

# Recomendación 6/2000

CASO DE NEGLIGENCIA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO EN EL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA.

México, D.F., 1 junio del 2000

DR. ARMANDO CORDERA PASTOR SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Distinguido señor Secretario:

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal ha concluido la investigación de los hechos motivo de la queja CDHDF/121/00/VC/D0326.000,

## ***I. Contenido de la queja.***

1. El 17 de enero del 2000, la señora Fabiola Pérez Munguía presentó un escrito de queja al que se asignó el expediente CDHDF/121/00/VC/D0326.000 y en el que manifestó que:

*Su hijo Diego Axel Ríos Pérez —de 4 años de edad— se enfermó de las vías respiratorias. Por ello, el 3 de diciembre de 1999 lo internó en el Hospital Pediátrico Iztapalapa, donde le diagnosticaron faringoamigdalitis. Posteriormente, le indicaron que el problema de su hijo se había complicado con apendicitis, por lo que fue trasladado al Hospital Pediátrico Moctezuma, donde le dijeron que no tenía apendicitis y lo regresaron a Iztapalapa. Sin embargo el 5 de diciembre el Hospital de Iztapalapa lo trasladó nuevamente al de Moctezuma, donde le diagnosticaron neumonía y le informaron que estaba muy grave. Su hijo falleció ese mismo día por la noche. Los médicos de Moctezuma le indicaron que su hijo presentaba signos de haber sido violado. Por ello, se inició la averiguación previa 66/1024/99-12.*

## ***II. Investigación y evidencias***

1. El 20 de enero del 2000, mediante oficio 01430 se solicitó a la Directora Jurídica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal un informe sobre los hechos motivo de la queja y copia de los expedientes clínicos del menor Diego Axel Ríos Pérez, elaborados en los hospitales pediátricos de Iztapalapa y Moctezuma.

2. El 24 de enero, mediante oficio DAJ/032/2000, la Directora Jurídica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal nos hizo llegar:

a) Una nota informativa pormenorizada de 20 de enero del 2000, suscrita por el Director del Hospital Pediátrico Iztapalapa.

b) El expediente clínico del Hospital Pediátrico Iztapalapa en el que constan:

**b1)** La nota de evolución elaborada el 4 de diciembre de 1999 a las 12:30 horas en la que se refiere:

*...abdomen doloroso a la palpación profunda en su cara anterior, pared en su lado derecho e hipocondrio izquierdo, peristalsis audible, genitales y extremidades sin más agregados. A.P. cuadro y IRS —insuficiencia respiratoria— con síndrome doloroso abdominal agudo, Pb —probablemente— adenitis mesentérica...*

**b2)** La hoja de referencia de 4 de diciembre de 1999 por la que se envió al paciente al servicio de cirugía del Hospital Pediátrico Moctezuma y en la que se especificó que:

*...evolución de 7 días, presenta cefalea, ardor y dolor faríngeo... fiebre cuantificada de 38° controlada con metamizol y medios físicos, tos en accesos cortos productiva, expectoración blanquecina, vómito de contenido gástrico postprandial inmediato y evacuaciones disminuidas de consistencia líquida mucosa sin sangre, se acompaña de pujo en número de 15 en 24 horas, somnolencia... Diagnóstico: gastroenteritis viral, faringoamigdalitis bacteriana, deshidratación e intolerancia a la vía oral... Durante su estancia ha evolucionado febril de 38°, accesos de tos cortos productivos, expectoración amarillenta, somnoliento, irritable, refiriendo dolor abdominal... el abdomen se encuentra no distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en ambas fosas con predominio en su lado derecho, no refiere rebote, **dolor importante en flanco derecho y en hipocondrio derecho, la peristalsis disminuida**, genitales y extremidades sin más agregados... Conclusión: evolución aguda es evidente cuadro de vías superiores importante, a **nivel abdominal clínicamente no es concluyente para cuadro apendicular coopera poco el paciente para maniobras. Pb (probable) cuadro secundario adenitis mesentérica. Solicito valoración por el servicio de cirugía pediátrica. ID. síndrome doloroso abdominal agudo. Pb apendicitis vs adenitis mesentérica.***

**b3)** Hoja de contrarreferencia elaborada en el Hospital Pediátrico Moctezuma el 4 de diciembre de 1999 en la que se hizo constar lo siguiente:

*Cirugía pediátrica: masculino de 4 años enviado para **valoración por dolor abdominal de 1 día de evolución de forma generalizada**. Cuenta con antecedentes de hace 1 semana cuadro de vías respiratorias acompañado desde hace 4 días de cuadro enteral y persistente alza térmica, actualmente se encuentra febril con secreción verdosa en narinas, accesos de tos productiva regular edo hidric (sic) campos pulmonares con abundantes secreciones branquiales diseminadas, ruidos cardiacos rítmicos sin alteración, faringe hiperémica ++, hipertrófica ++, con escasa descarga retronasal, abdomen blando depresible, no datos de irritación peritoneal, **no rebote, no Mc-burney, no Psoas, escaso dolor, peristalsis presente**. Por el momento **no mostrando datos concluyentes de cuadro apendicular**, mostrando evidente cuadro respiratorio con mal manejo de secreciones, además de anemia con hb 9.7. Sugerimos por el momento continuar con manejo para cuadro respiratorio, continuar con vigilancia estrecha y de acuerdo a evolución a nivel abdominal en caso necesario solicitar nueva revaloración por parte de nuestro servicio.*

**b4)** Hoja de referencia del 5 de diciembre de 1999, en la que se señala:

*...Ha evolucionado en forma irregular se mantiene febril en este momento 41 grados, accesos de tos cortos productivos, expectoración blanco amarillenta, somnolencia e irritabilidad en las últimas 24 horas, refiere la madre 15 evacuaciones escasas, con abundante moco, balance hídrico neutro...*

*...el abdomen se encuentra discretamente distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda en cara anterior acentuado en FID —fosa ilíaca derecha— hay resistencia muscular no voluntaria, peristalsis ausente, genitales normales. RX de abdomen con niveles hidroaéreos y ausencia de aire en hueco pélvico.*

*...En el momento sus condiciones generales malas, decaído, toxi-infeccioso, resp. oral con cuadro de infección resp. superior y **síndrome doloroso abdominal agudo por descartar apendicitis aguda vs adenitis mesentérica**... Plan: solicito nuevamente valoración por su servicio, envío nota de valoración anterior... Solicito nuevamente valoración servicio cirugía pediátrica;*

**c)** El resumen clínico de 20 de enero del 2000, en el que el Director del Hospital Pediátrico Moctezuma manifestó que:

*...a la 1:20 horas (del 6 de diciembre) me solicita el doctor Domínguez, asistente de la dirección, orientación respecto al manejo subsecuente del caso —ya había fallecido el menor—, recomendándole que ante la posible intoxicación medicamentosa y los hallazgos a nivel de la región perianal que sugieren desgarros antiguos, elaborar certificado de lesiones para que los familiares lo presentaran al Ministerio Público para dilucidar la situación del caso...*

*Los familiares se niegan a aceptar el certificado de lesiones y posteriormente acudieron varios familiares más a azuzar a los usuarios en contra de los servicios que otorga el hospital.*

*Reporteros de Televisa por vía telefónica establecen comunicación y entre otras cosas les hago saber que considero que no existe negligencia por parte del hospital y que ante los hallazgos que mencionamos decidimos que el Ministerio Público esclarezca la situación del menor...;*

**d)** El expediente clínico del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el que constan:

**d1)** La nota de ingreso al servicio de urgencias el 5 de diciembre de 1999 a las 22:00 horas, en la que se asienta:

*...Informante: madre: Fabiola Pérez M. 22 años, escolaridad trabajadora social, ocupación hogar, realizado el interrogatorio a estas horas —22:00 horas— por no encontrarse familiar en la sala de espera a las 16:10 horas...*

*...Padecimiento actual: hipertermia 5 días, vómito 5 días, evacuaciones diarreicas 5 días, hipoactividad 3 días, dolor abdominal 2 días. Refiere la madre inicia padecimiento hace 5 días caracterizado por hipertermia cuantificada de 38° la cual cedía con metamizol. Vómito de contenido gastrointestinal posprandial inmediato, en número de 5 veces en el día precedido de náuseas, evacuaciones diarreicas en número de 5 veces al día color anaranjado sin moco ni sangre, fétidas, hipoactividad desde hace 3 días, hiporexia hasta no soportar la vía oral, dolor abdominal únicamente a la palpación de abdomen, el paciente nunca refirió dolor abdominal a ningún nivel hasta el día de hoy por lo que es traído a esta unidad para valoración.*

*...Metamizol 250 miligramos cada que presentaba hipertermia, llegando a terminarse dos frascos en tres días autoadministrado (sic) por la madre sin horario, ya que llegaba a administrar hasta en periodos de cada dos horas...*

*...Exploración física: peso 24 kg. Paciente sexo masculino edad aparente mayor a la referida, hipoactivo, hiporeactivo, no responde a preguntas simples, sólo estímulo doloroso, marcha no valorable, somatotipo endomórfico... se palpa pulso carotídeo, traquea central y desplazable, tórax normolíneo con presencia de respiración superficial a la auscultación presencia de estertores broncoalveolares diseminados a ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos aumentados en frecuencia e intensidad sin fenómenos acompañantes, abdomen globoso por presencia de aire, **doloroso a la palpación media y profunda, no palpo megalias, peristalsis ausente...***

***Dx.** Preescolar hipertrófico, neumonía focos múltiples, anemia clínica, acidosis metabólica, insuficiencia cardiaca y Pb. intox, medicamentosa (metamizol).*

*Se ingresa paciente masculino proveniente unidad médica Iztapalapa para valoración por cirugía, se **descarta proceso quirúrgico** y se ingresa al servicio de pediatría con Dx (diagnóstico) neumonía por RX (radiografía) de tórax donde se aprecian zonas de condensación a nivel basal y parahiliar derechos así como apical izquierdo, manejó frecuencia de hasta 160x'... es de llamar la atención que ya había sido valorado en esta unidad descartándose problema quirúrgico, en su unidad nunca se diagnosticó problema respiratorio, su estado de salud ha ido hacia el deterioro...;*

**d2)** La nota de evolución formulada a las 22:15 horas:

*... Abdomen blando depresible, peristalsis presente pero muy disminuida, borde hepático a 4 cm. por debajo del reborde costal, genitales íntegros, a nivel anal con pérdida de la relación anatómica, cambios de coloración y placas blanquecinas... A nivel **genital con lesiones importantes en ano con alta sospecha de lesión, a descartar abuso, se investigará, se reporta muy grave, se informa a la madre del estado clínico;***

**d3)** La nota de evolución elaborada a las 24:00 horas:

*...sin embargo su deterioro neurológico se incrementa por lo que se vigila, llama la atención la presencia de tinte icterico en las escleras, el material amarillo que drena la sonda orogástrica y la orina tan concentrada que presenta, por lo que considerando antecedente de administración de antipirético y a dosis elevadas, estamos de acuerdo en que se trata de una probable intoxicación medicamentosa, en el que dado el fármaco se encuentran dañados varios órganos principalmente hígado, en este momento sin contar con*

*laboratorios, se solicitarán PFH —pruebas de funcionamiento hepático— para valorar función así como PFR —pruebas de funcionamiento renal—;*

**d4)** La nota de gravedad y fallecimiento formulada a las 01:00 horas:

*...Diagnósticos: sobre ingesta de dipirona (probable intoxicación medicamentosa), abuso sexual (estigmas), neumonía de focos múltiples, acidosis metabólica en corrección, anemia leve y dificultad respiratoria secundaria.*

*Se informa a los familiares sobre lesiones físicas (ya referidas anteriormente) y de la notificación al M. P.*

*En la misma nota, a las 02: 45 horas, se asentó: se llama a familiares en sala de espera para hacerles entrega del certificado de lesiones por causas anteriormente certificadas... lo va a consultar con abogado sin aceptar firmar hojas...;*

**d5)** Las indicaciones médicas de 4 de diciembre de 1999 (sic) a las 15:20 horas:

*1. Ayuno hasta nueva orden 2. Soluciones para 8 hrs. glucosado al 5% 500cc, fisiológico 0.9% 200cc, kcl 9meq. 3. Medicamentos: PSC 100 mil U iv c 4 hs., digoxina 120mcg iv c (?) hs., furosemide 5 mg iv DU 4. Medidas generales: puntas nasales a 3ltx', signos vitales cada 4 hrs., control estricto de líquidos, sonda nasogástrica, control térmico por medios físicos, TA con horario 5. Laboratorio y gabinete: Hartman 300 cc. para 1 hora (ya), y*

**d6)** Las indicaciones médicas prescritas a las 23:15 horas:

*1. Solución Hartman 360 cc para 1 hora y continuar 2. Bicarbonato de sodio 60 cc mas 300cc agua bidestilada para 4 hs. 3. Vigilar patrón respiratorio, 4. O2 en puntas nasales a 3lt. x min. Dra. Flores R-3 Dr. Ruiz R-1 Ped.*

*5. Gasometría al término de las sol con bicarbonato 6. Colocar sonda urinaria a derivación 7. Cuantificar uresis y densidad urinaria por turno 8. Destrostix por turno 9. Aminas: dopamina 172 mg., aforar en 24 ml. de sol. glucosada al 5%, pasar 1ml. por hora (1ml - 5mcg), dobutamina 345 mg., aforar en 24 ml. de solución glucosada al 5% pasar 1ml. por hora (1ml-10mcg), 10. Suspender digoxina 11. Toma de T/A horaria y FC horaria 12. Reportar eventualidades. Dr. Domínguez/Dr. Ramírez. MA Dra. Ruiz-Dra. Flores RsPM.*

*Adrenalina 0.5ml. (3 dosis).*

3. El 1 de marzo del 2000, mediante oficio 5947, se solicitó al director del Servicio Médico Forense (SEMEFO) que girara las instrucciones necesarias a fin de que los médicos que habían practicado la necropsia a Diego Axel Ríos Pérez se presentaran en esta Comisión. También se le solicitaron copias certificadas del protocolo de necropsia y de los resultados de los estudios histopatológicos.

4. El 2 de marzo, mediante oficio 45/ST/2000, el director del Servicio Médico Forense nos remitió:

a) El resultado del examen histopatológico practicado en las vísceras del cadáver de Diego Axel Ríos Pérez, en el que se asentó que la muestra del exudado anal no contenía espermatozoides;

b) El resultado del examen químico-toxicológico realizado en las muestras de sangre del menor, en el que no se detectaron analgésicos;

c) El protocolo de necropsia, en el que se concluyó que la causa de la muerte era el *cuadro séptico generalizado, complicación determinada por la perforación de colon ascendente*, y

d) La ampliación del dictamen de necropsia.

5. El 3 de marzo del 2000 se presentaron en este organismo la doctora Blanca Carrillo Fernández y el doctor Macario Susano Pompeyo, del Servicio Médico Forense, quienes a preguntas expresas refirieron que:

*En el caso que nos ocupa, el ano se dilató por la relajación de los esfínteres causada por la muerte del niño, por lo que se trata de un proceso natural... La dilatación también se puede atribuir a una ruptura del esfínter, pero en el menor éste se encontraba conservado y completo. La dilatación por un proceso de penetración no es compatible con este cuadro, ya que si hubiera existido penetración del miembro viril, el ano presentaría desgarramiento reciente (menor de diez días) del esfínter, bordes sangrantes y mallas de fibrina.*

*Las causas que pueden originar el borramiento de los pliegues anales son el proceso inflamatorio de la mucosa anal y la maniobra manual de separar los glúteos. En el menor, se puede considerar que el borramiento se debió al proceso inflamatorio causado por el cuadro diarreico y que es reciente por el edema que presentaba la región.*

*La desfacelación de la mucosa anal es la pérdida de las capas superficiales de la mucosa que deja al descubierto la membrana (la carne viva). Según el proceso inflamatorio, el tiempo de producción de la hiperemia y la equimosis de color rojo que presentaba el menor era de uno a tres días máximo.*

*Las fisuras recientes se refieren a una laceración lineal de la mucosa de una antigüedad de tres o cuatro días máximo, contemporáneas al proceso peritoneal infeccioso que presentaba el menor.*

*No podrían sostener que hubiera habido violación, ya que las lesiones son compatibles con el proceso infeccioso proveniente de la cavidad abdominal. En el caso de una violación, las lesiones que se encontrarían serían el desgarramiento del esfínter anal —externa e internamente— y, dependiendo del tamaño del miembro viril, desgarramientos más profundos que llegarían hasta el periné y otros tejidos como el ampolla rectal y el rectosigmoides.*

*De acuerdo con la lesión descrita en el colon que ocasionó la muerte del menor, éste debió presentar un cuadro florido de sintomatología clínica, compatible con abdomen agudo, además de náuseas, vómito, diarrea, hipertermia (fiebre) y diaforesis (sudoración).*

*Si los médicos hubieran intervenido oportunamente al menor cuando el Hospital de Iztapalapa lo remitió por primera vez al Hospital Moctezuma probablemente el niño se hubiera salvado.*

*El tratamiento que habrían dado al menor para la patología que presentaba sería quirúrgico y con antibióticos de amplio espectro, antiinflamatorios y analgésicos.*

*Cuando realizaron la necropsia no encontraron en ninguno de los órganos del menor signos de intoxicación por algún medicamento. Fue un proceso infeccioso franco ya que se encontraron natas fibrinopurulentas libres y adheridas a la superficie peritoneal de pared y vísceras con presencia de líquido seropurulento de quinientos centímetros cúbicos, libre en la cavidad y empaquetamiento de las vísceras.*

*Con un cuadro diarreico de 5 días de evolución y un promedio de diez evacuaciones en un lapso de 24 horas, podría pensarse que las lesiones en el ano fueron secundarias a éste.*



*Solicitaron la determinación de la fosfatasa ácida en el menor para ver si había datos de una penetración con miembro viril por vía anal, ya que al revisar el expediente se refería una violación. El resultado fue negativo.*

*El ano no tenía datos de penetración reiterada ni reciente, lo que se encontró durante la práctica de la necropsia fue un proceso inflamatorio de toda la región anal y perianal, compatible con el proceso inflamatorio que provenía del colon, por lo que no sólo debe tomarse en cuenta la lesión a nivel anal sino todo el cuadro de abdomen agudo que presentaba el niño, secundario a un proceso infeccioso generalizado del abdomen, del colon y del ámpula rectal.*

6. El 20 de marzo del 2000 se presentó en este Organismo el doctor Oscar León Díaz Soto — adscrito al Hospital Pediátrico Iztapalapa—, quien manifestó que:

*Revisó al menor Diego Axel Ríos Pérez el sábado 4 y el domingo 5 de diciembre de 1999. Ingresó el viernes 3 de diciembre. Presentaba cuadro respiratorio alto, manifestado por tos, fiebre y rinorrea obstructiva. Además, evacuaciones líquidas con moco, dolor abdominal principalmente y datos de deshidratación. El menor se encontraba en el área de lactantes.*

*Se solicitó la interconsulta a cirugía pediátrica por el dolor abdominal que presentaba, el cual se localizaba en cuadrante inferior derecho, por lo que sospechamos de una probable apendicitis. El menor no cooperaba porque tenía mucho dolor. Dicha interconsulta se solicitó el 4 de diciembre de 1999.*

*Al siguiente día de la interconsulta, valoré nuevamente al menor. Continuaba con fiebre, lo encontré más decaído y con persistencia del dolor abdominal.*

*En el hospital Moctezuma valoraron que no era quirúrgico y que continuara el tratamiento médico pediátrico establecido.*

*El niño solamente estaba distendido con dolor abdominal, nos llamaba la atención que la fiebre persistía y cada vez las condiciones generales del niño eran malas.*

A pregunta expresa el doctor Díaz Soto manifestó que la sintomatología que presentaba el menor no podría haber pasado desapercibida a la revisión médica.

*La evolución clínica del niño continuó con dolor abdominal localizado en la fosa ilíaca derecha, con mayor distensión abdominal y prácticamente sin peristaltismo. Se le tomaron placas, encontramos niveles hidroaéreos, ausencia de aire en hueco pélvico, por lo que se envió nuevamente a valoración por el servicio de cirugía al hospital Moctezuma.*

Cuando se le informó que el menor murió a causa de un cuadro séptico generalizado —complicación determinada por la perforación del colon ascendente— y se le preguntó si tal padecimiento tuvo datos clínicos previos al fallecimiento, el doctor Díaz Soto manifestó: *El padecimiento sí dio sintomatología previa a la perforación, manifestada por el dolor abdominal, distensión abdominal y cuadro séptico generalizado.*

*Los síntomas de abdomen agudo serían vientre en madera, ausencia total de peristaltismo y prácticamente el dolor desaparece o persiste. En el menor nunca hubo datos de abdomen agudo. Sólo tenía dolor, distensión abdominal, fiebre y ataque al estado general. Sí había datos de septicemia con focos infecciosos a nivel respiratorio y a nivel enteral.*

*La etiología probable de la perforación intestinal sería probablemente Salmonella Typhi y/o amebiasis.*

*La sintomatología por intoxicación medicamentosa depende del medicamento. En caso de que ésta fuese con metamizol o dipirona, se presentaría hipotermia y probables sangrados a diferentes niveles (ocasiona trastornos de coagulación) y gastritis aguda por irritación gástrica.*

*En el caso del menor Diego Axel es difícil determinar si presentó la intoxicación ya que predominaba la patología infecciosa, la deshidratación y el desequilibrio hidro-electrolítico.*

*Durante la revisión practicada al menor no observó signo alguno de maltrato. Tampoco observó ninguna lesión anormal en genitales y ano.*

*De encontrar algún dato compatible con maltrato físico o abuso sexual, el procedimiento a seguir es dar aviso inmediato al Ministerio Público con la elaboración del certificado de lesiones.*

Se le mostraron las fotografías que obran en el expediente y se le preguntó si consideraba que las lesiones que presentaba el menor pudieron deberse al proceso diarreico. El doctor Díaz Soto señaló que sí, por el gran número de evacuaciones, cambios en el PH y dermatitis en toda esa zona.

7. El mismo 20 de marzo se entrevistó al doctor Efrén Guevara Vargas, del Hospital Pediátrico Iztapalapa. Este refirió que:

*Revisó al menor Diego Axel Ríos Pérez el 4 de diciembre de 1999. Tenía 24 horas de haber ingresado cuando él lo revisó. El menor estaba febril, decaído, con mal estado general, hidratado con cuadro de vías respiratorias altas, constipación nasal importante, congestión faríngea y adenomegalias cervicales. A nivel de tórax no encontraron problema en ese momento, a nivel de abdomen se sentía un poco distendido, estaba muy doloroso en su cara anterior con predominio del hemiabdomen derecho e hipocondrio izquierdo, no encontró peristalsis en ese momento. Tenía evacuaciones diarreicas, de hecho desde su ingreso se refirió en la nota que había tenido evacuaciones diarreicas. Cuando él lo revisó, llevaba siete evacuaciones diarreicas líquidas con moco.*

*El motivo por el que se solicitó la interconsulta a cirugía pediátrica fue por la presencia del síndrome doloroso abdominal que presentaba, era un cuadro no compatible con la evolución del paciente, ya que lucía muy mal y no se podía atribuir nada más al cuadro amigdalino, ya que llamaba más la atención el cuadro abdominal. Se solicitaron laboratorios de rutina al paciente: biometría hemática completa, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático. Además se tomó una placa de abdomen en la que se observaron niveles hidroaéreos, dilatación de asas. Por ello y en presencia del cuadro doloroso abdominal se decidió enviarlo a valoración por cirugía pediátrica. Dicha interconsulta se solicitó el 4 de diciembre de 1999.*

*Después de la interconsulta valoró nuevamente al menor. Presentaba el mismo cuadro clínico, es decir, persistía el síndrome doloroso abdominal.*

*No sabe si en el Hospital Pediátrico Moctezuma hayan optado por algún tratamiento diferente al de ellos. Moctezuma sólo refirió (sic) que no era un paciente quirúrgico en ese momento y que se regresaba a su unidad pero que se mantenía como servicio interconsultante.*

*La sintomatología que presentaba el menor en ese momento sólo era compatible con un síndrome doloroso abdominal, que no pudo haber pasado desapercibido.*

*Se envió nuevamente al menor a interconsulta al Hospital Pediátrico de Moctezuma porque se había exacerbado el problema, lucía toxi-infeccioso, más decaído, con más dolor abdominal y al momento de la exploración se percibía resistencia muscular no voluntaria, su sintomatología respiratoria era obvia y no había modificación en el cuadro, continuaba con evacuaciones con moco, pujo y febril.*

*Cuando se le informó que el menor murió a consecuencia de un cuadro séptico generalizado, determinado por la perforación del colon ascendente y se le preguntó cuáles eran los síntomas que éste debía haber presentado, el doctor Guevara Vargas respondió que la presencia de un cuadro de dolor abdominal.*

*Respecto a los síntomas de abdomen agudo refirió: Inicialmente a la inspección puede haber o no distensión abdominal; a la palpación superficial medio o profunda, puede haber dolor con resistencia muscular, datos de hiperestesia o hiperbaralgia; al percutir el abdomen puede haber timpanismo generalizado por dilatación de asas y puede haber o no abolición de los ruidos peristálticos. Depende de la fase del cuadro.*

*Para emitir el diagnóstico del menor se tomó biometría hemática completa, química sanguínea y una placa de abdomen.*

*El tratamiento adecuado para la patología del menor debió haber sido quirúrgico 100 %.*

*La etiología probable de la perforación intestinal fue probablemente Salmonella Typhi y/o amibiasis.*

*La sintomatología en caso de una intoxicación medicamentosa depende del medicamento. En caso de que ésta fuese con metamizol o dipirona, se*

*presentaría hipotensión arterial inicial y después, dependiendo de las dosis y del tiempo, se pueden presentar síntomas como discrasias sanguíneas y alteraciones hepáticas en menor grado. El menor no presentó ningún síntoma compatible con éste tipo de intoxicación.*

*En el momento de la revisión del menor no observó ningún signo de maltrato físico. No revisó el ano, pero al revisar los genitales no observó ninguna lesión anormal. Si se llegase a encontrar algún dato compatible con maltrato físico o abuso sexual se debe dar aviso al Ministerio Público.*

Se le mostraron las fotografías del cadáver que obran en el expediente y se le preguntó si consideraba que las lesiones pudieron deberse al proceso diarreico. Contestó que sí, que *ese tipo de lesiones perianales sí las puede dar el cuadro diarreico.*

### **III. Observaciones**

1. El menor Diego Axel Ríos Pérez ingresó al Hospital Pediátrico Iztapalapa el 3 de diciembre de 1999 por infección en la garganta, diarrea y vómito. Los médicos tratantes se percataron de que el paciente también tenía dolor y distensión abdominal, síntomas que podrían corresponder a una apendicitis o a una adenitis mesentérica —inflamación de los ganglios— (evidencia 2).

Por ello, con el objeto de que se determinara si requería cirugía, el 4 de diciembre se trasladó al menor al Hospital Pediátrico Moctezuma (evidencia 2 b2). Sin embargo, sin tomar en cuenta las condiciones específicas del paciente —que la fiebre no cedía, que éste había sido multitratado con antibióticos y analgésicos que podían haber enmascarado el cuadro abdominal, y que no cooperaba con la exploración—, sin practicarle ningún estudio y sin tenerlo en observación, el personal médico del Hospital Moctezuma determinó que no había datos concluyentes de un cuadro apendicular, descartó el proceso quirúrgico y lo regresó al Hospital Iztapalapa (evidencia 2 b3).

2. El 5 de diciembre, debido a que las condiciones generales del niño se habían agravado, se determinó remitirlo nuevamente al Hospital Moctezuma (evidencia 2 b4).

El menor ingresó a dicho hospital a las 16:10 horas del 5 de diciembre. No fue hasta las 22:00 horas que se elaboró la nota de ingreso porque, según se asentó en el mismo expediente, *no se encontraron familiares en la sala de espera a las 16:10 horas.* Lo anterior significa que durante casi seis horas no se le atendió y, por consiguiente, no se le aplicó tratamiento alguno (evidencia 2 d1).

Es cierto que la presencia de un familiar es necesaria para proporcionar los datos y los antecedentes del paciente; sin embargo, el menor había sido atendido un día antes en esa unidad y se contaba además con la hoja de referencia del Hospital Pediátrico Iztapalapa (evidencia 2 b4). Aún más, el estado de gravedad que éste presentaba obligaba a que se le atendiera inmediatamente.

**3.** En el expediente clínico del Hospital Moctezuma constan cinco notas médicas elaboradas el 5 de diciembre a las 22:00, 22:15, 23:00 y 24:00 horas, y el 6 de diciembre a la una de la mañana.

De estas cinco notas médicas tampoco se desprende que se le hubiera brindado el tratamiento adecuado a su padecimiento, ya que los médicos que las suscriben se limitaron a describir su estado general. Tampoco existen órdenes médicas expresas para que se le administrara algún tipo de medicamento (evidencias 2 d):

**a)** En la nota de ingreso se señaló: *Se ingresa paciente masculino proveniente de Unidad Iztapalapa para valoración por cirugía, se descarta proceso quirúrgico y se ingresa al servicio de pediatría con diagnóstico de neumonía...* Se diagnosticó: *Preescolar hipertrófico, neumonía focos múltiples, anemia clínica, acidosis metabólica, insuficiencia cardiaca y Pb. intox, medicamentosa (metamizol)*. No existe evidencia alguna de que hubiera sido valorado por un especialista —cirujano pediatra— y en el diagnóstico no se hizo referencia al dolor abdominal que presentaba el niño, a pesar de que el motivo de la interconsulta era precisamente el síndrome doloroso abdominal.

En la misma nota los médicos manifestaron que el paciente sólo presentaba dolor abdominal a la palpación y *que nunca había referido dolor en esa zona hasta ese día*. Tal aseveración contradice la nota médica con la que lo regresaron al Hospital Iztapalapa el día anterior, en la que consta que presentaba dolor abdominal *no concluyente para un cuadro apendicular*.

También se hizo constar que el menor *ya había sido valorado en esta unidad descartándose problema quirúrgico, en su unidad nunca se diagnosticó el problema respiratorio, su estado de salud ha ido hacia el deterioro...*;

**b)** En la nota elaborada a las 22:15 horas se solicitó que se realizara una gasometría —para determinar la cantidad de oxígeno en la sangre—. También se refirió que el menor presentaba *pérdida de la relación anatómica del ano... con alta sospecha de lesión, a descartar abuso*;

**c)** A las 23:00 horas se recibió el resultado de la gasometría que reportó alteraciones en la acidez de la sangre. Se decidió *corregirlo* y se prescribieron soluciones con bicarbonato;

d) A las 24:00 horas se mencionó por primera y única vez que el menor presentaba tinte icterico, cuya causa probable era la administración de antipiréticos —metamizol— a dosis elevadas, que podía haber originado una intoxicación medicamentosa, y

e) A la una de la mañana del 6 de diciembre se reportó que *el paciente súbitamente presentó paro cardiorrespiratorio* para lo cual se le brindaron maniobras de reanimación avanzada, a pesar de las cuales falleció como consecuencia de una *sobreingesta de dipirona (pb intoxicación medicamentosa), abuso sexual (estigmas), neumonía de focos múltiples, acidosis metabólica en corrección, anemia leve y dificultad respiratoria*. Se informó a la madre y se dio vista al agente del Ministerio Público.

4. De acuerdo con el protocolo de necropsia el paciente falleció a consecuencia de un *cuadro séptico generalizado, complicación determinada por la perforación de colón ascendente*. No se encontraron rastros de fosfatasa ácida, de espermatozoides ni lesiones compatibles con violación (evidencia 4 c).

Los doctores Oscar León Díaz Soto y Efrén Guevara Vargas, adscritos al Hospital Pediátrico Iztapalapa, manifestaron a personal de esta Comisión que el problema abdominal que presentaba el menor no podía haber pasado desapercibido. Una vez que conocieron la causa de la muerte, señalaron que el menor sí presentaba sintomatología previa a la perforación, manifestada por dolor, distensión abdominal y cuadro séptico —infecciones a diferentes niveles—, síntomas por los cuales lo remitieron al Hospital Moctezuma. También coincidieron en señalar que la perforación del intestino se originó probablemente por *Salmonella Typhi y/o amibiasis* (evidencias 6 y 7).

5. Del expediente clínico elaborado en el Hospital Pediátrico Iztapalapa no se desprende que el menor Diego Axel Ríos Pérez hubiese presentado signos de maltrato o de abuso sexual. No existe ninguna nota médica que así lo demuestre. Lo anterior fue confirmado personalmente por los doctores Oscar León Díaz Soto, Efrén Guevara Vargas —adscritos al Hospital Iztapalapa—, Macario Susano Pompeyo y Blanca Carrillo Fernández —adscritos al SEMEFO—, quienes coincidieron en señalar que las lesiones que presentaba el menor eran resultado de las múltiples evacuaciones que había tenido (evidencias 5, 6 y 7).

No obstante, a las 22:15 horas del 5 de diciembre de 1999, personal del Hospital Pediátrico Moctezuma hizo constar que el menor presentaba lesiones en el área anal causadas por abuso sexual. Resulta de la más elemental lógica suponer que esto se hizo con el objeto de encubrir la negligencia en la que se había incurrido al no detectar y tratar el cuadro infeccioso intestinal que produjo las lesiones en el ano y que horas después causó la muerte del menor.

Tampoco se puede atribuir su muerte a una supuesta intoxicación causada por los medicamentos que le proporcionó su madre. El menor tenía tres días hospitalizado y se le estaba administrando el tratamiento prescrito por el personal médico del Hospital Iztapalapa. Por otra parte, si el tinte icterico hubiera sido secundario a una intoxicación medicamentosa debía haberse diagnosticado desde el mismo día en el que el menor ingresó al hospital —3 de diciembre—. Además, el estudio químico toxicológico que realizó el SEMEFO para determinar la presencia de analgésicos tuvo resultados negativos, es decir, no se comprobó la intoxicación medicamentosa (evidencia 4 b).

Como lo señalaron los médicos del SEMEFO, quienes practicaron la necropsia, *si los médicos hubieran intervenido oportunamente al menor cuando el Hospital de Iztapalapa lo remitió por primera vez al Hospital Moctezuma probablemente el niño se hubiera salvado.*

*El tratamiento que habrían dado al menor para la patología que presentaba sería quirúrgico y con antibióticos de amplio espectro, antiinflamatorios y analgésicos.*

\*

Así, resulta evidente que personal del Hospital Pediátrico Moctezuma actuó de manera negligente. A pesar de que el menor les fue remitido específicamente para valorar si el *síndrome doloroso abdominal* que presentaba requería cirugía, dicho síndrome nunca se tomó en cuenta. La atención médica que se le brindó fue inoportuna, inadecuada e insuficiente: en su primer ingreso no se le revisó adecuadamente, y en el segundo no se le atendió de inmediato, no se le realizaron los estudios necesarios y el tratamiento que se le proporcionó se limitó a manejar alteraciones específicas de emergencia —la acidosis y el paro cardíaco—.

No podemos afirmar de manera contundente que la mala actuación del personal del Hospital Pediátrico Moctezuma fue el factor que ocasionó la muerte del menor. Sin embargo, de haber actuado con la pericia y diligencias posibles y adecuadas hubieran aumentado sus posibilidades de seguir viviendo.

Con el objeto de encubrir dicha negligencia, también se actuó dolosamente al pretender hacer responsable a la señora Fabiola Pérez Munguía de la muerte de su hijo. Con ello, además del dolor por este lamentable hecho, se le hizo padecer la angustia de imaginar que ella lo había provocado o que el niño había sido objeto de abuso sexual.

Si bien todos podemos cometer errores, éstos resultan más lamentables cuando son producto de la deshumanización de los profesionales de la salud. En palabras del eminente doctor Ignacio



*Chávez, poner atención al enfermo es poner devoción e interés en algo que no depende sólo de la educación científica del médico sino de su educación moral (citado por Guillermo Ramírez Covarrubias. Medicina Legal Mexicana).*

Con su conducta omisiva, los médicos del Hospital Pediátrico Moctezuma probablemente incurrieron en responsabilidad profesional, según lo establece la fracción I del artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidad de Servidores Públicos.

\*

Por lo expuesto, esta Comisión de Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Secretario, la siguiente:

### **V. Recomendación**

**Unica.** Que se inicie el procedimiento administrativo correspondiente para determinar la responsabilidad en que pudieron haber incurrido los médicos que omitieron brindar al menor Diego Axel Ríos Pérez la atención oportuna, adecuada y suficiente que requería su padecimiento y, en su caso, se realice el pago de la reparación del daño correspondiente.

Con fundamento en los artículos 48 de la Ley de esta Comisión y 103 de su Reglamento Interno, le ruego que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación nos sea remitida dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación y que, en su caso, las pruebas de su cumplimiento sean enviadas dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo anterior.

**EL PRESIDENTE DE LA COMISION  
DR. LUIS DE LA BARREDA SOLORZANO**