EN LA MATERIA DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA DE QUE LAS ACCIONES MÉDICAS DESARROLLADAS POR LOS MÉDICOS ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO MACÍAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, SÍ FUERON CORRECTAS.

BIBLIOGRAFÍA:

FUNDAMENTAMOS Y JUSTIFICAMOS LA ADECUADA ACTIVIDAD MÉDICA Y QUIRÚRGICA CON LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA MÁS RELEVANTE QUE HEMOS ENCONTRADO, LA CUAL TRANSCRIBIMOS TEXTUALMENTE:

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO
- EL REGLAMENTO A LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 206-SSA1-1993 RELATIVA A LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- Responsabilidad y el Ejercicio de la Medicina, JOSÉ ROBERTO MANZANO GARCÍA, Editorial Porrúa.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA.

Con base al contenido de la presente experticia, damos contestación a las interrogantes que hoy son motivo de este dictamen y se formulan a manera de:

CONCLUSIONES

1.- QUE DIGAN LOS PERITOS LA DIFERENCIA DE MÉDICO TRATANTE, MÉDICO CIRUJANO Y MÉDICO ANESTESIOLOGO, Y QUE EXPLIQUE DE ACUERDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO, LA FUNCIÓN QUE DESARROLLARON EN ATENCIÓN AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ DE FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2009?

MÉDICO TRATANTE: Es el médico personal o de cabecera del paciente que asume toda la responsabilidad sobre las decisiones médicas y tratamiento del paciente quirúrgico, según sea el caso, ya que desde el principio acepta la responsabilidad con base a su competencia, interés humanitario y responsabilidad legal para que la atención médica o quirúrgica no dañe al paciente por lo que debe tener el conocimiento, las habilidades y juicio indispensable para llevar con éxito la atención integral del paciente a su cargo, de igual manera en base a que se vuelva compleja la atención del paciente, tiene la autoridad plena de solicitar la intervención de médicos

especialistas en otras ramas de la medicina con respecto al estado actual del caso quienes apoyan al mismo.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO: Médico especializado en la práctica de la Anestesia, que se ocupa de los procedimientos de monitorización, control y mantenimiento de la homeostasis general del organismo, y se ocupa de la atención integral de los pacientes que requieran tratamiento quirúrgico, de diagnóstico y tratamiento en padecimientos sistemáticos y en el control del dolor a través de la administración de fármacos especializados y técnicas invasivas, poco invasivas y no invasivas.

MÉDICO CIRUJANO: Todo médico que sea capaz de prevenir, diagnosticar y curar enfermedades a la práctica por medio de la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

Del expediente médico y las copias certificadas que se entregaron que se desprende que el Doctor Armando Cueva Martínez, fungió con médico cirujano, interconsultante realizando la cirugía denominada Eucleación suprapúbica del adenoma prostático y en la misma cirugía el Doctor Sergio Rubén Mercado García, fungió como médico anesthesiologo.

2.- QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA, EL PROTOCOLO PREANESTÉSICO Y PREOPERATORIO A SEGUIR PARA LA AUTORIZAR LA PRACTICA DE UNA CIRUGIA PROGRAMADA?

De acuerdo a la experiencia y como se puede observar en las fojas 116 y 119 del cuerpo del expediente de queja entregado y la Normatividad Interna del Hospital General de Occidente, descrita en el cuerpo de este documento se trató de UN PACIENTE PROGRAMADO PARA LA PRÁCTICA DE UNA CIRUGÍA ELECTIVA, por ende su médico tratante del área de urología, debió realizar y ordenar las interconsultas para la práctica de la EVALUACIÓN PREANESTÉSICA Y EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA POR PARTE DEL ÁREA DE MÉDICINA INTERNA, mismas que se agregan al expediente clínico. Así mismos por tratarse de un paciente mayor de 60 años, como es este caso a peritar, se debieron practicar análisis clínicos, preanestesiaos y preoperatorios en donde se observan los niveles de Glucosa, Creatinina, RX Tórax, ECG, esto como se describe en el flujograma para la evaluación del paciente preoperatorio necesario para la asignación de turno quirúrgico, actos que son formales obligadamente se hacen constar en el expediente clínico bajo notas clínicas o el FORMATO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA Y NOTA EVALUACIÓN PREOPERATORIO DE MEDICINA INTERNA, documentos que sin duda se deben debieron llenar sin excepción pues sin ellos el paciente no pudo ingresar a quirófano.

3.- QUE DIGAN LOS PERITOS DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA, SI EN EL CASO DEL PACIENTE [AGRAVIADO], SE REALIZÓ EL PROTOCOLO PREANESTÉSICO Y PREOPERATORIO PREVIOS PARA AUTORIZAR LA PRÁCTICA DE SU CIRUGIA PROGRAMADA?

SÍ, por tratarse de una cirugía electiva el médico tratante del área de urología debió realizar y ordenaron las interconsultas pertinentes y se ordeno practicar análisis

clínicos preanestésicos y preoperatorios en donde se observan los niveles de Glucosa, Creatinina, RX Tórax, ECG. En este punto es importante aclarar que desde el 7 de Noviembre del 2008, el área de medicina Interna interconsultada manifestó: que el paciente está en condiciones de ser sometido a cirugía con riesgo cardiaco intermedio, según la clasificación de Goldman; con un estado físico II de la ASA (Sociedad Americana de Anestesiólogos), lo cual es un antecedente demostrativo de que la cirugía electiva, motivo de esta peritación, no estaba contraindicada y era necesaria para resolver la patología del paciente.

4.- Que digan los peritos, si el paciente [agraviado], durante el transoperatorio de fecha 23 de Febrero del 2009, sufrió de alteraciones de la frecuencia Cardiaca o Signos Vitales?

El paciente no sufrió cambios importantes de sus signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura). Se documentan en el expediente clínico cambios en la frecuencia cardiaca que no van más allá de los esperados en un procedimiento quirúrgico como al que el paciente fue sometido (prostatectomía suprapúbica), bajo anestesia regional bloqueo subaracnoideo). Se presentó un episodio de disminución de la tensión arterial (70/55 mmHg) que se resuelve de manera fácil e inmediata con la administración de Efedrina (5mg intravenosos), condición que puede ser habitual en este tipo de procedimientos anestésicos-quirúrgicos. No se presentaron otros cambios importantes en los signos vitales, documentados en el expediente clínico.

5.- Que digan los peritos, el resultado de la valoración de la recuperación anestésica del paciente [agraviado], de fecha 23 de febrero del 2009?

Según lo descrito en el expediente clínico (hoja de registro anestésico y hoja de reporte de enfermería) el paciente egresa a las 14:30hs. En una nota de enfermería en la sala de recuperación postanestésica a las 15:15 hs el paciente se encuentra tranquilo, consiente, cooperador con signos vitales normales y estables.

6.- Que digan los peritos de acuerdo a su experiencia, si en el caso del paciente [agraviado], los cuadros clínicos compatibles con Insuficiencia Respiratoria Aguda y Arritmia Cardiaca Letal?

Los cuadros clínicos compatibles con Insuficiencia Respiratoria Aguda:

1. Tromboembolia Pulmonar (TEP): según el tipo de cirugía a la que fue sometido el paciente tiene un riesgo moderado de TEP, entre el 10 y 40% y algunos de los signos y síntomas que presentó el paciente pueden ser compatibles con ella: disnea, dolor torácico de tipo pleurítico, aprehensión y ansiedad.

2. Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS): no hay datos en el expediente clínico compatibles con la existencia previa del SAOS.

Los cuadros clínicos compatibles con Arritmia Cardiaca Letal:

Entendiéndose como Arritmia Cardiaca Letal a la Taquicardia Ventricular o Fibrilación Ventricular: En la mayoría de los pacientes se presenta por Infarto Agudo al Miocardio (entre el 75-80%) y la causa subyacente es la enfermedad

arterial coronaria. Cerca de un 20 % son por miocardiopatía hipertrófica y miocardiopatía dilatada y en un 5 % no se detecta patología. Otras causas pueden ser los Trastornos Electrolíticos Severos. Hay estudios que demuestran que las complicaciones postoperatorias en pacientes ancianos la causa CARDIACA representa el 12.4%

7.- De existir alguna o todas las circunstancias de impericia, negligencia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos y/o inobservancia de los deberes a su cargo en la conducta profesional del Dr. Armando Cueva Martínez y el Dr. Rubén Sergio Mercado en la atención Prequirúrgica o Postquirúrgica del paciente [agraviado] que detallen en que consistieron?

Después de analizar los datos existentes en el expediente clínico, no existe impericia, negligencia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos y/o inobservancia de los deberes a su cargo en la conducta profesional del Dr. Armando Cueva Martínez y del Dr. Rubén Sergio Mercado y su equipo de trabajo en la atención Prequirúrgica o Postquirúrgica del paciente [agraviado] esto porque el paciente fue sometido al acto anestésico quirúrgico apegados a un protocolo de evaluación preoperatorio avalado por el Hospital General de Occidente, por lo que se tuvo por completo el protocolo preoperatorio, aunado existe en el expediente el resultado de los exámenes paraclínicos, mismos que para su previa revisión y asignación de turno quirúrgico, por el área de anestesiología y cirugía, se encontraban dentro de los parámetros que establece la Norma de anestesiología a razón de no más de 90 días, aunado a ello se encuentra la ausencia de signos y síntomas de descompensación de una enfermedad existente (que en su momento solo se documenta insuficiencia renal crónico leve) o que indiquen la presencia de una enfermedad nueva, por ende las pruebas paraclínicas eran idóneas, en relación en resultado de la prueba de electrocardiografía de fecha 06/11/2008, nos refiere la presencia agregada a foja 17 del expediente, de dicho documento: No se desprende evidencia de una patología cardiaca en el paciente, pues de acuerdo a nuestra practica el “aparato” trabaja en base a un software con un alto índice de error en sus diagnósticos, es decir: Lo interpretado debe ser tomado como un 50% de sensibilidad y especificidad (lo que significa el 50% de los pacientes NO tienen isquemia, lesión o infarto y puede dar un falso positivo y además que el 50 % de los pacientes SI pueden tener isquemia lesión o infarto y NO observarse datos en el electrocardiograma de superficie y dar un falso negativo).

Por ende la interpretación a seguir es la que realizan, el médico internista y el médico anesthesiologo, pero se debe dejar claro que en este caso en particular, si de esa interpretación se desprendiera el dato de un infarto antiguo, dicha eventualidad NO era un motivo para NO practicar de la cirugía motivo de esta peritación, pues el acto médico era necesario para redimir la patología y darle así la oportunidad a una mejor calidad de vida.

8.- Que explique la razón de su dicho agregando los puntos y operaciones de pensamiento y discernimiento cognoscitivo, que le permitan emitir su análisis médico –legal, y conclusiones ?

El perito por ser el auxiliar de la autoridad requirente misma que es la que ha de analizar este estudio en conjunción a todos y cada uno de los elementos probatorios y desahogados en la queja en trámite, para emitir su definitiva, pero para ello es obligación ilustrar adecuadamente basándose los profesionales peritantes en la experiencia profesional que tenemos y el estudio de este documento, de donde pudimos advertir claramente y como punto de partida que:

EL PACIENTE NO MURIO A CONSECUENCIA DE UNA ACCIÓN U OMISIÓN DE REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PARA RETIRAR UNA hipertrofia de próstata, O POR OMISIÓN DE LA ANESTESIA IMPUESTA CON MOTIVO DE ESA CIRUGÍA, pues esta documentado plenamente que esas acciones médicas, fueron aplicadas adecuadamente y por ende, debe establecerse que esas actividades médicas NO FUERON LA CAUSA DE LA MUERTE DEL PACIENTE, como se hubiera podido constatar con el resultado de la AUTOPSIA, si se hubiese realizado al pasivo.

Esto es el elemento de prueba es INDISPENSABLE, para poder vincular la actividad médica desarrollada por el Médico ARMANDO CUEVA MARTINEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO GARCÍA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE [AGRAVIADO], EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, con la probable causa de muerte descrita en un certificado de defunción, por ello la ausencia de la AUTOPSIA, hace que estos peritos desconozcan cual fue la lesión mortal o daño a la integridad corporal causada al paciente por acción u omisión en la practica derivada de la cirugia practicada el día 23 de Febrero del 2009, en las instalaciones del Hospital General de Occidente, ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO GARCIA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRURGICO que finalmente lo llevara a la muerte.

Ahora bien, de acuerdo la nuestra experiencia, la extinción de fusiones del SR. [AGRAVIADO], fueron un acto inminente posterior y ocurrido casi nueve horas en el piso de Urología, después de que el ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO, hubiesen intervenido en sus actos médicos, pidiéndole que se remita para ello a la hoja de anestesia contenida a FOJA 31 de las copias que nos entregaron en donde se advierte que la cirugia génesis de esta pericia se inició el día 23 de FEBRERO DEL 2009 a las 12:50 y durante el transoperatorio, el paciente permaneció estable durante procedimiento, hasta concluir la misma las 14:30 hrs, una vez concluida dicha cirugia el área anestésica lo califica con su evaluación con un Nueve y pasó al área de recuperación con su correspondientes indicaciones médicas. (FOJA 34). Posteriormente en evento subsecuente se aprecian complicaciones documentadas en las notas médicas de la hrs:

- 20:25 hs. A razón: dolor abdominal generalizado, bien hidratado, buena coloración de tegumentos, con ruidos cardiacos rítmicos, con tendencia a la taquicardia, campos pulmonares bien ventilados, taquipneico, abdomen distendido, penrose con escaso gasto serohemático, doloroso a la palpación, ruidos peristálticos muy disminuidos, hipertimpánico, escaso gasto hematórico por sonda uretral, se informa a la guardia de cirugia sobre eventualidad.

- 22:15 hs. Donde se manifestó mejoría sintomática, menos taquicardia menos distensión abdominal, una gasometría, dentro de parámetros normales.
- Por último existe otra nota de las 23:50 hs. Donde se expresa que acude médico por llamado del personal de enfermería encontrando al paciente taquipnéico, alteraciones en el estado de alerta, pupilas midriáticas y arreflexicas, ruidos cardiacos arrítmicos, con frecuencia cardiaca de 102 por minuto, se apoya ventilación pulmonar con ambú, presentando bradiarritmia, estableciéndose el diagnóstico de paro cardiorrespiratorio, que no responde a maniobras de reanimación de 20 minutos de duración declarándose la muerte a las 23:50 hs.

Cuadros clínicos específicos súbitos, que nos hacen pensar que son derivados de una patología diversa a la práctica de la cirugía motivo de esta peritación y como ya se dejo claro, se desconoce por no tener el documento técnico pericial llamado AUTOPSIA, que esclaresca ello, por esto y al No existir la certeza de cual fue el daño causador de la pérdida de la existencia del pasivo, no se puede relacionar al acto médico desarrollado por el DR. ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBÉN SERGIO MERCADO GARCÍA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO, como el desencadenante del un resultado (nexo causal).

Arribando a las siguientes conclusiones:

PRIMERA.- En este caso en estudio, se valoró y se llega a la conclusión que los Médicos ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO MACÍAS Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRÚRGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE GABRIEL RAMÍREZ CHAVEZ, EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009, SÍ actuaron correctamente dentro de los principios técnicos aplicables al caso (lex artis) y si dispusieron de acuerdo a su participación en los hechos de los instrumentos, materiales y recursos necesarios atendiendo las circunstancias del caso, lugar donde se prestó el servicio, y si dedicó tiempo necesario para desempeñar correctamente el mismo la atención de [AGRAVIADO].

SEGUNDA.- Con base a lo anterior, se arribo a la conclusión de la NO existencia de conductas u omisiones llamadas negligencia, impericia, dolo, lesiones, violaciones a los derechos humanos, incumplimiento de responsabilidades administrativas en el desarrollo de la actividad profesional medica de los Médicos ARMANDO CUEVA MARTÍNEZ Y/O RUBEN SERGIO MERCADO GARCÍA Y/O SU EQUIPO DE TRABAJO QUIRURGICO TODOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUE PARTICIPARON EN LA CIRUGÍA PRACTICADA, AL PACIENTE [AGRAVIADO], EL DÍA 23 DE FEBRERO DEL 2009.

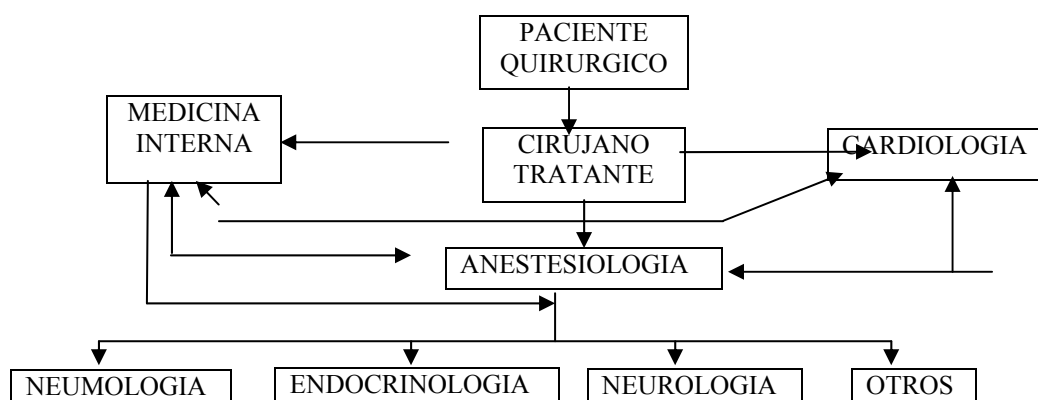
TERCERA.- El paciente presentó un complicaciones en su salud en un postoperatorio tardío, complicaciones independientes que nos acercan a los cuadros clínicos Infarto Agudo al Miocardio o de Tromboembolia Pulmonar.

[...]

20. Copia certificada del flujograma de evaluación preoperatoria del HGO,

como se muestra a continuación:

FLUJOGRAMA DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA HGO



Laboratorio
Sano <44Años:
-BH, TP/TPT

Sano 45-59 años:
-BH, TP/TPT
-Glucosa
-Creatinina
- ECG

Mayor de 60 años:
-BH, TP/TPT ↓↓
-Glucosa
-Creatinina
-RX Tórax
-ECG

Laboratorio
Paciente DIABETICO/HTA
CARDIOPATA:
BH
TP/TPT
QS
ES
ECG
RX Tórax

21. Escrito signado por el doctor Rubén Sergio Mercado García, mediante el cual dio respuesta a esta Comisión sobre dos interrogantes formuladas por el urólogo Armando Cueva Martínez, de cuyo contenido se transcribe lo siguiente:

... ¿Cómo fue el trámite de evaluación preanestésica y la autorización de turno quirúrgico, previo al ingreso a la sala de quirófano del Hospital General de Occidente del paciente [agraviado], el día 23 de Febrero de 2009?

R. El paciente de nombre [agraviado], de acuerdo a la normatividad interna del Hospital General de Occidente y de acuerdo al expediente clínico del paciente, se advierte que se trata de un paciente con una cirugía electiva, por ende el médico tratante del área de urología, realizó y ordenó una evaluación preoperatoria por el área de anestesiología quien solicita valorización cardiaca por el área de medicina interna como se describe en el flujograma para la evaluación preoperatoria del paciente necesario para la asignación de un turno quirúrgico. Valoración que debe

realizarse sin excepción en pacientes de 60 años o más pues sin ella, un paciente no puede ingresar a quirófano.

¿Que informe sí o no al paciente [agraviado], se le ingresó al quirófano el día 23 de febrero del 2009, sin haberse elaborado los exámenes descritos en el flujograma y que explique la razón de su dicho?

R. No, se le ingresó al quirófano sin haberse elaborado los exámenes descritos en el flujograma y lo prueba los exámenes del día 4 de noviembre del 2008, realizados y anexos al expediente del paciente, nota de valoración prequirúrgica por medicina interna el día 7 de noviembre del 2008 donde se asigna Goldman II, riesgo cardiaco intermedio, ASA II. Que no contraindica su cirugía...

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

De lo expuesto en los anteriores apartados se aprecia que el señor [quejoso] presentó queja a favor de su padre, el señor [agraviado], en contra del doctor Luis Leopoldo Camarena González, adscrito al área de urología del Hospital General de Occidente (HGO), para cuyo efecto refirió que su finado padre fue intervenido en dicho nosocomio el 23 de febrero de 2009, y que salió de la cirugía sin ningún problema, pero después de 20 minutos empezó a tener dolor de estómago y corazón. Sus familiares buscaron auxilio de inmediato, pero el personal del hospital solo le dio una pastilla, sin tomar en cuenta sus síntomas. El quejoso agregó que el referido doctor acudió a ver a su papá varias horas después, y que, posterior a su revisión, manifestó que padecía una arritmia cardiaca, lo que provocó que falleciera a las 23:15 horas del mismo día. Señaló que su muerte pudo evitarse si hubiera sido atendido adecuadamente.

Al respecto, el doctor Luis Leopoldo Camarena González, médico residente de la especialidad de urología en el HGO, señalado por el quejoso [...] como el médico que no atendió de manera oportuna a su padre, al rendir su informe a esta Comisión manifestó que pasó a checar a los pacientes a las 20:00 horas del 23 de febrero de 2009, como lo tiene especificado por el área de cirugía; que en ese momento el señor [agraviado] le informó que tenía dolor en el área abdominal, y que, al revisarlo, advirtió distensión abdominal importante, ruidos peristálticos disminuidos, la sonda nasogástrica con escaso gasto, y las sondas de cistostomía y uretral con ligero gasto hematórico, por lo que solicitó a unos de los ayudantes que avisaran a los médicos del área de cirugía general del mismo hospital, sobre la eventualidad que presentaba el paciente. El doctor Camarena agregó que realizó un lavado vesical, solicitó se tomaran muestras de sangre para gasometría y electrolitos, además de aplicar una mascarilla con reservorio; precisó que se retiró de la cama del paciente a las 22:00 horas para acudir al laboratorio por el resultado de la gasometría, y que, como a los treinta

minutos, enfermería reportó alteración del estado de alerta del paciente [agraviado], por lo que con el auxilio de personal de medicina interna se inició apoyo ventilatorio con ambu para posterior intubación endotraqueal, aplicación de lidocaína; sin embargo, el paciente presentó paro respiratorio, por lo que se le aplicaron maniobras de resucitación por más de 20 minutos, sin haber obtenido respuesta y lamentablemente falleció.

Del oficio que el 14 de abril de 2009 le envió el doctor José Arturo Rodríguez Rivera, encargado del servicio de urología del HGO, al director general de dicho nosocomio, se advierte que el 23 de febrero de 2009 el médico Luís Leopoldo Camarena González se encontraba como responsable de la guardia del piso, ya que el doctor Sergio Rincón Gallardo, a quien le correspondía la guardia ese día, se encontraba en un curso de introducción a la especialidad. También se desprende que ante cualquier eventualidad, el médico residente de guardia debe de acudir por escrito a los servicios de apoyo e interconsulta del hospital, dependiendo del problema, y si éste tiene relación directa con la cirugía o es de índole urológico, se debe solicitar el apoyo del médico urólogo que operó al paciente.

Con lo expuesto en el párrafo que antecede se acredita que en el HGO la guardia del 23 de febrero de 2009 indebidamente se encontraba a cargo del médico residente Luis Leopoldo Camarena González, sin que se haya previsto cubrir dicha guardia con un médico adscrito. Si bien el doctor Camarena debía solicitar el apoyo del médico urólogo que operó al paciente, en el caso que se analiza quedó demostrado que el doctor Armando Cueva Martínez, responsable de la cirugía, solo cubría el horario de 08:00 a 15:30 horas de lunes a viernes (evidencia 6), por lo que cuando el paciente [agraviado] ya se encontraba en piso y requirió la atención del cirujano que lo intervino, éste ya no se encontraba y fue atendido por el referido doctor Camarena, residente de la especialidad de urología, el cual, si bien auxilió en la cirugía al doctor Cueva Martínez, no era el responsable de la misma. Además de eso, en el oficio signado por el doctor José Arturo Rodríguez Rivera, encargado del servicio de urología, se advierte que los residentes de guardia, ante cualquier eventualidad de los pacientes quirúrgicos, deben acudir a los servicios de apoyo, situación que ocurrió en el caso que nos ocupa, pues a las 20:25 horas del 23 de febrero de 2009 el doctor Camarena informó a la guardia de cirugía sobre la eventualidad, sin establecer de qué manera se hizo del conocimiento a dicha guardia (evidencias 1, inciso g; y 4).

Respecto al papel que desempeñan los médicos residentes en formación, la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas establece los conceptos que a continuación se transcriben:

3.1.1 Residente: profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia.

3.1.3 Residencia: conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

3.1.9 Profesor Titular: médico especialista adscrito a la unidad sede de la residencia que, a propuesta de la institución de salud correspondiente, y habiendo cumplido los requisitos académicos y profesionales señalados por la institución de educación superior que reconoce los estudios, de conformidad con sus lineamientos jurídicos y administrativos, es nominado por ésta para asumir la conducción de un curso de especialización y realizar las actividades docentes que le son propias.

3.1.10 Profesor Adjunto: médico especialista adscrito a la unidad sede o subsección de la residencia que, a propuesta de la institución de salud correspondiente, y habiendo cumplido los requisitos académicos y profesionales señalados por la institución de educación superior que reconoce los estudios, de conformidad con sus lineamientos jurídicos y administrativos, es nominado por ésta para auxiliar al profesor titular en la conducción de un curso de especialización y realizar las actividades docentes que le son propias y las que el titular le delegue.

3.1.14 Guardia o actividad clínica complementaria: conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente, al término de la jornada normal, en la unidad de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente. Su frecuencia estará determinada por la institución respectiva; podrá tener un máximo de tres veces por semana, con intervalos de por lo menos dos días, y en forma alternada durante los sábados, los domingos y días no hábiles.

[...]

9. Derechos de los residentes

9.1.2 Recibir la enseñanza de posgrado correspondiente a su especialidad, de conformidad con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría, supervisión y compromiso académico de los profesores, en un ambiente de respeto y consideración.

Si bien es cierto que dicha norma prevé que los residentes realizan guardias, también lo es que éstas deben estar bajo la responsabilidad de los médicos adscritos o de base, y el 23 de febrero de 2009 le correspondía la guardia al doctor Sergio Rincón Gallardo; sin embargo, él se encontraba en un curso de introducción a la especialidad (evidencias 4), pero no fue sustituido por otro

médico de base o adscrito que tuviera a su cargo la dirección, asesoría y supervisión de las actividades operativas del residente Luis Leopoldo Camarena González, quien, si bien ese día se encontraba de guardia, no contaba con un profesor titular o adjunto que realizara dichas funciones. Además, del expediente clínico se advierte que el referido residente atendió al paciente [agraviado] a las 20:25, 22:15 y 23:50 horas del 23 de febrero de 2009, y no existe evidencia que acredite que su presencia fue requerida antes de la hora citada en primer término, o que se le hubiere enterado de los síntomas que presentaba el paciente, por lo que esta Comisión estima que no existen elementos que permitan concluir que incurrió en violaciones de derechos humanos.

Es necesario que en el Hospital General de Occidente se tomen medidas para que todos los residentes en formación de alguna especialidad, cuenten con la dirección, asesoría y supervisión de un profesor, como lo prevé la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y que se prevea en todos los casos cubrir las ausencias de los médicos adscritos o de base responsables de las guardias, con el fin de eficientar el servicio y garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los usuarios.

La investigación reveló que las enfermeras Emma Yolanda Canales Mayorga y María Mixeli Covarrubias García sólo participaron en quirófano como instrumentista y circulante, respectivamente. Al rendir su informe a esta Comisión ambas manifestaron la atención brindada al paciente en el quirófano, y precisaron que en el procedimiento quirúrgico no hubo complicación alguna, lo cual también fue manifestado por el inconforme y se acredita con la nota de enfermería respectiva (Antecedentes y hechos 10 y Evidencia 1, inciso e), por ello esta institución considera que no incurrieron en alguna violación de derechos humanos en agravio del paciente [agraviado], pues se acreditó que no tuvieron la responsabilidad de su cuidado después de la cirugía.

También se solicitó informe a las enfermeras María Concepción Martínez Aguiar y María de Jesús Vargas Velázquez, quienes al rendirlo manifestaron no recordar las atenciones generales de enfermería otorgadas al paciente [agraviado], ni si éste les fue asignado para su cuidado, en virtud de que no existían en el expediente clínico las notas de enfermería (Antecedentes y hechos 13). Ante dicha circunstancia, esta Comisión solicitó a la jefa del departamento de enfermería del HGO que proporcionara el rol de distribución de pacientes y que precisara el nombre de la enfermera a quien le fue turnada la atención del ahora fallecido. Al respecto, informó que la atención del señor [agraviado], en el turno vespertino del 23 de febrero de 2009, le correspondía a la enfermera Emilia Larios Núñez, pero que ésta no se presentó a trabajar y fue cubierta por una enfermera eventual que ya no laboraba en esa unidad (Antecedentes y

hechos 15). Sin embargo, al abundar en la investigación esta Comisión verificó la tarjeta de registro de entradas y salidas de la enfermera Larios Núñez y se constató que sí había acudido a laborar y le correspondió el cuidado del paciente de la cama 116, que era en la que se encontraba el señor [agraviado], por lo que se le requirió para que rindiera su informe sobre la atención brindada a dicho paciente; al rendirlo, manifestó que al tener a la vista el expediente 427934 del aludido paciente, advirtió que no estaban las notas del área de enfermería, por lo que dijo desconocer si se le asignó o no su cuidado (antecedentes y hechos 23).

Esta Comisión advierte que es totalmente irregular que no se encuentren en el expediente clínico del señor [agraviado] las notas de enfermería correspondiente a la atención que recibió posterior a su cirugía del 23 de febrero de 2009, así como el hecho de que la jefa de enfermería informara que Emilia Larios Núñez no había acudido a laborar en esa fecha, cuando se acreditó que sí y que, de acuerdo con el rol de asignación de pacientes, le correspondía atender al señor [agraviado]. Si bien la citada enfermera manifestó que al no existir las notas de enfermería desconocía si se le asignó el cuidado, con la investigación realizada por esta Comisión se comprobó que sí le fue asignado el paciente (evidencias 14 y 15), y que en el expediente clínico no fueron localizadas las referidas notas (evidencias 5), por lo que se advierte una clara violación a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico en los siguientes puntos:

5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de la presente norma, en forma ética y profesional.

[...]

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien las elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; éstas dos últimas se sujetarán a las disposiciones específicas que se establezcan y a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar,

además de los requisitos mínimos señalados en la presente norma los específicos de las siguientes normas: NOM-005-SSA2-1993, NOM-006-SSA2-1993, NOM-007-SSA2-1993, NOM-010-SSA2-1993, NOM-014-SSA2-1994, NOM-015-SSA2-1994, NOM-025-SSA2-1994, NOM-031-SSA2-1999, NOM-040-SSA2-2004, NOM-046-SSA2-2005, NOM-170-SSA1-1998, NOM-206-SSA1-2002, referidas en los puntos 3.2., 3.3., 3.4., 3.5., 3.7., 3.8., 3.10., 3.12., 3.13., 3.14., 3.15 y 3.16 de la presente norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento de proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico para cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

[...]

9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

9.1. Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- 9.1.1 Habitus exterior;
- 9.1.2 Gráfica de signos vitales;
- 9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;
- 9.1.4 Procedimientos realizados; y
- 9.1.5 Observaciones.

La investigación permite deducir que en el HGO, no siempre se cumplen cabalmente los puntos transcritos de la referida norma, como se advierte en el oficio sin número que la licenciada en enfermería María Dolores González Monteón le envió al director general de ese nosocomio el 29 de mayo de 2009, al que le adjuntó la hoja de enfermería para el registro perioperatorio del paciente [agraviado]. En él le comunicó que esa hoja se encontraba extraviada y que ha sido una lucha convencer al personal médico y de enfermería de la importancia de la integración del expediente clínico, lo cual hace presumir que se extravían algunas notas (Evidencias 7). En el caso en estudio quedó plenamente acreditado que las notas de enfermería correspondientes a la atención que se le otorgó al citado paciente después de su cirugía, no se localizaron, lo cual, además de retardar la investigación de la queja, no permitió esclarecer las atenciones que se le otorgaron ni las omisiones en que pudo haber incurrido el personal de enfermería, pues, según la declaración que rindió ante esta Comisión la testigo [...], al parecer una enfermera le aplicó al paciente un medicamento para el dolor, pero lo único que queda claro es que en el expediente clínico no existe la nota de enfermería relativa a la atención que se le hubiese otorgado, y dado que la responsabilidad de su cuidado estaba a cargo de la enfermera Emilia Larios Núñez, se concluye que ésta sí incurrió en violación de derechos humanos en agravio de [...], por prestación indebida del

servicio público, derivada de la inobservancia de la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.

Lo asentado en párrafos anteriores también demuestra que la licenciada en enfermería María Dolores González Monteón, jefa del Departamento de Enfermería del HGO, proporcionó información falsa que retardó la investigación de los hechos motivo de la queja, y que en su oficio sin número, del 23 de septiembre de 2009, afirmó que las enfermeras María Concepción Martínez Aguilar y María de Jesús Vargas Velázquez fueron quienes atendieron al paciente [agraviado] el 23 de febrero de 2009 (antecedentes y hechos 12). En su oficio sin número del 12 de noviembre de 2009, informó que, según los roles de distribución de pacientes al personal de enfermería, la atención del señor [agraviado] le fue asignada a la enfermera Emilia Larios Núñez, pero que ésta no se presentó a laborar ese día, por lo que se cubrió su lugar con una enfermera eventual, que posteriormente dejó de laborar en el hospital. Al respecto, esta Comisión abundó en la investigación y constató que la enfermera Emilia Larios Núñez sí acudió a laborar el 23 de febrero de 2009, de las 13:27 a las 20:32 horas, y que a ella le correspondió la atención de dicho paciente (evidencias 14 y 15). En consecuencia, la conducta desplegada durante el trámite de la queja por la citada jefa de Departamento de Enfermería, denota una franca obstaculización y entorpecimiento de la investigación que llevaba a cabo este organismo para el esclarecer de los hechos, y con ello faltó a lo dispuesto en los artículos 85 y 86 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, por lo que, ante dicha circunstancia, es aplicable también lo que se establece en el artículo 88 de la propia ley:

Artículo 85. Todas las autoridades, dependencias y entidades de los poderes estatales y gobiernos municipales deberán proporcionar veraz y oportunamente, la información y documentación que solicite la Comisión. El incumplimiento de esta obligación faculta a ésta para solicitar a los superiores jerárquicos o a la Contraloría del Estado, fincar la responsabilidad a que hubiera lugar, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución Política del Estado y en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Artículo 86. Todas las autoridades y servidores públicos estatales y municipales, incluso aquellos que no hubiesen intervenido en los actos u omisiones materia de la investigación, pero que por razón de sus funciones o actividades puedan proporcionar información, deberán cumplir con los requerimientos que les dirija la Comisión en tal sentido.

Artículo 88. La Comisión podrá solicitar a las autoridades competentes la imposición de las sanciones administrativas correspondientes a través de los medios y

procedimientos legales, por las infracciones en que incurran servidores públicos, bien sea por los actos u omisiones materia de las quejas o por los actos u omisiones que entorpezcan las investigaciones que realice dicha Comisión...

El urólogo Armando Cueva Martínez, cirujano responsable de la intervención quirúrgica a la que fue sometido el señor [agraviado], en el informe que rindió a esta Comisión manifestó que el 23 de febrero de 2009 se encontraba dentro del área de quirófanos del hospital para realizar cirugías programadas por los médicos tratantes, relacionadas con su especialidad en aparato genital masculino interno y previo al análisis de los estudios del paciente y valorización del área de anestesiología; que se le asignó turno quirúrgico para las 12:00 horas de esa fecha, y que aproximadamente a las 12:40 horas inició la cirugía denominada enucleación suprapúbica del adenoma prostático, la cual duró aproximadamente dos horas, sin complicación alguna. Después se envió a patología la pieza quirúrgica obtenida, reportándose el resultado como neoplasia intrapitelial prostática de bajo grado. Agregó que al finalizar la cirugía, aproximadamente a las 15:00 horas, el paciente pasó al área de recuperación, entregándolo al servicio de anestesiología, y precisó que su turno laboral concluyó a las 15:30 horas y que no le fue informada alguna complicación posterior a la atención quirúrgica del paciente. Añadió que el 24 de febrero de 2009, al ingresar a sus labores y analizar la lista de pacientes, observó el reporte de la defunción del paciente [agraviado], acaecida el día anterior, por insuficiencia respiratoria aguda y arritmia cardiaca letal, patologías finales que no tienen relación causal con la operación quirúrgica que efectuó (antecedentes y hechos 8).

El dictamen emitido por peritos del IJCF establece que el urólogo Armando Cueva Martínez incurrió en situaciones de negligencia e imprudencia, para lo cual argumentan que en el expediente clínico relativo al paciente [agraviado] obra un ecosonograma realizado el 6 de noviembre de 2008, catalogado como no normal, y que la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de la misma fecha, tiene una anotación manuscrita que establece “se condiciona a valoración cardiológica”; que el 8 de febrero de 2009, el paciente fue revisado por el servicio de urología y, al día siguiente, valorado por anestesiología, con la anotación: “El paciente no cuenta con antecedentes patológicos de importancia”, y que el 23 de febrero de 2009 fue valorado de nueva cuenta por los médicos “Mercado Mb, Dra. Iñiguez R2, Dra. Lias R1, del servicio de anestesiología”, y sometido a la operación proyectada, por lo que los peritos consideraron de relevancia crítica que ninguno de los médicos que intervinieron en la atención del paciente valoraron el riesgo quirúrgico, ni solicitaron la valoración cardiológica. Los peritos también precisaron que se ignoró la advertencia de la primer nota de anestesiología, y que en notas posteriores se asentó que el paciente no presentaba antecedentes patológicos de importancia, por lo que concluyeron que se omitió prestar la debida atención al

paciente. Según el dictamen, los médicos Armando Cueva Martínez y Rubén Mercado actuaron con negligencia e imprudencia al no haber solicitado la valoración cardiológica prequirúrgica que establece la norma oficial NOM-170-SSA1-1998 para la Práctica de Anestesiología, y esa omisión sí influyó en el desenlace fatal del señor [agraviado] (evidencias 16).

El doctor Armando Cueva Martínez impugnó el dictamen de referencia y señaló que no se tiene certeza de la causa de muerte establecida en el certificado de defunción, puesto que no se realizó autopsia para “arribar con certeza” a la causa de muerte del paciente [agraviado]. Alegó que su actuación en el presente caso fue apegada a la *lex artis*, porque lo hizo de acuerdo con los principios técnicos aplicables al caso y siguió el protocolo preoperatorio. También argumentó que los peritos del IJCF que lo emitieron no cuentan con la especialidad en las ramas de cirugía, urología y/o anestesiología, por lo que su capacidad no es la indicada para emitir dictamen de responsabilidad en esas materias; calificó la opinión pericial como arbitraria, conjetural y dogmática, por lo que solicitó que se desestimara y ofertó como prueba el flujograma de evolución preoperatorio. El doctor Cueva Martínez precisó que él no fue el médico tratante; que otorgó la debida atención médica al paciente antes de entrar a quirófano, y que incluso le informó los riesgos y consecuencia, como se advierte de la carta de consentimiento informado, y solicitó que el doctor Rubén Sergio Mercado, quien fungía como jefe del área de anestesiología, informara a esta Comisión cómo fue el trámite de valoración preanestésica y la programación de turno quirúrgico previo al ingreso del paciente [agraviado] a la sala de quirófano, y que informara si dicho paciente ingresó a quirófano el 23 de febrero de 2009 sin haberse elaborado los exámenes descritos en el flujograma de referencia. Además, ofertó un dictamen médico pericial en las materias de cirugía y anestesiología (Antecedentes y hechos 28).

Esta Comisión considera que no son válidos los argumentos vertidos por el doctor Armando Cueva Martínez, sobre todo si se toma en cuenta que, de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, el cirujano que interviene al paciente tiene la obligación de elaborar la nota preoperatoria, en la que se debe asentar la fecha de la cirugía, el diagnóstico, el plan quirúrgico, el tipo de intervención, el riesgo y el pronóstico. Sin embargo, el doctor Cueva Martínez omitió elaborar la referida nota y, por tanto, revisar el expediente para percatarse del riesgo que implicaba practicar la cirugía, puesto que existía un electrocardiograma no normal, así como la nota que se asentó en la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, del 6 de noviembre de 2008, en la que se indicó que la cirugía quedaba condicionada a valoración cardiológica, la cual no se le practicó dentro de los noventa días anteriores a la operación, como se

establece en la norma oficial mexicana en materia de anestesiología, lo que también estaba indicado en el flujograma de la evaluación preoperatoria del HGO, del que se advierte que a los pacientes quirúrgicos mayores de sesenta años se les debe realizar previamente, entre otros estudios, un electrocardiograma, por lo que se estima que, en el caso que nos ocupa, el doctor Cueva Martínez incurrió en negligencia e imprudencia, como lo dejaron establecido los peritos del IJCF; con ello incurrió en violación del derecho a la protección de la salud en agravio del paciente [agraviado].

El anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García no estaba involucrado al inicio del trámite de la queja; sin embargo, se ordenó seguir el procedimiento de manera oficiosa también en su contra, en razón de que el dictamen que emitieron los peritos del IJCF, establece responsabilidad médica en su contra, por negligencia e imprudencia, al no haber solicitado la valoración cardiológica del paciente [agraviado], previo a la cirugía que se le practicó.

En el informe que rindió a esta Comisión, el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García manifestó que los médicos tratantes de todos los pacientes que han de ser motivo de cirugía electivas, sin excepción, previamente deben seguir el protocolo que marca el flujograma de la evaluación preoperatoria, así como la Norma Oficial del Expediente Clínico, pues de lo contrario no se ingresa a la sala de cirugía. Asimismo, el doctor Mercado García negó haber participado como anestesiólogo del paciente [agraviado], para lo cual argumentó que cuando ocurrieron los hechos motivo de la queja, él se desempeñaba como jefe del servicio de anestesiología y realizaba funciones administrativas, lo que le impedía la atención directa de pacientes. Agregó: “era una práctica común que los residentes de anestesiología al no ver a su anestesiólogo adscrito, por ser el jefe del servicio de anestesiología en esa época, me pusieran como anestesiólogo responsable” (antecedentes y hechos 31). Al respecto, esta Comisión lo requirió para que proporcionara el nombre del anestesiólogo que estuvo a cargo del paciente [agraviado], a lo cual manifestó que no recordaba el nombre (Antecedentes y hechos 34). Sin embargo, al pie de la nota de anestesiología de las 13:00 horas del 23 de febrero de 2009, aparecen los apellidos de los médicos que la suscribieron, entre éstos el suyo, como médico de base (Evidencias 1, inciso b), y en el expediente de queja no existe ningún medio de prueba que robustezca su negativa.

Lo anterior demuestra que el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García incurrió en violación del derecho a la protección de la salud en agravio del paciente [agraviado]. Con las evidencias recabadas por esta Comisión se acreditó una práctica irregular en el área de anestesiología de dicho nosocomio, ya que la actuación del referido anestesiólogo no se ajustó a las reglas establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998 para la

práctica de la anestesiología, puesto que no solicitó la valoración cardiológica prequirúrgica del señor [agraviado], lo cual influyó en el desenlace fatal, según el dictamen emitido por los peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, en franca violación a la citada norma, de cuyo contenido se destaca lo siguiente:

0. Introducción

[...]

La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones trans-operatorias del paciente hasta la recuperación post-anestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones.

Es necesario considerar al cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas pre,trans y post-anestésica y documentarlo...

[...]

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional, para todos los profesionales especialistas en anestesiología que presten servicios en establecimientos en los sectores público, social y privado.

4. Definiciones

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

4.1 Anestesia general, a la privación total de la sensibilidad del cuerpo, por la acción de agentes farmacológicos.

4.2 Evaluación preanestésica, al protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo a su análisis.

4.3 Cuidados transanestésicos, a la serie de conductas aplicadas a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente anestesiado.

4.4 Cuidados postanestésicos, a la serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.

4.5 Exámenes de gabinete esenciales, a los estudios indispensables para la administración de la anestesia, que en los pacientes que lo requieran deberá incluir valoración cardiopulmonar, especificándose el riesgo en grados y acompañándose de un electrocardiograma, cuyo registro deberá ser practicado previo al procedimiento.

4.6 Exámenes de laboratorio esenciales, a los estudios indispensables para la administración de la anestesia: en cirugía ambulatoria, los de hemoglobina o hematocrito, tiempos de sangrado y coagulación; en la cirugía convencional, además de los anteriores glucosa, urea y creatinina; y en personas mayores de 60 años, química sanguínea completa, teleradiografía de tórax y electrocardiograma. La validez de estos estudios será de 90 días, siempre y cuando no se presente un evento que pueda modificarlos.

8. Responsabilidades de los prestadores de servicios de anestesiología:

8.1 Determinar el estado físico del paciente y de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésicos. Asimismo, comunicará al paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo, el plan anestésico propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento, obteniéndose la carta de consentimiento bajo información e indicará la prescripción apropiada de la medicación preanestésica necesaria.

8.2 Identificar al paciente en la sala de operaciones, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica.

8.3 Examinar el buen funcionamiento del equipo antes de la inducción anestésica. El desarrollo de protocolos facilita la verificación.

8.4 Proporcionar al paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.

8.5 Iniciar el procedimiento anestésico sólo con la presencia del cirujano.

8.6 Conducir personalmente la anestesia y permanecer en la sala quirúrgica durante todo el procedimiento.

8.7 Adoptar las medidas para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente o de éste al médico, utilizando materiales desinfectados o estériles (hoja de laringoscopio, tubos endotraqueales, circuitos, cánulas de Guedel, etc.), independientemente de seguir las técnicas preventivas de infección aceptadas.

8.8 Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente,

8.9 Verificar que este plan sea registrado y documentado en forma correcta en el expediente del enfermo.

8.10 Evaluar y verificar durante el periodo perianestésico:

8.10.1 El funcionamiento del equipo, fármacos y fuente de gas.

8.10.2 El estado del paciente.

9. Lineamientos para el cuidado pre-anestésico:

9.1 Revisar y analizar el expediente clínico, e

9.2 Interrogar y examinar al paciente para:

9.2.1 Conocer el historial anestesiológico y farmacológico.

9.2.3 Realizar las pruebas y consultas necesarias para fundamentar un óptimo procedimiento anestésico.

[...]

No es obstáculo para arribar a las anteriores determinaciones el dictamen que emitieron los médicos Samuel Hernández Pérez y Roberto Herrera Rodríguez, el primero, especialista en cirugía plástica, y el segundo, anesthesiologo, en el que concluyeron que no existió impericia por parte de los médicos Armando Cueva Martínez y Rubén Sergio Mercado García, para lo cual argumentaron que están capacitados para la atención que requería el paciente [agraviado], y que cuentan con los registros correspondientes ante la Secretaría de Educación Pública. También concluyeron que no hubo negligencia porque pusieron a disposición del paciente los insumos, tiempo y equipo médico técnico, laboratorial del HGO para realizar la cirugía que se le practicó, y que tampoco hubo inobservancia de los reglamentos porque cumplieron cabalmente con la normatividad intrahospitalaria del referido nosocomio. Esta Comisión estima que ambos médicos sí incurrieron en negligencia médica, entendida ésta como cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, sin la debida diligencia, que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, según el *Estudio para la Elaboración de un Manual de Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*¹.

También incurrieron en imprudencia, que es el descuido en la atención requerida para la realización de las acciones y en la previsión de sus consecuencias, ya que el cirujano y el anesthesiologo omitieron cerciorarse de la falta de un electrocardiograma (ECG) vigente que, de acuerdo con el punto 4.6 de la NOM 170-SSA1-1998 para la práctica de la anestesiología y al flujograma de la evaluación preoperatoria del HGO, debía habersele realizado a [agraviado] previo a la cirugía. Si bien es cierto que el 6 de noviembre de 2008 se le había

¹ Enrique Cáceres Nieto, *Estudio para la Elaboración de un Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2005, p. 504

realizado al paciente un ECG, también lo es que el día de la cirugía (23 de febrero de 2009) ya habían transcurrido más de los noventa días que establece la norma para pacientes mayores de sesenta años, sin que se le hubiera realizado otro, pues el señor [agraviado] tenía 73 años de edad; ante dicha circunstancia, el ECG del 6 de noviembre de 2008 carecía de validez. Se evidencia que ambos médicos no revisaron el expediente clínico ni conocían el historial anestesiológico del paciente, o bien, si lo revisaron, no se percataron de la falta del ECG, y tampoco se advierte que hayan solicitado la intervención del servicio de cardiología, sobre todo porque existía un ECG anómalo que se le realizó el 6 de noviembre de 2008, además de que en el formato de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de la misma fecha, aparece una nota manuscrita del anestesiólogo Rodríguez que condiciona la cirugía a valoración cardiológica.

Se concluye que el anestesiólogo Mercado García también faltó a lo dispuesto en los puntos 9.1, 9.2.1 y 9.2.3 de la norma de referencia, y el cirujano Armando Cueva Martínez omitió realizar la nota prequirúrgica que se indica en los puntos 8.5 y del 8.5.1 al 8.5.7 de la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, en los que se establece lo siguiente:

8.5. Nota preoperatoria

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

- 8.5.1. Fecha de la cirugía;
- 8.5.2. Diagnóstico;
- 8.5.3. Plan quirúrgico;
- 8.5.4. Tipo de intervención quirúrgica;
- 8.5.5. Riesgo quirúrgico (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- 8.5.6. Cuidados y plan de terapéutico pre-operatorio; y
- 8.5.7. Pronóstico

Tampoco es obstáculo para determinar que el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García incurrió en negligencia, su manifestación en el sentido de que él no participó como médico anestesiólogo tratante del paciente [agraviado], en el preanestésico, transanestésico o postanestésico, ya que al pie de la nota de anestesiología de las 13:00 horas del 23 de febrero de 2009, aparece su apellido como médico de base, y la investigación no arrojó alguna evidencia que acredite que no participó.

La protección de la salud constituye un derecho universal contemplado en diversos instrumentos internacionales. A continuación se describe la denotación

del derecho a la protección de la salud, con base en el *Estudio para la Elaboración de un Manual de Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos*:

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo.

A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer entre otros los siguientes:

- a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.
- b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.
- c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesarias para una adecuada prestación de los servicios de salud.

En el ámbito internacional, uno de los instrumentos que establecen la protección de los derechos del ser humano por excelencia es, sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la ONU, en la que el cuidado y protección de la salud figura en el artículo 25 de dicha Declaración.

En Jalisco, el artículo 4º de su Constitución Política, reconoce los principios consagrados en dicho documento como derechos de los individuos que se encuentren en esta entidad.

En el presente caso, también se incurrió en incumplimiento de los siguientes instrumentos internacionales que fueron firmados y ratificados por México:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, mediante resolución XXX, Bogotá, Colombia, adoptada el 2 de mayo de 1948: “XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica,

correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, en vigor en México a partir del 23 de junio de 1981:

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

[...]

- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996:

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

Resultan igualmente aplicables las siguientes disposiciones de derecho interno:

Ley General de Salud:

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud...

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;

Ley Estatal de Salud

Artículo 2. Son finalidades de la presente ley:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La protección, prolongación, mejoramiento de la calidad de la vida humana y el alivio del dolor evitable;

III. La protección y el enriquecimiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, en la preservación, conservación y restauración de la salud;

V. El acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población;

VI. El conocimiento de los servicios de salud para su adecuado aprovechamiento y uso; ...

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones: I. 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 su empleo, cargo o comisión.

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, en la que aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales,² definió a la víctima de la siguiente manera:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización.

Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Dentro de un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, el ciudadano se encuentra protegido no sólo por un marco de leyes al que están sujetos tanto las autoridades como los particulares, cuya finalidad, además de favorecer la convivencia pacífica entre sus integrantes, es garantizar el pleno desarrollo del ser humano, sino por la certeza de que tanto su persona como su patrimonio personal y sus derechos se encuentran salvaguardados por las autoridades que lo representan.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios, que de acuerdo con la doctrina de los derechos humanos y el derecho consuetudinario internacional, incluyen, entre otros:

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Sobre la cuestión de la impunidad, Louis Joinet, destacado jurista, estableció como derechos elementales de cualquier víctima de abuso de poder:

El derecho a saber. Es la prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

² En esta resolución se establece como compromiso internacional de todos los Estados miembros de la ONU el reconocer y respetar el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones.

El derecho a la justicia. Consiste en que se integre y resuelva, por parte de un tribunal o instancia competente, sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan a los mismos; y

El derecho a obtener reparación. Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

REPARACIÓN DEL DAÑO

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*.) En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: “la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.³

En el caso que nos ocupa, quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud, que contribuyó en la muerte de [agraviado]. Como consecuencia de ello, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente a los deudos de una persona que fue víctima de la mala actuación de un servidor público.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos

³ Comité de Derechos Humanos, caso Kelly (Paul) c. Jaimaica, párr. 5.7 (1991).

humanos. Es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

En ocasiones los criterios internacionales rebasan las escuetas legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México, de conformidad con los artículos 133 de la Constitución Federal y 4º de la Constitución local.

Por ello, considerando que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, y que México ha reconocido su competencia, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen lo siguiente:

Artículo 62.

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...

En uso de sus facultades, la Corte ha asentado los siguientes criterios.

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II,⁴ que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado incluso una concepción general de derecho, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño, comparta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etc. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado, invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada.

Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional.

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, (*restitutio in integrum*) lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

⁴ Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law, American University, Washington, 1998, pp. 729 y 731.

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El desiderátum es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87: “En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños y para la del daño moral, ha recurrido a los principios de equidad”.

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se expone en los puntos 5 y 10 del mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que dicen: “5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes”.

No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se adapte a las condiciones prevalecientes en cada país, por cuanto debe, *contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estados parte.

10 ... El incumplimiento de las obligaciones convencionales, como se sabe, compromete la responsabilidad internacional del Estado, por actos u omisiones, sea del Poder Ejecutivo, sea del Legislativo, sea del Judicial. En suma, las obligaciones internacionales de protección, que en su amplio alcance vinculan conjuntamente todos los poderes del Estado, comprenden las que se dirigen a cada uno de los derechos protegidos, así como las obligaciones generales adicionales de respetar y garantizar estos últimos, y de adecuar el derecho interno a las normas convencionales de protección tomadas conjuntamente...

El deber de indemnizar se fundamenta, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las

Naciones Unidas, mediante Resolución 40/34, que señala en los siguientes puntos:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

Asimismo, la reparación del daño se fundamenta en el principio general de buena fe al que deben apegarse todos los actos de autoridad, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

México, en su proceso de armonización del derecho interno con el internacional, modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, lo que dio origen a la creación de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a lo señalado en las leyes.

Así, teniendo en consideración todos los hechos, evidencias y razonamientos previamente descritos y relacionados con la violación de derechos humanos en que incurrieron el cirujano Armando Cueva Martínez y el anestesiólogo Rubén Sergio Mercado García, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el Estado para con la sociedad, y con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local, este organismo considera obligado que la Secretaría de Salud Jalisco, por sí o por medio de quien sus reglamentos indiquen, indemnice con justicia y equidad a los deudos de [agraviado], de conformidad con el artículo 73 de la Ley de la CEDHJ, en relación con los artículos 2º, 161, 1387, 1390, 1391, 1393 y 1396 del Código Civil del Estado, de aplicación supletoria para cuantificar la reparación del daño,

así como en el artículo 513, punto 393, de la Ley Federal del Trabajo, por lo que se pide a su titular que ordene y verifique solidariamente el pago de la reparación del daño.

El cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que el gobierno estatal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos. No es sólo responsabilidad de los servidores públicos involucrados en violaciones de derechos humanos, sino una responsabilidad solidaria de las dependencias de sus adscripciones, que están obligadas a brindarles la preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

IV. CONCLUSIONES

Quedó plenamente acreditado que los médicos Rubén Sergio Mercado García y Armando Cueva Martínez, adscritos al Hospital General de Occidente, violaron el derecho a la protección de la salud en agravio del [agraviado], por negligencia e imprudencia, y que la enfermera Emilia Larios Núñez incurrió en violación de los derechos humanos del citado agraviado, por prestación indebida del servicio público. También se demostró que la licenciada en enfermería María Dolores González Monteón, jefa del Departamento de Enfermería de ese nosocomio, proporcionó información falsa y obstaculizó las investigaciones de esta Comisión, por lo que se dictan las siguientes:

Recomendaciones:

Al doctor Alfonso Petersen Farah, secretario de Salud Jalisco y director del OPD Servicios de Salud Jalisco, se le recomienda:

Primera. Ordene efectuar el pago de la reparación del daño a los familiares de [agraviado], con base en los argumentos vertidos en la presente resolución. Lo anterior, de forma directa y como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de la violación de derechos humanos cometida por servidores públicos de la Secretaría a su cargo.

Segunda. Ordene iniciar procedimiento administrativo interno en contra de los médicos Rubén Sergio Mercado García y Armando Cueva Martínez; y de las licenciadas en enfermería Emilia Larios Núñez y María Dolores González

Monteón, todos adscritos al Hospital General de Occidente; a los tres primeros, por la violación de derechos humanos en que incurrieron en agravio del [agraviado]; y a la última, por haber obstaculizado la investigación de esta Comisión.

Al doctor Enrique Rábago Solorio, director general del Hospital General de Occidente, se le recomienda:

Primera. Disponga lo necesario para que de manera permanente se encuentre en ese hospital a su cargo un médico de guardia adscrito o de base, para que no se deje a los residentes en formación la responsabilidad total de la guardia a fin de que los usuarios del servicio puedan recibir servicios de calidad.

Segunda. Instruya por escrito al personal médico del área de anestesiología del hospital para que, cuando se trate de cirugías programadas, los residentes en formación no inicien el procedimiento anestésico sin la supervisión del anestesiólogo de base o adscrito.

Tercera. Disponga lo conducente para que permanentemente se supervise el cumplimiento de la programación diaria de médicos en los quirófanos.

Cuarta. Instruya por escrito a todo el personal médico y de enfermería sobre la obligatoriedad en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Quinta. Instruya al personal médico de anestesiología sobre la obligación de aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998 para la práctica de anestesiología.

Esta Recomendación pretende fomentar una cultura de respeto a los derechos humanos en la prestación del servicio público de atención a la salud, que permita examinar y corregir los errores para elevar la calidad en la prestación de ese servicio. Al emitirla, la Comisión Estatal de Derechos Humanos hace suya la sensibilidad con la que la Secretaría presta el servicio público encomendado, que debe ser cada día de mejor calidad. En este único sentido deben ser interpretadas las proposiciones emitidas, con las que solo se pretende coadyuvar en el perfeccionamiento de su función.

Las anteriores recomendaciones tienen el carácter de públicas, por lo que esta institución podrá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación,

con base en el artículo 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de la Comisión, se informa a las autoridades a las que se dirige la presente Recomendación, que tienen un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se les notifique, para que informen a este organismo si la aceptan o no; en caso afirmativo, dispondrán de los quince días siguientes a su aceptación para acreditar su cumplimiento.

Atentamente

Maestro Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente

Ésta es la última página correspondiente a la versión pública de la recomendación 33/2011, la cual consta de 68 fojas.