

# Recomendación 2/2001

CASO DE NEGLIGENCIA MEDICA DEL PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

México, D. F., a 15 de marzo de 2001

DOCTORA ASA EBBA CRISTINA LAURELL  
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Distinguida señora Secretaria:

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal ha concluido la investigación de los hechos motivo de la queja CDHDF/121/00/XOCH/P3714.000.

## **I. Hechos**

1. El 26 de julio del 2000, la señora Yolanda Piedras Gutiérrez presentó un escrito de queja en el que manifestó que:

*Su esposo Luis Santos Guzmán —interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte— fue trasladado a la Torre Médica de Tepepan, donde le diagnosticaron piedras en la vesícula. Lo operaron el 10 de julio del 2000 y, como consecuencia de la operación, perdió la movilidad de las piernas. Los médicos le han negado toda información respecto de la posibilidad de que su marido se rehabilite. Teme que exista negligencia médica.*

## **II. Investigación y evidencias**

1. El 26 de julio del 2000, mediante oficio 20356, se solicitó a la Directora Jurídica de la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal que se tomaran las medidas adecuadas y suficientes a fin de que se proporcionara al señor Luis Santos Guzmán la atención médica que requiriera y se informara satisfactoriamente a la quejosa sobre el estado de salud y las condiciones reales de recuperación de su esposo. También se le pidió un informe sobre los hechos motivo de la queja.

2. El 31 de julio, mediante oficio DJ/433/2000, la Directora Jurídica de la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal nos hizo llegar:

a) El oficio 318/00, al que el Director de la Torre Médica de Tepepan anexó la *historia clínica* del paciente, en la que el doctor Enrique Torres Garcilazo, médico especialista en anestesiología de ese hospital, señaló:

...  
**PADECIMIENTO ACTUAL:**

*Lo inicia el día 17 de junio de 2000 con presencia de dolor en cuadrante superior izquierdo y derecho, así como en región baja del esternón con presencia de ictericia en conjuntivas oculares (+++++) principalmente, así como en todo el cuerpo, orina de color obscuro y dificultad para evacuar.*

**DX. (diagnósticos) PRESUNCIONALES:**

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO  
HEPATITIS INFECCIOSA

## COLEDOCOLITIASIS

...

### **DIAGNOSTICO FINAL:**

LITIASIS VASCULAR (sic; debió decir vesicular)

COLEDOCOLITIASIS

### **TECNICA ANESTESICA:**

Se le explica al paciente ampliamente sobre el procedimiento anestésico que se le realizará (riesgos y beneficios) decidiéndose por la colocación de Bloqueo Peridural + Sedación.

### **MANEJO ANESTESICO:**

Paciente quien al llegar a quirófano se le realiza monitoreo de signos vitales T/A; 11/70, FC; 82X'.

Premedicación anestésica en sala de quirófanos: Atropina 700 mcg., Fentanest 100 mcg., IV.

Se procede a colocar al paciente en decúbito lateral derecho, se realiza asepsia y antisepsia de la región toraco lumbar y se coloca campo estéril hendido, se aplica botón dérmico con Lidocaína al 2% simple 80 mg (4ml) **al nivel de T10-T11** posteriormente con aguja Touhy número 16 se coloca bloqueo peridural y se corrobora espacio con prueba de pérdida de resistencia y se decide la administración de Lidocaína al 2% C/e 100 mg. por aguja de Touhy y se coloca el catéter peridural para posteriormente fijarlo, se le solicita al paciente que se coloque en decúbito dorsal y por catéter peridural se administra dosis de Lidocaína al 2% C/e 200 mg así como Bupivacaína al 0.5% 20 mg dando una latencia de 20 min., posterior a esto se obtiene a esto (sic) Bloqueo motor (+++), Bloqueo sensitivo (+++), Bloqueo simpático 10% sin accidentes ni incidentes. Durante el transanestésico el paciente cursa hemodinámicamente estable con T/A 110/70 prom (sic) y FC: 74 X', así como durante dicho periodo se administran dosis fraccionadas de Fentanest 300 mcg.

Transcurre procedimiento quirúrgico y se administra una dosis subsecuente de Lidocaína al 2% C/E 100 mg y Bupivacaína al 0.5% 20 mg. ya que el paciente empieza a referir dolor en el área quirúrgica.

Termina acto anestésico quirúrgico y pasa paciente a Recuperación con Aldrete de 9 T/A: final 110/701, FC: 72X', TAQX: 3.30 HRS, TQX:3.10 HRS.

Posterior al evento quirúrgico el paciente evoluciona con pérdida de la función sensitiva y motora de miembros pélvicos, por tal motivo se toman medidas necesarias como son la administración de corticoesteroides y complejo B, al mismo tiempo se solicita interconsulta el día 13 de julio del 2000 al servicio de Neurocirugía del Hospital de Urgencias Xoco, los cuales solicitan interconsulta a Cirugía de Columna del Hospital de Urgencias Villa, la cual se realiza el día 15 de julio del 2000, así como el día 19 de julio del 2000, haciendo valoración y solicitando la realización de Electromiografía la cual se realiza el 20 de julio del 2000, reportando lesión medular al nivel de T10-T11 y con este resultado nos sugieren la realización de Resonancia Magnética de Columna toraco lumbar, la cual se realiza el día 24 de julio del 2000 en el Instituto Nacional de la Nutrición y la cual se encuentra pendiente de resultado.

*El paciente el día 26 de julio de 2000 se le retira la sonda en T previa valoración radiológica de control con colangiografía transonda la cual es normal. Posterior al retiro de la sonda T, el paciente cursa con dolor abdominal de moderado a severo así como distensión abdominal iniciando tratamiento conservador con analgésicos y con colocación de sonda nasogástrica se toma placa Rx y de acuerdo a la evolución del paciente solicitamos interconsulta al Hospital General de Xoco al Servicio de Cirugía General debido a que en este momento no se cuenta con cirujano en turno.*

*De acuerdo a estas valoraciones y resultados se tiene contemplado la realización de TAC de columna toraco lumbar en el Hospital General de Xoco.*

*Por el momento no existe diagnóstico definitivo y se contemplará el protocolo de estudio de columna para poder normar Diagnósticos y Pronósticos;*

**b)** El resumen clínico elaborado en el Hospital General Xoco el 28 de julio a las 14:00 horas y en el que se asentó lo siguiente:

*Se trata de paciente masculino de 39 años de edad cursando segundo día de PO —post-operado— de LAPAROTOMIA EXPLORADORA secundario a abdomen agudo por biliperitoneo de 500 ml colédoco con presencia de desgarro de 1 cm de longitud sin litos en su interior con múltiples adherencias a esa pared.*

*Con antecedentes de habersele realizado colecistostomía hace 15 días + exploración de vías biliares posteriormente se le retira sonda en T presentando distensión abdominal, dolor importante por lo que es enviado de la Torre Médica de Tepepan para su valoración y tratamiento, motivo por el cual se decide intervenirlo quirúrgicamente encontrando los hallazgos arriba mencionados. Actualmente se encuentra consciente, orientado, con buena coloración e hidratación de piel y mucosas, cráneo, cara y cuello sin alteraciones, tórax campos pulmonares limpios y bien ventilados sin exudados, sin inegrar (sic) síndrome pleuropulmonar, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad sin agregados, abdomen con presencia de herida quirúrgica limpia y bien afrontada con sonda en T drenando 100 ml de material biliar, abdomen blando depresible doloroso en herida quirúrgica, peristalsis presente pero disminuida sin datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades íntegras con presencia de paraplejas con buen llenado capilar, y*

**c)** El expediente clínico de la Torre Médica de Tepepan, del que destacan:

**c1)** La hoja frontal para diagnósticos e intervenciones quirúrgicas en la que se hicieron constar el diagnóstico de *probable hepatitis viral* —el 19 de junio— y dos valoraciones de anestesiología —el 11 de julio— en las que el doctor Torres —anestésista— señaló:

- A las 9:30 horas: *Se realizará procedimiento Qx. con los medicamentos que cuenta la unidad médica (halotano) a pesar que se ha solicitado (?) —ilegible— en la unidad.*
- A las 13:00 horas: *Masculino 39 años programado para colecistectomía + exploración de vías biliares + colocación de sonda en T. Valorado con estado físico DSD E-3-B, monitoreo (?) —ilegible— T/A:120/80, FC: 80X', Técnica anestésica BPD + sedación ingresos Hartman 1500 ml, mixta 1000 ml, egresos 2300 ml (?) —ilegible— 700 ml, mantenimiento (?) —ilegible— 2:1 c/E —con epinefrina— 400 mcg bupi 40 mg fentanest 400 mcg dosis total fraccionada,*

*termina acto anestésico QX sin accidentes ni incidentes y pasa paciente a recuperación con aldrete de 9;*

**c2)** La nota de evolución y alta de medicina interna de 6 de julio, en la que se asentó lo siguiente:

*Por US —ultrasonido— se reporta: ictericia obstructiva, colelitiasis, dilatación de vías biliares intra y extrahepática, PB. coledocolitiasis.*

*Valorado por cirugía general, quien programa para cirugía el día de mañana...*

En el reverso de la misma hoja, a las 22:00 horas del 7 de julio a las 22:00 horas, se asentó:

*... No se realiza procedimiento por falta de anestesiólogo;*

**c3)** Solicitud y registro de intervención quirúrgica de 6 de julio, en la que se señala que se programó la cirugía para el 7 de julio y, en el apartado de registro de operación, se anotó:

*ANESTESIA ADMINISTRADA: BPD ANESTESIOLOGO: Enrique Torres*

En el reverso de la misma hoja, sin fecha, se especificaron la técnica quirúrgica, los hallazgos operatorios, las complicaciones transoperatorias y las observaciones;

**c4)** La nota de evolución nocturna de 10 de julio a las 22:00 horas, en la que se hizo constar que *la H.C. —historia clínica— se realizó desde el día de su ingreso;*

**c5)** La nota postoperatoria de 11 de julio a las 13:45 horas, en la que se hizo constar:

*Diagnóstico preoperatorio: coledocolitiasis*

*Diagnóstico postoperatorio: mismo*

*Operación efectuada: colecistectomía, coledocotomía con exploración vía biliar; colocación sonda en T*

*Técnica: Hoja quirúrgica*

*Hallazgos: Hoja quirúrgica*

***Complicaciones: ninguna***

**c6)** La nota del 11 de julio a las 17:35 horas en la que se señaló:

*Paciente masculino PO de colecistectomía más exploración de vía biliar, estable, refiere sentir aún extremidades inferiores dormidas. Sonda drenando aprox. 50 ml. Hx. Qx. con escasa salida de líquido hemático, resto normal.*

En la misma hoja aparece una nota de evolución elaborada a las 22:00 horas —sin fecha— en la que se señaló:

***...aún presenta falta de sensibilidad de muslos a parte distal de ambos miembros pélvicos. Indico butilioscina y resto igual;***

**c7)** Nota de evolución matutina de 12 de julio —no refiere la hora— en la que se señaló:

*... con falta de movilidad en miembros pélvicos... no puede mover miembros pélvicos, sensibilidad hasta tercio medio de ambos muslos, no reflejos... se solicita valoración por anestesiología.*

En la misma hoja aparece una nota *subsecuente* realizada el mismo día a las 9:10 horas, en la que se señaló:

*Se le explica al doctor Torres que el paciente no puede mover las piernas y **no presenta sensibilidad de las rodillas para abajo. Por indicación telefónica del doctor Torres se indica antiinflamatorios. Pendiente valoración anestesia.***

En el reverso de la misma hoja, aparece una nota de evolución elaborada a las 8:20 horas del 13 de julio, en la que se señaló:

*... refiere falta de movilidad de miembros pélvicos... por cirugía todo va bien, el postoperatorio dentro de la normalidad, por anestesiología deberá continuar manejo muy estricto. **Interconsulta urgente a neurocirugía hoy...***

**c8)** La nota de anestesiología de 13 de julio a las 16:00 horas, en la que el doctor Torres —anestesiólogo— asentó:

*... Actualmente el paciente se encuentra consciente, tranquilo, bien orientado, sin compromiso cardiorrespiratorio aparente, ... Miembros inferiores sin cambios con zonas de presión a región de talón, Babinsky nulo. **No encuentro reporte de interconsulta de neurocirugía para ajustar manejo médico y sugiero la realización de potenciales evocados;***

**c9)** La nota de evolución matutina en la que, el 14 de julio a las 7:55 horas, personal del servicio de cirugía general hizo constar que:

*... se refiere preocupado sin sensibilidad y movilidad aún de miembros pélvicos... el postoperatorio de la vía biliar dentro límites normales; sólo falta la problemática de miembros pélvicos. P. IC —pendiente interconsulta— neurocirugía de columna;*

**c10)** La nota de anestesiología de 15 de julio a las 15:00 horas, en la que el anestesiólogo asentó:

*Me presento a la unidad médica a valorar y para visita al paciente Luis Santos Guzmán a quien no encuentro por haber asistido a interconsulta a cirugía de columna (H. G. Villa);*

**c11)** Después de las notas antes señaladas aparecen dos hojas sueltas más, que no tienen continuidad con el resto de las notas del expediente:

- El 12 de julio a las 11:00 horas, el anestesiólogo asentó: *...con pérdida de movilidad de miembros inferiores, **así como sensibilidad de la rodilla hacia los pies. Se sugiere interconsulta al servicio de rehabilitación y neurocirugía, así como manejo con analgésicos, antiinflamatorios, esteroideos y complejo B. Así como terapia térmica. Pronóstico: bueno sujeto a evolución clínica.***
- El 12 de julio a las 22:00 horas, en una nota de evolución nocturna se asentó: *...extremidades, tono, fuerza y sensibilidad abolidos. **Con paraplejía Ms Is sec. prob. a sobredosis de anestésico (BPD).***
- El 12 de julio a las 23:00 horas, un anestesiólogo cuyo nombre es ilegible, asentó: *...bajo bloqueo epidural en T8 y T9 cursa con 36 horas de postoperado,*

*conciente, congruente y refiere que durante el procedimiento anestésico sintió varios piquetes en la espalda y sintió toques eléctricos y que desde entonces no siente sensibilidad sensitiva y motora de sus extremidades inferiores, así como pérdida de control de esfínter, se realiza valoración neurológica y psicomotriz encontrando pulsos (?) —ilegible— conservados, no hay reflejos osteotendinosos, Babinsky nulo, no sensibilidad sensitiva ni motora en todo el trayecto del ciático, se espera reporte de neurología;*

**c12)** La nota de atención en urgencias del Hospital de General Xoco de 13 de julio del 2000 a las 11:54 horas, en la que se hizo constar:

*... imposibilidad a la movilización de Es pélvicas (sic) posterior a procedimiento Qx... padecimiento actual lo inicia hace dos días posterior a realización de colecistectomía, coledocotomía y exploración de vías biliares, con colocación de sonda en T realizando BPD, refiriendo posterior al mismo curso con déficit motor con incapacidad funcional para la movilidad de ambos miembros pélvicos y déficit sensitivo... exploración sensitiva con nivel sensitivo a T10. Extremidades pélvicas, simétricas, eutróficas, con ausencia de reflejos rotuliano, aquileo, Babinsky indiferente. **I.D. síndrome de médula espinal anterior. Se valorará por parte de NC;***

**c13)** La nota de neurocirugía elaborada en el Hospital Balbuena el 13 de julio del 2000 a las 13:00 horas, en la que se asentó:

*... a la exploración física se encuentra con nivel sensitivo a nivel de T10 con ausencia de reflejos osteotendinosos rotuliano, aquileo, y Babinsky indiferente. Tacto rectal con esfínter rectal hipotónico, con presencia de heces en ámpula rectal. Paciente el cual curso con **Sx (síndrome) de la médula espinal anterior, se recomienda manejo con corticoesteroides así como valoración por cirugía de columna...***

**c14)** La nota de anestesiología de 25 de julio a las 14:30 horas, en la que el doctor Torres asentó:

*... miembros inferiores sin cambios con presencia de zonas de presión en región del talón, no hay datos de sensibilidad superficial y profunda, ROTS ausentes, Babinsky nulo, aunque se le recomienda al paciente que inicie con ejercicios de rehabilitación y se le comenta que el día lunes asistirá a Cirugía de Columna al Hospital Villa...;*

**c15)** La nota subsecuente de 17 de julio a las 13:00 horas, en la que el doctor Ontiveros señaló:

*No fue valorado por Neurología en el Hospital la Villa. Es necesario envío al servicio de Columna, ya que es urgente. Sin mejoría aparente respecto a las notas previas;*

**c16)** La nota del anestesiólogo del 17 de julio del 2000 a las 15:00 horas, en la que se especifica:

*... se revisan miembros inferiores encontrándose presencia de tono muscular de miembro pélvico derecho, así como pulsos periféricos en ambas extremidades, se realiza neuroestimulación de 100 HZ en ambas extremidades pélvicas habiendo respuesta únicamente a nivel de la cintura hacia arriba y no encontrando respuesta alguna en ambos miembros pélvicos.*

*El día de hoy se solicita interconsulta a cirugía de columna en el Hospital Villa para el día miércoles... por el momento continúa con manejo establecido y en espera de mejoría clínica;*

**c17)** La nota de 18 de julio del 2000 a las 11:20 horas, en la que el anestesiólogo refirió:

*... Miembros inferiores: paciente que presenta tono muscular en pierna der. así como pulsos periféricos, pero ausencia de reflejo rotuliano, cremaster, aún sin control de esfínteres, refiere el paciente únicamente sensación de evacuar... continuamos dándole neuroestimulación a ambas extremidades con 100 Hz sin obtener hasta el momento respuesta... Comentario: considero que como mejoren sus pruebas de funcionamiento hepático mejorará su estado clínico del paciente ya que está se encuentran aumentadas (sic).*

*Queda pendiente para el día de mañana la interconsulta al servicio de cirugía de columna al Hospital Villa para comentar el caso y ver la posibilidad de realizar estudios de radiodiagnóstico...;*

**c18)** La nota de 19 de julio a las 11:00 horas, en la que el anestesiólogo señaló:

*... Miembros inferiores sin cambios, el paciente refiere sentir estímulos eléctricos de pequeña intensidad con el neuroestimulador de 100 Hz, pero aún sin movimiento de pie, únicamente 2o y 3er dedo de ambos pies.*

*Comentario: el día de hoy asistimos a valoración a Hospital de Urgencias Villa, a cirugía de columna quien consideran la realización de electromiografía y resonancia magnética;*

**c19)** La nota de 20 de julio a las 14:30 horas, en la que el anestesiólogo señaló:

*... Comentario: el día de hoy asistimos a la realización de electromiografía de miembros pélvicos, queda pendiente la realización de resonancia magnética...;*

**c20)** La nota de 24 de julio a las 12:30 horas, en la que el anestesiólogo señaló:

*... en espera de la realización de resonancia magnética, para acompletar (sic) estudios solicitados por cirugía de columna...;*

**c21)** Nota de 26 de julio a las 9:30 horas, en la que el anestesiólogo señaló:

*... miembros inferiores sin cambios... aún en espera de resultado de resonancia magnética la cual fue realizada el día 24 07 2000;*

**c22)** La hoja de referencia y contrarreferencia de 13 de julio, por la que la Torre Médica Tepepan solicitó al Hospital General La Villa que se brindaran servicios de *neurología o medicina física y rehabilitación* al señor Santos, a fin de descartar una lesión medular. En la contrarreferencia se anotó que:

*No se cuenta con ninguno de los dos servicios en turno vespertino y fin de semana, favor de realizar nuevamente la interconsulta en horario matutino de lunes a viernes y acudir a la unidad hospitalaria antes de las 13:00 horas;*

**c23)** La hoja de referencia y contrarreferencia por la que, el 14 de julio, la Torre Médica Tepepan solicitó que se enviara nuevamente al paciente a los servicios de *neurología o medicina física* del Hospital General La Villa. El paciente no fue

trasladado a este hospital hasta el 17 del mismo mes, donde, en el apartado de contrarreferencia, se asentó:

*No contamos con neurología por lo cual no puede ser atendido en esta unidad.*

**c24)** La hoja de referencia y contrarreferencia de 20 de julio, por la que la Torre Médica de Tepepan envió al paciente al servicio de rehabilitación del Hospital General La Villa y en la que se hizo constar:

*Paciente masculino con Dx de paraplejía secundaria a bloqueo T-10 y T-11 por colecistectomía + exploración de vías biliares, el paciente ya fue valorado por columna el cual solicita electromiografía. Tratamiento inicial: esteroides, tiamina, medidas generales;*

**c25)** Dos hojas de referencia y contrarreferencia de 24 de julio por las que la Torre Médica Tepepan canalizó al paciente al Instituto Nacional de Nutrición para que se le realizara una resonancia magnética. La primera no tiene sello de recibido. En estas hojas se hizo constar:

- En la primera: *paciente masculino con su 13 día de EIH de P de cirugía colecistectomía... bajo BPD y quien al día siguiente de intervención quirúrgica cursó con paraplejía de miembros inferiores sitio de la punción T10 T11... M. I. con presencia de tono muscular, con pulsos periféricos y con ausencia de reflejo cremasterano, rotuliano. Tratamiento inicial: **analgésicos inflamatorios esteroideos, Complejo B, neuroestimulación, medicinas generales.** Diagnósticos: lesión medular.*

- En la segunda: *Paciente masculino de 39 años de edad con el antecedente de parálisis de miembros inferiores posterior a BPD con **anestésicos locales (Lidocaína Bupivacaína al 5%) hace 14 días. Tratamiento Inicial: 1. Dexametasona 8 mg IV c/8 hrs. 2. Complejo B. 3. Interconsulta al S. de cirugía de columna. Diagnósticos: Lesión medular a nivel de T10 —escrito con máquina— y T10 —que parece haberse sobre escrito a mano—;***

**c26)** La hoja de indicaciones médicas de 12 de julio, en la que a las 9:15 horas por primera vez se prescribieron antiinflamatorios esteroideos —1. *Hidrocortisona en sol 1 gr. IV en solución, 2. Dexametasona 16 mg. IV en solución, 3. Complejo b una amp. IM diaria— y a las 22:00 horas se indicó **mismo manejo y pte. val. Anestesiología;***

**c27)** El reporte de electromiografía elaborado en el Hospital General La Villa el 20 de julio, en el que se concluyó:

**EMG ANORMAL INDICATIVA DE LESION MEDULAR A NIVEL DEL SEGMENTO T10 T11;**

**c28)** El resultado de la resonancia magnética efectuada en el Instituto Nacional de Nutrición el 28 de julio, en el que se concluyó:

**COMPLEJO DISCO OSTEOFITARIO A NIVEL DE T8-T9 CON CAMBIOS ISQUEMICOS EN LA MEDULA ESPINAL.  
ARACNOIDITIS A NIVEL DE C7, C8 Y C9.**

3. El 2 de agosto del 2000 se presentaron en esta Comisión los doctores Luis Antonio Rangel Mancilla, Subdirector de Servicios Médicos para la Impartición de Justicia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y Guadalupe Flores, su asistente, para conocer el estado que guardaba



nuestro expediente de queja. Se les informó que la señora Yolanda Piedras había manifestado que no se le había explicado ampliamente el estado de salud de su esposo. El doctor Rangel se comprometió a hacerlo personalmente.

4. El mismo día se comunicó a esta Comisión la señora Piedras, quien nos hizo saber que su esposo ya había sido dado de alta y trasladado al Servicio Médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Se le indicó que el doctor Rangel Mancilla la atendería personalmente para explicarle la situación de su esposo. Accedió a que se le concertara una cita el 3 de agosto.

5. El 3 de agosto, acompañada de personal de esta Comisión, la quejosa se presentó en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, donde fue atendida por los doctores Héctor Galindo Pacheco, Director de Servicios de Salud para la Impartición de Justicia, y Luis Antonio Rangel Mancilla. Después de que la señora Piedras planteó los hechos motivo de la queja, el doctor Galindo Pacheco le informó que ya había girado instrucciones para que su esposo fuera trasladado al Hospital General La Villa, con la finalidad de que los especialistas en columna lo valoraran y se estuviera en condiciones de emitir un diagnóstico y el tratamiento a seguir. Agregó que estaban dispuestos a ofrecerle todo lo necesario para que su esposo se recuperara. El doctor Rangel también explicó a la quejosa que, **al parecer, su esposo tenía una hernia de disco anterior a la operación, la cual muy posiblemente le había ocasionado la paraplejía**, pero que en tanto no se realizara la valoración correspondiente no se estaría en facultad para determinar la causa exacta. La quejosa le solicitó que no se le enviara nuevamente a Tepepan dada la mala atención que ahí se le proporcionó.

6. El 7 de agosto, mediante oficio 21367, se solicitaron a la Directora Jurídica de la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal un informe amplio y detallado respecto de los hechos motivo de la queja y una copia de la valoración médica realizada al señor Luis Santos Guzmán en el Hospital General La Villa.

7. El 8 de agosto, la Directora Jurídica de la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal nos envió copia de la historia clínica elaborada en la Torre Médica de Tepepan —transcrita en el inciso a del punto 2— y copia del resumen clínico elaborado en el Hospital General Villa en el que se señaló lo siguiente:

*Paciente masculino de 39 años el cual ingresa al servicio de columna el día 04-08-00 con antecedentes de sufrir el día 18-07-00 cirugía por colecistitis crónica agudizada, realizando colecistectomía y exploración de vías biliares y colocación de sonda en T, evolucionando posteriormente con paraplejía de miembros pélvicos, valorado por nuestro servicio se solicitan estudios de electromiografía y resonancia magnética nuclear las cuales son presentadas el día 04-08-00, reportando electromiografía anormalidad indicativa de lesión medular a nivel del segmento T10-T11, resonancia magnética se observa imágenes hiperintensas de T8 y T9 sugestivo de cambios isquémicos, por lo que se ingresa a nuestro servicio para protocolo de estudio, valorado por Cirugía General, comentando que 25 días se realizará colangiografía por sonda en T.*

*Actualmente el paciente se encuentra con signos vitales estables, con presencia de Hx Qx limpia bien afrontada con sonda en T funcional, con sonda Foley funcional al no controlar esfínter, neurológicamente sin cambios, estando manejado conjuntamente con el Servicio de Cirugía General, y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.*

8. El 15 de agosto, la señora Yolanda Piedras Gutiérrez informó a personal de esta Comisión que un especialista en columna del Hospital General La Villa le dijo que había que esperar 20 días para retirar la sonda en T que tenía su esposo e iniciar la terapia de rehabilitación. Ello, en virtud de que éste presentaba una inflamación en la columna que le oprimía la médula espinal.

9. El 21 de agosto, mediante oficio 22445, se solicitó al Secretario de Salud del Distrito Federal un informe amplio y detallado respecto de los hechos motivo de la queja y copia de la valoración médica —diagnóstico, pronóstico y tratamiento— realizada al señor Luis Santos Guzmán en el Hospital General La Villa.

10. El 24 de agosto, mediante oficio DJ/474/2000, la Directora Jurídica de esa Secretaría nos remitió copia de los siguientes documentos:

a) Resumen clínico en el que el doctor Manuel Dufoo Olvera, Jefe del Servicio de Clínica de Columna del Hospital General La Villa, hizo constar que:

*...refiere el paciente que en el periodo de operación postquirúrgico presentó disfunción motora y sensitiva del cuerpo miembros inferiores con incapacidad para movimiento de los mismos.*

*El día 20 de julio del 2000 presenta problemas de vías biliares por lo que es enviado al hospital de "Xoco" donde es reintervenido de su problema abdominal, persistiendo el problema neurológico, motor y sensitivo por lo que se solicita el día 21 de julio del 2000, interconsulta con la unidad de columna del Hospital General "La Villa" donde es evaluado y se solicitan estudios de imagenología, laboratorio y gabinete —electromiografía, resonancia magnética nuclear, radiografías, biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático—...*

*.. siendo los diagnósticos de ingreso los siguientes:*

- 1) Paraplejía en el nivel T10 con 30 días de evolución*
- 2) Infección de vías urinarias*
- 3) Infección de vías respiratorias*
- 4) Escara en la región sacra*
- 5) Postoperatorio tardío de vías biliares con compromiso obstructivo.*

*Durante su hospitalización se instaló tratamiento de medicina física de rehabilitación, inhaloterapia, farmacoterapia para los problemas de infección y vigilancia de la permeabilidad de vías biliares, evolucionando satisfactoriamente del problema respiratorio y urinario el día 11 de agosto del 2000 se practicó escarectomía en la región sacra; evoluciona con progresión del problema obstructivo biliar por lo que practicó estudio de colangiografía el 8 de agosto del 2000.*

*Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones generales bajo el tratamiento integral del problema neurológico (paraplejía) mediante programa de medicina física e inhaloterapia, continua bajo vigilancia del servicio de cirugía general del problema de vías biliares.*

*Pronóstico: en relación al problema de vías biliares se espera evolución hacia la mejoría. En relación al problema de paraplejía continuará con el protocolo extrahospitalario del paciente parapléjico...;*

b) Resumen clínico de 22 de agosto del 2000, en el que del cirujano general Edgar Sánchez López, adscrito a la Torre Médica de Tepepan, señaló:

*... se efectuó cirugía programada el 11 de julio del presente año realizándole colecistectomía, coledocotomía, exploración de vía biliar con extracción de lito y colocación de sonda en T; durante el transoperatorio sin complicaciones. Postoperatorio presentó paraplejía lo que motivó a realizar protocolo de estudio...;*

**c)** Nota de evolución anestésica transoperatoria —sin fecha y no incluida en el expediente clínico— en la que el anestesiólogo Enrique Torres Garcilazo, adscrito a la Torre Médica de Tepepan, señaló:

*...Se realiza premedicación anestésica con fentanest 100 mcg y atropina 700 mcg. **Se explica al paciente la técnica anestésica y se acepta por parte del paciente BPD más sedación.***

*Se coloca al paciente en decúbito lateral del lado derecho, se realiza asepsia y antisepsia con merthiolate y se palpa sitio de punción a nivel de T10 T11 aplicando infiltración con lidocaína al 2 % 80 mg. Y posteriormente colocación de bloqueo peridural con aguja Touhy no. 16, se checa sitio con prueba de Doglyoti y se administra xilocaína al 2% con epinefrina 100 mg. Se fija catéter peridural se voltea al paciente boca arriba y se administra xilocaína al 2% con epinefrina 200 mg. Más 20 mg de bupivacaína al 0.5 % se da una latencia de 20 minutos mientras tanto se toma nuevamente sus signos vitales encontrándose tensión arterial 120/70 y frecuencia cardiaca de 82 por minuto...*

*...Durante el transanestésico el paciente cursa hemodinámicamente estable con tensiones arteriales promedio de 110/70 y frecuencias cardíacas de 80 por minuto. Asimismo se mantiene con puntas nasales O2 cuatro litros por minuto, y fentanest 300 mcg dosis total fraccionada.*

*El paciente se encuentra consciente, tranquilo, bien orientado y sin compromiso cardiorespiratorio. Pasa posteriormente a recuperación con Aldrete de 9..., y*

**d)** Nota de evolución anestésica postoperatoria —sin fecha, tampoco incluida en el expediente—, en la que el anestesiólogo Enrique Torres Garcilazo, adscrito a la Torre Médica de Tepepan, señaló:

*Durante el postoperatorio inmediato durante el turno vespertino y nocturno y durante la exploración del paciente se encuentra la pérdida de la sensibilidad y movilidad de ambos miembros pélvicos.*

*El 12 de julio de 2000, durante la exploración física que efectué me percaté que el paciente continúa con pérdida de sensibilidad y movilidad de ambos miembros pélvicos y que se encuentra por nivel metamérico una lesión a nivel de T10 por lo que se sugiere interconsulta al servicio de neurocirugía y rehabilitación, asimismo se inicia manejo a base de anti-inflamatorios esteroideos y complejo B así como neuroestimulación.*

*Jueves 13 de julio del 2000 paciente quien es valorado por el servicio de neurocirugía del Hospital de Urgencias Xoco y quien da la impresión diagnóstica de síndrome de médula espinal anterior y quienes sugieren continuar con el manejo de corticoides y valoración por el servicio de cirugía de columna.*

*A su regreso de la valoración previamente mencionada se realiza la coordinación con el Hospital General "Villa" quien acepta al paciente para ser valorado el día 14 de julio del 2000 fecha en la que es llevado a dicho hospital, desafortunadamente no se encuentra con dichos servicios que previamente se habían coordinado y el*

*paciente es regresado a la Torre Médica Tepepan para continuar con su manejo a base de corticoides, complejo B y neuroestimulación.*

*Lunes 17 de julio del 2000, se envía nuevamente a Urgencias "Villa" en donde por no contar con el servicio de neurología lo regresan a esta Unidad.*

*Miércoles 19 de julio del 2000, paciente quien el día de hoy es valorado por el servicio de cirugía de columna del Hospital de Urgencias "Villa" quienes sugieren la realización de electromiografía y resonancia magnética, ese mismo día se tramita la realización de electromiografía en el Hospital de Urgencias "Villa".*

*Jueves 20 de julio, se realiza electromiografía en el Hospital de Urgencias "Villa", encontrándose los siguientes resultados EMG. Anormal indicativa de lesión medular a nivel del segmento T10 T11 con estos resultados se solicita la realización de resonancia magnética.*

*Viernes 21 de julio, se tramita con trabajo social la realización de resonancia magnética en el Instituto Nacional de la Nutrición.*

*Lunes 24 de julio del 2000, a las 18:00 p.m. se realiza resonancia magnética y se nos comenta que los resultados estarán el día 31 de julio del 2000.*

*Lunes 31 de julio del 2000, el resultado de la resonancia magnética reporta: complejo disco osteofitario a nivel de T8-T9 con cambios isquémicos en la médula espinal.*

*\* Aracnoiditis a nivel de C7-C8-C9.*

*Una vez teniendo los resultados de los exámenes solicitados por los especialistas de cirugía de columna se solicita interconsulta a Hospital Urgencias "Villa" al servicio de cirugía de columna.*

*El día 26 de julio del 2000, posterior al retiro de la sonda en T el paciente cursa con cuadro de dolor abdominal y durante el turno nocturno es trasladado al hospital de urgencias Xoco por no contar en al unidad con anestesiólogo y cirujano en turno nocturno.*

*Viernes, 28 de julio del 2000, aún sin estar el paciente en la Torre Médica Tepepan, se tramita su cita a cirugía de columna del Hospital de Urgencias "Villa", otorgándola para el día lunes 31 de julio del 2000 acudiendo personalmente al igual que a las otras interconsultas y estudios.*

**12.** El 5 de octubre del 2000, con base en los documentos que obran en el expediente de queja, la médica legista de esta Comisión emitió una opinión técnica en la que concluyó que:

**a)** *El señor Santos ingresó al Hospital el 19 de junio del 2000. Después de practicarle diversos estudios, en el mes de julio del mismo año se le diagnosticó coledocolitiasis (piedras en el conducto biliar) por lo que se decidió intervenirlo quirúrgicamente. Después de la operación y la anestesia, perdió la sensibilidad y la movilidad de los miembros inferiores.*

*En las notas de cirugía y anestesia no se especifica si antes de llevar al paciente a su cama se valoró que ya hubiesen pasado los efectos de la anestesia.*

*En las notas posteriores a la cirugía —ese mismo día— se observa que el interno refirió tener las extremidades inferiores dormidas y falta de sensibilidad en las mismas. A*

pesar de ello, lo único que le indicaron fue un analgésico. Debido a que el paciente continuaba igual, no fue sino hasta el día siguiente que se solicitó la valoración del anestesiólogo, quien vía telefónica dio indicaciones de que se le administraran antiinflamatorios.

Si tomamos en cuenta que el señor Santos no presentaba ningún problema neurológico antes del acto anestésico, podemos considerar que la paraplejía que actualmente presenta fue secundaria al proceso anestésico que realizó personal médico adscrito a la Torre Médica de Tepepan.

Es sabido que los bloqueos son procedimientos que se realizan a ciegas y que un error en su aplicación puede tener consecuencias graves. Suponemos que la imposibilidad de mover y sentir las piernas se derivó del acto anestésico. Ello se confirma con una de las notas en las que los mismos médicos refieren “**paraplejía de miembros inferiores, secundario probablemente a sobredosis de anestésico (BPD)**” —bloqueo peridural— Así pues podríamos estar ante el supuesto de un accidente anestésico que ocurrió al momento del bloqueo y ocasionó el problema neurológico que presenta el señor Santos, y

**b) La forma en que se elaboró e integró el expediente permite suponer que fue alterado:**

**b.1) En la hoja frontal —que sólo se utiliza para enunciar los diagnósticos y las intervenciones quirúrgicas— aparecen dos notas de anestesiología —elaboradas de manera irregular a las 9:30 y a las 13:00 horas del 11 de julio del 2000— inmediatamente después del diagnóstico de ingreso.**

**No existe razón alguna para que dichas notas se localicen ahí. Corresponden a la técnica de anestesia por lo que, en teoría, deberían estar en la parte que corresponde al desarrollo de la cirugía. Por otra parte, las hojas consecutivas a la hoja frontal corresponden a diversas notas elaboradas en el mes de junio.**

**b.2) En la nota de evolución de 6 de julio del 2000 se señaló que el interno sería sometido a cirugía al día siguiente. En la nota del 7 de julio se asentó que la cirugía se suspendía por falta de ropa quirúrgica.**

**Al reverso de la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica, programada para el 7 de julio, sin fecha ni hora, aparece la nota postquirúrgica. Esto resulta extraño porque, de acuerdo con lo asentado, la cirugía se suspendió.**

**b.3) En una nota del 10 de julio se asentó, sin motivo aparente, que la historia clínica “se elaboró desde que el paciente ingresó” al hospital.**

**Esta nota llama la atención en virtud de que la aclaración no era necesaria.**

**b.4) La cirugía se realizó el 11 de julio del 2000. Sin embargo, al referirse a la técnica y los hallazgos, la nota postoperatoria de las 13:45 horas —donde se establecen los diagnósticos pre y postoperatorios y el tipo de cirugía— remite al lector a la hoja quirúrgica —inciso b.2— que aparentemente se elaboró el 7 de julio.**

**Esto crea confusión debido a que estas notas deberían guardar un estricto orden cronológico. Es importante hacer notar que ni en esta nota ni en la de anestesia que se realizó el día de la cirugía se explica si el paciente pasó a**

**recuperación o a su cama sin complicaciones, o si se valoró que los efectos de la anestesia ya hubiesen desaparecido.**

b.5) A las 17:35 horas del 11 de julio aparece una nueva nota, al parecer de evolución, en cual se hace la primera referencia de que el interno siente las extremidades inferiores dormidas.

**No se señala si se avisó o no al anesthesiólogo, si se dio algún tipo de tratamiento o si se trató de investigar la causa por la que el paciente sentía las piernas dormidas.**

b.6) A las 22 horas de ese mismo día se señaló que el paciente aún presentaba falta de sensibilidad “de muslos en la parte distal de ambos miembros pélvicos” y se indica butilioscina —analgésico—.

**No hay referencia alguna a la causa probable de la falta de sensibilidad en los miembros inferiores, a que se haya aplicado tratamiento para ello o solicitado la valoración del especialista. Esta situación resulta bastante grave pues, de acuerdo con la literatura, cuando se presentan problemas o lesiones medulares debe actuarse rápidamente para evitar que se presente un daño irreversible. Además, si se toma en cuenta que el paciente no presentaba ningún problema neurológico antes de la cirugía y del acto anestésico, era de suponerse que la imposibilidad de mover y sentir las piernas podría ser secundaria al acto anestésico. A pesar de que debió actuarse de forma inmediata, se dejó transcurrir un tiempo valioso —que podía haber dado probabilidades de recuperación al paciente—.**

b.7) El 12 de julio del 2000, en la nota de evolución matutina —sin hora— se señala: “con falta de movilidad de miembros pélvicos, no puede mover miembros pélvicos, sensibilidad hasta tercio medio de ambos muslos, no reflejos y se solicita la valoración por anestesiología”.

**Como se puede observar, es hasta después de transcurridas 12 horas — durante las cuales ya se sabía que el paciente no tenía sensibilidad en las extremidades inferiores— que se solicitó la valoración por anestesiología.**

b.8) El 12 de julio a las 9:10 horas aparece una nota en la que se describe: “se le explicó al anesthesiólogo que el paciente no podía mover las piernas y no presentaba sensibilidad y el doctor indica vía telefónica que se administren antiinflamatorios”. También se señala que “está pendiente la valoración por anestesia”.

**En el reverso de esta hoja aparecen notas del 13 de julio a las 8:20 y 16:00 horas, del 14 a las 7:55 horas y del 15 a las 15:00 horas. En la primera —2 días después de la cirugía— se solicitó una interconsulta urgente a neurocirugía. En la nota de 14 de julio se solicitó una interconsulta al servicio de cirugía de columna “para que se revise el problema de miembros pélvicos”. En la nota del 15 se hace referencia a que “el paciente fue a su interconsulta de columna”.**

b.9) En el expediente aparecen tres notas elaboradas aparentemente el 12 de julio.

**Estas notas se elaboraron en hojas sueltas, lo que nos hace pensar que fueron realizadas posteriormente, ya que pierden continuidad con el resto del expediente.**

**b.10)** En la primera hoja aparecen dos notas. En la primera, realizada a las 11:00 horas, el anestesiólogo hace referencia a la situación del paciente, sugiere una interconsulta al servicio de rehabilitación y neurocirugía y establece “manejo con analgésicos, antiinflamatorios esteroideos y complejo B así como terapia térmica”. En la segunda, de las 22:00 horas, se describe: “con paraplejía de miembros inferiores, secundaria probablemente a sobredosis de anestésico (BPD)”.

**En las indicaciones médicas de las 22:00 horas del 12 de julio se hizo constar que estaba pendiente la valoración del anestesiólogo. En la segunda nota, los mismos médicos sugieren la posibilidad de que el problema neurológico que presentaba el señor Santos se debiera a una negligencia.**

**b.11)** En la segunda hoja aparece una nota elaborada a las 23:00 horas, en la que se hizo constar que el paciente “refiere que durante el procedimiento anestésico sintió varios piquetes en la espalda y sintió toques eléctricos y que desde entonces no siente sensibilidad sensitiva y motora de sus extremidades inferiores”. La impresión diagnóstica es “síndrome medular en estudio”.

**De acuerdo con esta nota, las posibilidades de que la lesión del paciente sea secundaria al procedimiento anestésico aumentan, ya que él mismo refiere que empezó a sentir molestias durante la administración de la anestesia y que desde entonces perdió la sensibilidad.**

**b.12)** No fue sino hasta el 13 de julio a las 8:30 horas cuando se solicita la interconsulta a neurocirugía. El mismo día se valoró al paciente en el Hospital Balbuena y se determinó que: el “paciente el cual cursa con síndrome de la médula espinal anterior, se recomienda manejo con corticoesteroides así como valoración por cirugía de columna”. El 19 de julio el paciente es valorado en cirugía de columna, donde se solicitan “electromiografía y resonancia magnética”. El 20 de julio se realiza la electromiografía y, el 24, la resonancia magnética.

**La interconsulta con el especialista se realiza hasta el 13 de julio; es decir, 24 horas después de que se realizó la cirugía que ocasionó el problema del señor Santos. Seis días después, el 19 de julio, se solicitan los estudios encaminados a determinar el tipo de lesión. Dichos estudios se realizan el 20 y el 24 de julio. Esto pone de manifiesto que el problema del paciente se trató muy a la ligera, se minimizó y se dejó pasar tiempo que hubiera sido valioso para resolverlo.**

### **Conclusiones.**

La actuación del personal médico de la Torre Médica de Tepepan fue negligente debido a que no se dio importancia al caso del señor Luis Santos Guzmán, aun cuando resultaba evidente que la falta de sensibilidad y movilidad de sus piernas se había presentado después del acto anestésico.

Los síntomas del paciente obligaban a que se buscara una solución inmediata. Contrario a ello, se esperó más de 24 horas para solicitar una interconsulta, con lo que se anularon las posibilidades de recuperación del paciente.

Por otro lado, el expediente clínico no cumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168 (NOM-168-SSA1-1998), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y de observancia obligatoria. Dicha norma establece en los numerales 5.8. y 5.9 que: “Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su

caso, número de cama o expediente”. “Todas 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”.

*En la norma también se destaca la importancia de sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.*

*Si el expediente clínico no se elabora con base en los lineamientos establecidos, es imposible tener la certeza de que la actuación del personal médico haya sido la adecuada.*

*Cuando nos encontramos frente a una controversia de tipo médico, es indiscutible que la única prueba confiable y valiosa de la que podemos disponer para resolver el problema es el expediente clínico. Así, cuando lo que se desea saber es si existió o no responsabilidad médica, los peritos tendrán que basarse en los elementos que obran en el expediente, pero si éste no está adecuadamente integrado o existe duda sobre su elaboración, se dificulta emitir una opinión o una conclusión.*

*En el caso que nos ocupa, el expediente clínico parece haber sido alterado. Quizá los datos descritos en notas diferentes, que carecían de continuidad con el resto de las anotaciones, sólo se deban a una falta de cuidado. No obstante, aunque no pudiéramos hablar de una responsabilidad específica en cuanto a la técnica anestésica aplicada —que no se describe adecuadamente en el expediente—, existe responsabilidad porque no se prestó al paciente la atención que requería en forma rápida, oportuna y eficaz que, tal vez no hubiera evitado el daño pero sí lo hubiera revertido o limitado. También podría existir responsabilidad administrativa, pues no se cumplió con lo establecido en la norma oficial.*

**13.** El 29 de enero del 2001 se solicitó al doctor Fernando Cueva del Castillo —médico cirujano con especialidad en traumatología y ortopedia y subespecialidad en cirugía de columna—, un peritaje que precisara: a) la etiología probable de dicha lesión; b) si el tratamiento aplicado al señor Santos fue adecuado y oportuno, y c) las probabilidades de recuperación del paciente.

**14.** El 16 de febrero, el doctor Cueva del Castillo nos hizo llegar el peritaje solicitado, en el cual señaló:

...  
**DOCUMENTOS ESTUDIADOS**

*Los expedientes clínicos elaborados al señor **LUIS SANTOS GUZMAN** en la Torre Médica de Tepepan, en el Hospital General Xoco, en el Hospital General Villa, diversas notas médicas realizadas en el Hospital General Balbuena y el informe emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.*

**EVIDENCIAS Y ANALISIS**

*De la lectura y análisis de dichos documentos, se desprende que:*

*Se trata de un paciente masculino de 39 años de edad. De sus antecedentes, los de mayor importancia para determinar su padecimiento son los siguientes:*



En el mes de junio del 2000, inicia con un cuadro de síndrome icterico de etiología a determinar; se le practican diversos estudios, por los que se determina que dicho cuadro es secundario a una coledocolitiasis. Por ello, el 11 de julio del mismo año, es intervenido quirúrgicamente. De acuerdo con **la nota postoperatoria (POP) realizada a las 13:45 horas**, se realizaron al paciente los procedimientos de “colecistectomía, coledocotomía, exploración de vías biliares y colocación de sonda en T”.

Después de dicha cirugía, en una **nota médica de las 17:35 horas** se establece que el paciente “refiere sentir aún extremidades inferiores dormidas”. Ese mismo día, en la **nota de evolución de las 22:00 horas** se reporta como dato de importancia que éste “aún presenta falta de sensibilidad de muslos a distal en ambos miembros pélvicos”. De ello se desprende que esta nota se realizó casi 9 horas después de haber concluido el procedimiento quirúrgico.

De acuerdo con la **nota de evolución matutina realizada el 12 de julio del 2000**, el paciente continua con “falta de movilidad de miembros pélvicos... no puede mover miembros pélvicos, sensibilidad hasta tercio medio de ambos muslos, no reflejos...” y además se señala que “se solicita valoración por anestesiología...” Con la misma fecha, aparece una **nota subsecuente de las 9:10 horas** en la que se asienta que se explica vía telefónica al Dr. Torres el estado del paciente, que éste indica antinflamatorios y que queda pendiente la valoración por anestesia —aquí es importante señalar que, hasta ese momento, habían transcurrido 11 horas de la primera observación y casi 20 horas de la cirugía—. En las indicaciones médicas del mismo día, realizadas a las 9:15 horas, se inicia tratamiento con 1 gramo de hidrocortisona, 16 miligramos de dexametasona (sin que se especifique la frecuencia en la administración) y una ampula intramuscular diaria de complejo B. En seguida, a las 22:00 horas, se indica mismo manejo y queda pendiente la valoración de anestesiología.

Posteriormente, en una **nota de anestesiología con fecha del 12 de julio de 2000 a las 11:00 horas**, el doctor Torres (anestesiólogo) refiere que observa que al paciente “con pérdida de movilidad de miembros inferiores así como sensibilidad de la rodilla hacia los pies...” y sugiere interconsulta al servicio de rehabilitación y neurocirugía e indica manejo con esteroides analgésicos y complejo B.

En otra **nota de anestesia del mismo día, pero realizada a las 23:00 horas**, otro anestesiólogo señala que se realizó el bloqueo a nivel de T-8 T-9 y que durante el procedimiento el paciente manifestó datos de irritación neurológica.

En un informe que la Secretaría de Salud del Distrito Federal remite a la Comisión, se anexa una historia clínica —sin fecha— realizada por Dr. Enrique Torres Garcilazo, en la que especifica en el apartado de manejo anestésico, que el bloqueo se efectuó en el nivel T-10 T-11.

Como es posible observar, lo señalado en dicha historia clínica se contrapone con la nota anteriormente referida —la del 12 de julio a las 23 horas realizada por el servicio de anestesia—, ya que en ésta se señala que el bloqueo se realizó a nivel de T-8 T-9 y en aquélla se asienta que se realizó a nivel de T-10 T-11. En tal virtud, podemos suponer que en la Torre Médica de Tepepan no se llevó a cabo un control adecuado del procedimiento anestésico, pues ni del expediente clínico, ni del informe emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pueden obtenerse antecedentes objetivos del mismo.

En la **nota de evolución del día 13 de julio de 2000 de las 8:20 horas**, se asienta que el servicio a cargo (cirugía) solicitó una interconsulta (IC) a neurocirugía.

Consta en una **nota realizada en el Hospital de Balbuena a las 13:00 horas** de ese mismo día, que el señor Santos fue valorado por el servicio de neurocirugía, en donde se le diagnosticó síndrome medular anterior a nivel T-10 y se indicó manejo con dexametasona y una interconsulta a cirugía de columna (no se indica posología)—dosis—.

Existe otra **nota de anestesia del mismo día a las 16:00 horas**, en la que el Dr. Torres refiere que el paciente sigue sin cambios y “no encuentro reporte de interconsulta neurocirugía para ajustar manejo médico y sugiero la realización de potenciales evocados”.

Independientemente de lo señalado en la nota anterior, el doctor Torres, de cualquier forma, no habría podido ajustar el manejo debido a que en la nota del Hospital Balbuena no se indica la posología.

El señor Santos Guzmán ingresó a clínica de columna del Hospital la Villa el día 4 de agosto de 2000. En el resumen que se emitió el 22 de agosto se integran los siguientes diagnósticos: “paraplejía con nivel T-10, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias, escara sacra y postoperado de vías biliares”.

Por otro lado, el estudio de electromiografía que se realizó al paciente reporta una lesión medular del segmento T-10 T-11 y el estudio de resonancia magnética nuclear reporta complejo discoosteofitario T-8 T-9, hernia discal a este nivel que comprime el saco dural y médula espinal y hay datos de isquemia a este nivel y aracnoiditis de T-7 a T-9. Es probable que en las conclusiones exista un error de escritura, ya que hacen referencia de aracnoiditis en segmentos cervicales cuando más bien deberían corresponder a segmentos dorsales.

## **FUNDAMENTO**

El manejo de la lesión aguda de médula espinal, tiene como piedra angular el uso de esteroides del tipo de la metilprednisolona y la posología adecuada es de 30 mg. por kilogramo de peso para impregnación, a pasarse en una hora por vía intravenosa en 250 ml. de solución fisiológica o glucosada, continuando con dosis de mantenimiento de 5.6 mg. por kilogramo de peso por 23 en 500 ml. de solución a pasar en 23 horas por vía intravenosa, cuando la lesión de que se trata tiene una evolución de ocho horas o menos. Si la lesión ha evolucionado por un periodo mayor, el esquema de manejo debe de ser a base de dexametasona con la dosis de un bolo de 50 mg. de impregnación y a continuar con 10 mg. cada 3 dosis y continuar así con reducción de 2 mg. cada dosis, hasta llegar a 2 mg.

El uso de estos fármacos es con la finalidad de que se limite la lesión secundaria o tardía, provocada por la liberación de sustancias citotóxicas y citolíticas, a las que es muy sensible el tejido nervioso.

Si se instituye este manejo en forma temprana se logra limitar la lesión.

## **CONCLUSIONES**

1.- De acuerdo con la nota de anestesia signada por el doctor Torres, quien fue el que realizó el procedimiento, durante éste no se presentó complicación alguna. Sin embargo, la etiología del estado de paraplejía que presenta el paciente es de origen traumático y corresponde al nivel en que se efectuó la punción anestésica —T-10 T-11—. Esto se apoya y corrobora con el resumen clínico de fecha 22 de agosto de 2000 elaborado por el servicio de columna, con las notas médicas que obran en el

*expediente clínico —que corresponden al período de internamiento que guardó en la clínica de columna— y con los estudios auxiliares que se le practicaron —la electromiografía del 20 de julio y la resonancia magnética del 28 de julio de 2000—.*

*2.- El manejo médico que se le dio no fue el adecuado, debido a que no se instaló de manera oportuna y suficiente. El tratamiento para la lesión fue tardío, pues si bien no se podía revertir la lesión primaria, sí se podía evitar que se expandiera la lesión secundaria con un buen tratamiento; es decir, podría haberse limitado en ciertas zonas, evitando así daños mayores.*

*Esto se confirma con las notas médicas, las indicaciones y las notas de enfermería, donde claramente se observa que la posología de los medicamentos que se manejó no fue la apropiada para el tratamiento de una lesión medular. Debido a estas deficiencias, no fue posible limitar la lesión, ya que con base en la historia clínica, el paciente inicialmente presentaba alteraciones neurológicas “a nivel de muslos a distal” y cuando se realizó la valoración por neurocirugía, la lesión ya se había localizado en el nivel actual de T-10.*

*Por lo anterior, considero y reitero que el diagnóstico fue tardío y el manejo inadecuado e insuficiente.*

*3. No es posible establecer el grado de secuela con el que quedará finalmente el paciente, debido a que en las lesiones neurológicas a nivel de la columna se establece hasta después de 2 años de haberse sufrido la misma; sin embargo, la posibilidad de que recupere la función normal es limitada.*

### **COMENTARIOS**

*Es importante resaltar que el procedimiento anestésico al que fue sometido el paciente, es una maniobra a ciegas y el nivel en el que se efectuó se considera de alto riesgo porque siempre existe la posibilidad de que se presenten accidentes de este tipo. A pesar de ello, considero que si se hubiera instaurado un manejo acorde con el tipo de complicación, ésta podría haberse limitado.*

*Por otra parte, creo conveniente señalar que se observó que el expediente presenta alteraciones en las notas de evolución de los días posteriores al accidente y en las indicaciones que corresponden a estas fechas, pues como lo asenté anteriormente, no existe una cronología en ellas. Además, no aparece en el expediente la hoja de anestesia transoperatoria.*

*Por otro lado, es importante reiterar que lo señalado en la historia clínica se contrapone con la nota de anestesia realizada del 12 de julio a las 23 horas realizada por el servicio de anestesia, en virtud de que en ésta se asienta que el bloqueo se realizó a nivel de T-8 T-9 y en aquélla se anota que se realizó a nivel de T-10 T-11. De tal forma, podemos suponer que en la Torre Médica de Tepepan no se llevó a cabo un control adecuado del procedimiento anestésico, pues ni del expediente clínico, ni del informe emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pueden obtenerse antecedentes objetivos del mismo.*

### **III. Observaciones**

**1.** En virtud de que se le diagnosticaron *litiasis vesicular* y *coledocolitiasis* —piedras en el conducto biliar—, Luis Santos Guzmán fue intervenido quirúrgicamente el 11 de julio del 2000, en la Torre Médica de Tepepan (evidencias 2 a, c2, c5 y 11 b). Para anestesiarlo se utilizó la técnica de bloqueo peridural a nivel de las vértebras torácicas 10 y 11 (evidencia 2 a y 11 c). Durante el

procedimiento quirúrgico no se reportó complicación alguna (evidencia 2 c5). Sin embargo, desde la operación, el paciente no ha recuperado la movilidad de las piernas.

2. En diversas ocasiones se solicitó a la Secretaría de Salud del Distrito Federal que nos remitiera un informe amplio y detallado respecto de los hechos motivo de la queja —las causas de la paraplejía que presentó el señor Santos Guzmán después de la intervención y sus posibilidades de recuperación—. Nunca se obtuvo una respuesta clara y precisa ya que la autoridad se limitó a enviarnos copias del expediente clínico del paciente y algunas notas médicas (evidencias 1, 2, 7, 8, 10 y 11).

3. A pesar de ello, del expediente clínico elaborado en la Torre Médica de Tepepan (evidencia 2 c), del dictamen solicitado por esta Comisión al doctor Fernando Cueva del Castillo (evidencia 14) y de la opinión emitida por nuestra médica legista (evidencia 12) se desprende que:

- a) El señor Santos Guzmán no presentaba ningún problema neurológico antes de la operación;
- b) Una vez que pasó el efecto del bloqueo, el paciente refirió que no podía mover las piernas y *las sentía dormidas*;
- c) Los bloqueos son procedimientos muy delicados porque se aplican en la médula espinal sin tenerla a la vista y un error en su aplicación puede tener consecuencias graves —accidente anestésico—, y
- d) El bloqueo pudo causar la lesión en la médula espinal que provocó la paraplejía.

4. Las alteraciones en la médula espinal no necesariamente son irreversibles. En ocasiones un tratamiento oportuno y adecuado puede limitar e incluso corregir el daño. Esto no sucedió en el caso que nos ocupa:

- a) En las notas elaboradas el mismo día de la operación —11 de julio— se hizo constar que *el interno refirió tener las extremidades inferiores dormidas y falta de sensibilidad en las mismas* (evidencias 2 c6 y c7). No se tomó acción alguna y sólo se le prescribió butilioscina —analgésico— (evidencia 2 c6);
- b) No fue sino hasta la mañana del día siguiente que se solicitó la valoración del anestesiólogo ya que el paciente no mejoraba —en la nota de evolución matutina se asentó: *no puede mover miembros pélvicos, sensibilidad hasta tercio medio de ambos muslos...*—. Vía telefónica, el anestesiólogo prescribió *antinflamatorios* (evidencia 2 c7). Se le administraron un gramo de hidrocortisona en solución, 16 miligramos de dexametasona en solución y complejo B. Por la noche, el médico de guardia indicó que debía continuarse *con el mismo manejo* e hizo constar que estaba *pendiente la valoración por anestesiología* (evidencia 2 c25), y
- c) Dos días después de la operación —el 13 de julio— se solicitó una *interconsulta urgente a neurocirugía* (evidencia 2 c7). A las 13:00 horas, el servicio de neurocirugía del Hospital Balbuena determinó que el señor Santos Guzmán presentaba *síndrome de la médula espinal anterior* y recomendó manejo con corticoesteroides y valoración por el servicio de cirugía de columna (evidencia 2 c13).

Como puede observarse, la atención que recibió el agraviado no fue oportuna: se le empezó a tratar casi 24 horas después de que se presentaron los síntomas. Tampoco fue adecuada: de acuerdo con el especialista consultado por esta Comisión, después de ocho horas de evolución de la lesión la dosis de dexametasona indicada para iniciar el tratamiento debió haber sido de 50 miligramos.

5. La Norma Oficial Mexicana 168 (NOM-168-SSA1-1998) del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999, de observancia obligatoria para todos los hospitales, establece que:

a) Tiene por objeto *sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que **contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias** y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud;*

b) El expediente clínico es el *conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias;*

c) Las notas médicas y reportes *deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y, en su caso, número de cama o expediente... **fecha, hora, nombre completo, así como firma de quién la elabora...** deberán expresarse en lenguaje técnico médico, **sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras** y conservarse en buen estado...;*

d) La nota de ingreso *deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: signos vitales, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, tratamiento y pronóstico;*

e) **La historia clínica deberá elaborarla el médico** y constará de interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

e.1) Interrogatorio, que deberá contener como mínimo: *ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos... y no patológicos, padecimiento actual... e **interrogatorio por aparatos y sistemas;***

e.2) Exploración física, que *deberá contener como mínimo: habitus exterior, signos vitales..., así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales, y*

e.3) *Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.*

f) Las notas de evolución deben ser elaboradas por *el médico que otorga atención al paciente cuando menos una vez por día. Deberán contener la evolución y actualización del cuadro clínico, los signos vitales, los resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, los diagnósticos y el tratamiento e indicaciones médicas —en el caso de que se prescriban medicamentos, se deberán señalar como mínimo: dosis, vía y periodicidad—;*

g) La nota preoperatoria debe ser elaborada por *el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo: la fecha de la cirugía, el diagnóstico, el plan quirúrgico, el tipo de intervención quirúrgica; el riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones), los cuidados y plan terapéutico preoperatorios, y el pronóstico, y*

h) La nota preanestésica, de vigilancia y de registro anestésico deberán realizarse *bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables (De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la Práctica de Anestesiología, éstos son: registrar el inicio del procedimiento anestésico y del procedimiento quirúrgico; las dosis de los medicamentos o agentes usados y los tiempos en que fueron administrados; la técnica utilizada; el tipo y la cantidad de líquidos intravenosos utilizados; las contingencias; **la duración***

**del procedimiento quirúrgico; la duración de la anestesia, el estado del paciente al concluir la anestesia. También se deberá elaborar una nota transanestésica).**

El expediente clínico del señor Luis Santos Guzmán que se elaboró en la Torre Médica de Tepepan presenta diversas irregularidades que contravienen estas normas:

- a) No contiene registros de los elementos técnicos esenciales que hubieran permitido prevenir, curar o rehabilitar el problema que presentó el agraviado;
- b) En la hoja frontal —utilizada exclusivamente para enunciar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas—, inmediatamente después del diagnóstico de 19 de junio de 2000 —posible hepatitis viral—, aparecen dos notas de anestesiología de 11 de julio (evidencia 2 c1). No existe justificación alguna para que esas notas aparezcan ahí ya que, de acuerdo con la cronología de los hechos y el orden establecido en la norma, deberían estar localizadas en la sección en la que se detalla la cirugía;
- c) En una nota elaborada el 10 de julio a las 22:00 horas se asentó que la historia clínica del paciente *se realizó desde su ingreso* (evidencia 2 c4). A pesar de ello, ésta no aparece en el expediente. Sin embargo, esa Secretaría nos remitió copia de una historia clínica —sin fecha—, elaborada por el anestesiólogo Torres Gracilazo (evidencia 2 a);
- d) Al expediente se agregaron dos hojas que contienen sendas notas de anestesiología: una de ellas elaborada por el doctor Torres Gracilazo y la otra por un médico cuyo nombre es ilegible, ambas del 12 de julio. Estas notas no tienen continuidad con el resto de notas de evolución del paciente (evidencia 2 c11) y contradicen lo asentado en la nota de indicaciones médicas de ese día a las 22:00 horas, en la que se señala que aún hacía falta la valoración por parte de anestesiología (evidencia 2 c26);
- e) A pesar de que la cirugía se llevó a cabo el 11 de julio, las notas sobre la técnica utilizada, las complicaciones transoperatorias y las observaciones —sin fecha ni hora— se anotaron en la misma hoja en la que se había solicitado y programado la operación para el 7 de julio (evidencia 2 c3);
- f) En el expediente no constan las notas de evolución anestésica, transoperatoria y postoperatoria elaboradas por el doctor Torres, que nos fueron enviadas por esa Secretaría el 24 de agosto (evidencias 11 c y d);
- g) La nota postoperatoria se elaboró el 11 de julio a las 13:45 horas, pero en ella no se especificó la hora en que se inició la operación (evidencia 2 c5), y
- h) Muchas de las notas que obran en el expediente están escritas a mano y contienen abreviaturas, algunas de ellas son difíciles de entender y otras son ilegibles (evidencia 2).

\*

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano. El Estado tiene la obligación constitucional de prestar servicios médicos suficientes, oportunos y de buena calidad a toda persona, sin importar su situación jurídica. Al respecto, los Principios de Ética Médica adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982 establecen:

*Principio 1. El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.*

Para valorar la calidad de la atención médica se han propuesto tres componentes: eficiencia, pertinencia y cuidado (Federico Ortiz Quesada. *Bioética y Derechos Humanos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. 1992). Es obvio que en el caso que nos ocupa la atención brindada al señor Luis Santos Guzmán no contó con estos componentes: no fue eficiente puesto que negligencia del personal lo dejó parapléjico; no fue pertinente porque no se le proporcionó oportunamente el tratamiento que podría haber limitado su lesión, y no fue cuidadosa porque no se vigiló ni atendió adecuadamente su evolución.

Por otra parte, como ya se mencionó, el expediente clínico es un instrumento esencial para la atención de un paciente. Por ello, resulta irresponsable que el personal de la Torre Médica de Tepepan viole las normas oficiales que determinan su integración.

\*

Por lo expuesto, esta Comisión de Derechos Humanos se permite formular a usted, señora Secretaria, las siguientes:

## **V. Recomendaciones**

**Primera.** Que se inicie el procedimiento administrativo correspondiente para determinar la responsabilidad en que pudieron haber incurrido el anestesiólogo Enrique Torres Garcilazo y el personal de la Torre Médica de Tepepan al omitir brindar una atención oportuna y adecuada al señor Luis Santos Guzmán.

**Segunda.** Que se inicie el procedimiento administrativo correspondiente a fin de determinar la responsabilidad en que pudo haber incurrido el personal de la entonces Dirección Jurídica de esa Secretaría, del Hospital General La Villa y de la Torre Médica Tepepan, al proporcionar información incompleta y probablemente alterada a esta Comisión.

**Tercera.** Que se giren instrucciones a todo el personal médico que labora en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a fin de que, al elaborar los expedientes clínicos, se apegue a las normas oficiales de la materia.

**Cuarta.** Que se indemnice al agraviado por los daños y perjuicios derivados de la lesión, en los términos del artículo 1915 del Código Civil.

**Quinta.** Que se dé vista al Ministerio Público de los hechos motivo de la queja.

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**