

Anexo 10

Expediente: CDHDF/III/121/MHGO/19/D1493

Víctima directa: Francisco Morales Puentes (víctima directa 10).

Víctima indirecta: Cristina Puentes Luna (víctima indirecta 19).

1. Nota Inicial de Urgencias de fecha 23 de diciembre de 2018 a las 23:55 horas, elaborada por la profesional Mirna Vázquez Nájera, adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en el que señaló lo siguiente:

Resumen de Interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental

SE TRATA DE MASUCLINO [sic.] DE [...] AÑOS [sic.] EL CUAL ES AIDO [sic.] POR SUS FAMILIARES AL REFERI [sic.] QUE CAE DE UNA MOO [sic.], REFIERE DOLOR ABDOMINAL ASI[sic.] COMO CEFALEA[sic.] POSTERIOA [sic.] A GOLPE, DESCONOCE PERDIDA[sic.] DEL ESTADO DE ALERTA REFIRE [sic.] QUE NO RECUERDA NADA, SOLO DOLR[sic.] ABODMINAL [sic.] NIEGA VOMTIOS [sic.] SOLO ERUCOS [sic.]

NIEGA OROS[sic.] ANTCTDETES [sic.] DE IMPORTANCIA PARA SU PA[sic.].-

EF COEFICIENTE REACTIVO PALIDEZ DE TEGUMENTOS, REACTIVO FACIS [sic.] ALGICAS[sic.], CRANEO[sic.] NORMOCEFALO[sic.] N [sic.] EXOFOSIS [sic.] NI ENDOTOSIS [sic.], CON LESION[sic.] DE APROX. 6CM. EN REGION [sic.] SAGITAL, NO CREPITACION[sic.], OJOS SIMETRICOS [sic.], REUALRMENTE [sic.] HIDRADTA [sic.] CON APLDEIZ [sic.] DE TEGUMENTOS, REACTIVO, DOLROSO [sic.] PERISTALSIS DISMINUIDA, REBOTE DUDOSO, EXTREMIDADE [sic.] SNEGRAS [sic.]

IDX. CONTUSIO [sic.] EN CRANEO[sic.]
CONTUSION[sic.] EN ABDOMEN [...]

2. Nota Médica de fecha 24 de diciembre de 2018 a las 03:18 horas, elaborada por el doctor Juan José Galicia Hernández, adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que consta en el expediente clínico de la víctima directa 10, asentando lo siguiente:

Plan de Manejo

[...]

5.- TOMAR TAC ABDOMINAL. PASA A TOXICOLOGIA[sic.] CAMA G [...]

3. Nota Médica de fecha 24 de diciembre de 2018 a las 04:42 horas, elaborada por el profesional Juan José Galicia Hernández del Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente de la víctima directa 10, en el que se indicó lo siguiente:

[...]

Síntomas

NOTA DE INGRESO A TOXICOLOGÍA.

[...]

Análisis

A paciente de la quinta década de la vida, con antecedente de policontusión que a su llegada manifiesta dolor abdominal. Por laboratorios se identifica hiperamilasemia y con lipasa sérica por encima de valora [sic.] alto normal, por lo que se considera una pancreatitis [sic.] de origen traumático. En este turno no contamos con estudio por tomografía abdominal debido a falta de personal en servicio de Radiología, por lo que este estudio deberá solicitarse en siguiente turno. Gasometría arterial demuestra [sic.] hiperlactatemia y déficit de base amplio, por lo que se tiene datos de hiporefusión tisular por microcirculación. Por todo esto se decide el manejo con base en soluciones cristaloides, analgesia y revaloración clínica constante, además de ayuno. Se calcula escala Marsahl 1 punto [Pa/FiO2 400], BISAP 1 punto [alteración del estado de conciencia] Con resultado de los paraclínicos, se solicitará interconsulta a servicio de Cirugía General, por lo que se normará conducta a seguir. Por el momento, se decide ingreso al área de Toxicología para vigilancia clínica y evolución, además de observar desarrollo de complicaciones tales como síndromes de abstinencia. Al momento se encuentra hemodinámicamente estable, neurológicamente con tendencia a la somnolencia, sin datos de bajo gasto [sic.], sin compromiso ventilatorio, en ayuno por indicación médica. Paciente con pronóstico reservado a evolución [sic.], no exento de complicaciones, familiar informado. Se hace aviso al Ministerio Público [...]

Plan de Manejo

[...]

5.- TOMAR TAC ABDOMINAL. PASA A TOXICOLOGIA[sic.] CAMA G.[...]

Diagnóstico

1. Probable pancreatitis aguda leve de origen traumático

4. Carta de Consentimiento Bajo Información del Derechohabiente o Usuario para internamiento de fecha 24 de diciembre de 2018 del Hospital General Rubén Leñero

de la SEDESA, firmado por la médica informante Mirna Vázquez Nájera, que consta en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que no obra firma de la víctima directa 10 ni familiar o testigo.

Medicina Intensiva

HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÓN

Parque de las Flores, Salvador Díaz Vial, San José Tenochtitlan, Delegación Miguel Alemán, México, D.F.

Teléfono: 56 44 00 00 Fax: 56 44 00 00

Carta de Consentimiento Bajo Información del Derechohabiente o Usuario para internamiento

México, D.F. a 24 de dic del 2018.

De _____
Director del Hospital

Presente

El que suscribe _____ INEC _____ Por medio del presente manifiesto que en VAZQUEZ NAJERA MIRNA a efecto de diagnosticar o confirmar la enfermedad que padece y en su caso prescribir el tratamiento y el procedimiento quirúrgico respectivo, me ha expuesto de manera clara, detallada y entendible la necesidad de hospitalizarme para realizar el o los procedimientos médicos y/o quirúrgicos siguientes:

Por lo que ruego mi consentimiento para que se realice en mi persona o en el derechohabiente o usuario que legalmente represento, todos y cada uno de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos arriba indicados. Queda entendido que se me han explicado ampliamente que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por lo que la medicina una ciencia exacta, en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar médico, se pueden presentar complicaciones, riesgos y secuelas inherentes a los procedimientos médicos (terapéuticos o rehabilitatorios) o quirúrgicos, y en este momento se me da a conocer el contenido del Art. 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice:

"En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, siempre que exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de este, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en ambiente, y en ausencia de cumplir con los demás requisitos que determina esta Ley y otras disposiciones aplicables", no obstante esto, declaro informarme que **ACEPTO** con pleno conocimiento y en total libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi **CONSENTIMIENTO** y **AUTORIZO** a los médicos de este Hospital para que se realice en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van encaminados estrictamente al mejoramiento de mi salud. Así mismo, manifiesto haber recibido la información relativa a los avances, efectos y consecuencias de la no aceptación del tratamiento(s) o procedimientos propuestos.

Nombre y firma o huella digital de
Derechohabiente o usuario o representante

Testigo 1

Parentesco o Relación

Testigo 2

Parentesco o Relación

Nombre y firma del médico informador

VAZQUEZ NAJERA MIRNA

Nombre y firma del médico informador

1 de 1

5. Nota Médica de fecha 24 de diciembre de 2018 a las 9:17 horas, elaborada por la doctora Andrea Esquivel Avilés, adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que precisó lo siguiente:

[...]

Plan de Manejo

[...]

5.- TOMAR TAC ABDOMINAL
TOMAR QS, LIPASA, AMILASA, ES [...]

6. Nota de interpretación de estudios de fecha 24 de diciembre de 2018 a las 20:11 horas, elaborada por el doctor Salvador Sánchez Audelo adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que consta en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que indicó lo siguiente:

[...]

5.- GABINETE
solicitar TAG simple de abdomen [...]

7. Nota médica del 25 de diciembre de 2018 a las 08:51 horas, signada por la doctora Karla Villaviencio López adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que mencionó lo siguiente:

Análisis

[...] Masculino en la quinta década de vida, el cual se encuentra neurológicamente íntegro, hemodinámicamente estable, con laboratorios leucocitos de 26.87 Amilasa de 626 lipasa de 474 glucosa de 141 Na 134 K 4.20 Cl 100 Cr. 1.1, así se reporta en nota previa que ya cuenta con tomografía abdominal, sin embargo, no se encuentra en sistema, se buscare o tomara [sic.] el día de hoy y se solicitara [sic.] valoración por servicio de cirugía general [...]

Plan de Manejo

[...]

TAC abdominal
Valoración por Cirugía General

[...]

Diagnóstico

Policontundido

8. Nota médica de fecha 26 de diciembre de 2018 a las 08:24 horas, elaborado por el doctor Omar Cortes Bárcenas, adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que refirió lo siguiente:

Plan de Manejo

[...] 4.- Medidas generales[sic.]:

[...]

Valoración por cirugía general

9. Nota médica de fecha 26 de diciembre de 2018 a las 21:11, elaborada por el doctor Salvador Sánchez Audelo adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la cual indicó lo siguiente:

Procedimiento

[...] MEDIDAS GENERALES[sic.]

[...]

Vigente ingreso a servicio de Medicina Interna. [...]

10. Nota de interpretación de estudios de fecha 27 de diciembre de 2018 a las 08:57 horas, elaborada por la doctora Ivonne Wendy Díaz Cruz, adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, la cual consta en el expediente médico de la víctima directa 10, en la que asentó lo siguiente:

[...] 5.- Pendientes

- TAC abdomen RX Tórax
- Colocación de CVC
- Valoración por UCI
- Gasometría arterial, PCT

11. Consentimiento bajo información del derechohabiente o usuario para procedimiento y tratamiento de fecha 27 de diciembre de 2018 del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, de la que se desprende la firma y el nombre de la víctima directa 10 y el nombre de la médica Mirna Vázquez Nájera, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que refirió lo siguiente:

[...]

Diagnóstico: PANCREATITIS AGUDA SEVERA

Acto Médico a Realizarse: COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL

Descripción del Acto Médico:

Beneficios Esperados: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA[sic.] VENOSA CENTRAL. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO MONITOREO HEMODINAMICO[sic.]

Riesgos y Complicaciones Probables: HEMOTORAX,
NEUMOTORAX, HEMORRAGIA, INFECCION[sic.], PARO
CARDIORESPIRATORIO [sic.], ARRITMIA

[...]

12. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 27 de diciembre de 2018 del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, suscrito por la enfermera Rosa María Rodríguez del turno nocturno del HGRL de la SEDESA, que consta en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se indicó lo siguiente:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pancreatitis [...]

Turno Nocturno Dolor R/C padecimiento
--

EJECUCIÓN

[...] Vigilar datos de dolor abdominal

13. Nota de Interpretación de Estudios del 27 de diciembre de 2018 a las 18:11 horas, elaborada por el doctor Salvador Sánchez Audelo del Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente de la víctima directa 10, en el que asentó lo siguiente:

[...] 4. MEDIDAS GRALES[sic.]:

- Cuidados generales de enfermería y signos vitales cada 4 horas.
- Camilla con barandales arriba, posición semi Fowler.
- Control estricto de líquidos
- Sonda Foley a derivación, cuantificar uresis horaria en ml.
- Sonda nasogástrica a derivación, cuantificar gasto en ml.
- Glicemia capilar cada 8 horas, reportar si menor a 80 o mayor a 180 mg/dl.
- Código de evacuaciones y reportar.
- Vigilar y reportar datos de irritación peritoneal.
- Vigilar datos de dificultad respiratoria.
- Vigilar estado neurológico
- Reportar eventualidades a médico en turno.
- Solicito Revaloración al servicio de CG.

5. Pendientes

- TAC Toraco [sic] abdominal
- Gasometría Arterial
- Tipar y cruzar paquete globular 2 unidades. [...]

14. Nota de Egreso y Resumen Clínico del 28 de diciembre de 2018 a las 10:26 horas, signada por la profesional Ivonne Wendy Díaz Cruz, adscrita al Servicio de

Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que mencionó lo siguiente:

[...]

Resumen de Interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental.

Masculino de [...] años de edad, el cual ingresa el 24 de diciembre de 2018, por haber sufrido contusiones simples múltiples con antecedentes [sic.] [...]; durante su estancia presenta dolor abdominal localizandoinicialmente [sic.] en epigastro posteriormente generalizado, presenta demás [sic.] acidosis metabólica refractaria a manejo con líquidos; **se realiza tomografía [sic.] simple de abdomen en la cual se apercia [sic.] edema de páncreas [sic.] y zonas hipodensas en el mismo** [sic.] así como líquidos libres [sic.] en cavidad abdominal, enzimas [sic.] pancreáticas elevadas, curando con pancreatitis Marshall 3 puntos, valorado por el servicio de cirugía general considerando no quirúrgico. Tratando con soluciones cristolides a base [sic.] de salin al 0.9, posteriormente al 0.45% ya que no contamos con solución harmant, analgésico a base de buprenorfina, uresis de 2ml por kg por hora. Actualmente se encuentra consciente, con respiración kussmaul, mucosa oral deshidratada, ruidos cardíacos [sic.] rítmicos [sic.] disminución en la entrada y salida de aire en ambos pulmones, de predominio basal bilateral. Abdomen: con rigidez, peristalsis ausente, dolor en todo el abdomen, pulsos periféricos presentes, llenado capilar de 2 segundos. Uresis 2.03 ml por kg por hora. Ingresos: 8250cc, egreso 6220 cc. Gasometría 1 2 dic 2018: pH: 7.39, pCO₂: 67, Na: 150, calcio: 2.9, glucosa: 1, Hto: 27, hCO₃: 12,1, BE: 12.9 satO₂: 93
Valorado por el servicio de UCI considerando su ingreso a este servicio
Se reporta grave

Diagnóstico Principal

- Pancreatitis grave

15. Consentimiento Bajo Información del Derechohabiente o Usuario para Procedimiento y Tratamiento de fecha 28 de diciembre de 2018 (sin registro de horario), del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA firmado por una persona como responsable de la víctima directa 10, así como el nombre más no firma de la médica María Inés Vázquez Hernández, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se indicó lo siguiente:

Diagnóstico: ABDOMEN AGUDO PROBABLE PANCREATITIS INFECTADA.

Acto Médico a Realizarse: LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Descripción del Acto Médico: REVISION DE CAVIDAD ABDOMINAL

Beneficios Esperados: MEJORIA [sic.] DE SU ESTADO DE SALUD ACTUAL.

Riesgos y Complicaciones Probables: SANGRADO, SEPSIS, CHOQUE SEPTICO, ABDOMEN ABIERTO. MUERTE.

Opciones o Alternativas de Tratamiento: (con letra de molde) Seme [sic.] explican los riegos y los veneficios [sic.] de la cirugia [sic.] [...]

16. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 28 de diciembre de 2018, del servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, suscrita por los enfermeros de los turnos matutino, vespertino y nocturno, Paola Rodríguez Estrella, Ángeles "CL" (sin apellidos), Israel González Ortega, que obran en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la cual indicaron lo siguiente:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pancreatitis [...]

Turno Matutino
[...] sonda nasogastrica [sic.]
A derivados [...] líquido amarillo
claro biliar
[...]

Turno Matutino
Dolor agudo
[...]

EVALUACIÓN

(Resultado del Indicador)

Control del dolor

17. Registro de Anestesia y Recuperación del 28 de diciembre de 2018, del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, suscrita por la médica anesthesiologa Lucina Cruz Franco, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el cual se asentó lo siguiente:

CIRUGIA[sic.] PROGRAMADA: Laparotomía exploradora
CIRUGIA[sic.] REALIZADA: sepsis abdominal + perforacion [sic.] lleon
[sic.] +pancreatitis.
[...]
Líquido peritoneal 4100 ml

18. Consentimiento informado del 28 de diciembre de 2018, signado por la médica anesthesiologa Lucina Cruz Franco del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, y la víctima directa 10, el que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que indicó lo siguiente:

[...]



DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: Db. Pancreatitis infectada
CIRUGIA O PROCEDIMIENTO PLANEADO: laparotomía exploratoria

[...]

19. Notas de Enfermería del Servicio de Tococirugía y Quirófano del 28 de diciembre de 2018 a la 17:25 horas, del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en el que se señaló lo siguiente:

OBSERVACIONES

Ingresa paciente proveniente de terapia intensiva con protocolo completo para cirugía.

[...]

Inicia colocación de anestesia por vía endovenosa realizando laringoscopia [ilegible] para la colocación de tubo endotraqueal [...]

Inicia cirugía [...] se explora cavidad, localización de perforación a nivel yeyuno procediendo a reparación, prosiguiendo 5 litros de lavado de cavidad [...] colocando bolsa de Bogota[sic.] [...] sale del área de terapia intensiva [...]

ANESTESIOLOGO[sic.]: Dra. Lucina Cruz

CIRUJANO: Yudiel Aries

INSTRUMENTISTA: R2 garnica

CIRCULANTE: Roman Faustino

[...]

20. Nota de evolución nocturna del 30 de diciembre de 2019 [sic.] a las 23:50 horas, elaborado por el doctor "Reyes", Medico Asistente de la Dirección, Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se asentó lo siguiente:

[...] paciente masculino de [...] años de edad quien se encuentra cursando su primer día de estancia en el servicio con los diagnósticos:

Trauma cerrado de abdomen

Sepsis intrabdominal

Po LAPE 28.12.2018 Resección en cuña yeyuno a 10 cm de asa fija + entero anastomosis termino terminal en dos planos + lavado y secado de cavidad abdominal + colocación de bolsa Bogotá
Lesión renal aguda AK II

[...]

GASTRONUTRICIO:[...] abdomen con estatus abierto + bolsa de Hartman peristalsis ausente.

[...] Pendiente nueva valoración por parte de cirugía general para manejo quirúrgico. Se reporta muy grave alto riesgo de mortalidad, familiar informado. Se reporta muy grave no exento de complicaciones por patología de base.

21. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 30 de diciembre de 2018, del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, suscrita por los enfermeros de los turnos matutino, vespertino y nocturno, Rosy Ramírez, Cristina Sánchez García, Briseño Pérez, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la cual indicaron lo siguiente:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pancreatitis [...]

Turno Nocturno
Paciente con apoyo ventilatorio
[...]
Estatus de abdomen abierto con bolsa bogota[sic.] [...]

Turno Matutino
Riesgo de infección R/C procedimiento qx
[...]

Turno Vespertino
Riesgo de infección [...]

22. Solicitud de cirugía del 31 de diciembre de 2018 a las 08:21 horas, elaborada por el doctor Manuel Jiménez Arenas adscrito al Servicio de Terapia Intensiva, sección Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que asentó lo siguiente:

[...]

Tipo	Urgente
Procedimiento	Principal
Laparotomía	No

[...]

Diagnóstico de sospecha
SEPSIABDOMINAL+ ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO [...]

Estado de salud
Grave

23. Solicitud Banco de Sangre del 31 de diciembre de 2018 a las 08:27 horas, solicitada por el doctor Manuel Jiménez Arenas de la sección de Medicina Crítica del



Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, la que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, donde refirió lo siguiente:

[...]

Hemoglobina 12.09
Hematocrito 36
Plaquetas 94

24. Consentimiento bajo información del derechohabiente o usuario para procedimiento y tratamiento del 31 de diciembre de 2018, de la que se desprende la firma y el nombre de la familiar responsable y el nombre de la médica Elizabeth Mendoza Portillo del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que indicó lo siguiente:

[...]

Diagnóstico: ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO + SEPSIS ABDOMINAL

Acto Médico a Realizarse: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Descripción del Acto Médico: EXPLORACIÓN ABIERTA DE CAVIDAD ABDOMINAL

Beneficios Esperados: MEJORÍA CLÍNICA

Riesgos y Complicaciones Probables: SANHGRADO [sic.] INFECCIÓN, SEPSIS ABDOMINAL, CHOQUE SÉPTICO, MUERTE

[...]

Consecuencias De Negativa: EMPEORAMIENTO CLÍNICO [...]

25. Consentimiento informado para la transfusión de sangre y/o sus componentes del 31 de diciembre de 2018 que contiene el nombre y firma de la familiar responsable de la víctima directa 10, y el doctor Manuel Jiménez Arenas como médico tratante del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, mismo que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que señaló lo siguiente:

[...]

Familiar o responsable legal: _____

[...]

Se me informó que para el tratamiento de mi enfermedad (**Diagnóstico**) _____ y durante el internamiento actual, es necesaria la **transfusión de** _____, se me ha explicado que existen riesgos que pueden ir desde **leves** (fiebre, escalofríos) hasta **graves** (destrucción de glóbulos rojos, anafilaxia, edema de pulmón, transmisión de agentes infecciosos); también se me ha informado de los riesgos asociados inmediatos y

tardíos que conlleva el uso de componentes sanguíneos y se me han aclarado las dudas relacionadas con la transfusión por lo que es mi voluntad aceptar la terapéutica propuesta e implementada por el Dr. _____ del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Ciudad de México, para salvaguardar mi integridad en el mismo periodo. [...]

Autorizo

_____ [...]

Testigo

Dra. Romero(firma)

Testigo

Dra. (ilegible) (firma)

Dr. Jiménez
Nombre completo, firma y cédula profesional Del Médico tratante

26. Indicaciones Médicas del 31 de diciembre de 2018 a las 10:30 horas, suscrita por los médicos residentes Fernando Molinar Ramos, Inés Vázquez Hernández, Octavio Arellano Hernández, adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en la cual se indicó lo siguiente:

[...]
IV: Medidas Generales.
[...]
9.- Preparar para quirófano

27. Nota de enfermería del servicio de Tococirugía y Quirofano del 31 de diciembre de 2018, elaborado por el anestesiólogo Dr. Mendoza, el cirujano doctor Jiménez y el circulante Irma Patricia Coate del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se asentó lo siguiente:

[...] OBSERVACIONES:

Se recibe paciente masculino consiente bajo sedación, intubado con sanela nasogástrica a derivación sobelasio [sic.] derecho permeable, hx ox con bolsa de bogota[sic.], sonda vesical a derivación, con tubo orotraqueal bajo sedación ministrándole por (ilegible) de anestesia más sedación y conectándolo a monitor realizan asepsia y antisepsia de abdomen colocando campos esteriles[sic.] y cerrando e iniciando procedimiento se retira bolsa de bogota[sic.] y se realiza (ilegible) con 3 litros de solución y 500 ml de acuauseptick se verifica hemostasia y proceden a colocar bolsa de bogota[sic.] se realiza cuenta de textiles (ilegible) terminando procedimiento sin accidentes ni incidentes, pasando



paciente a terapia intensiva, se entrega a personal de enfermería de turno vespertino [...]

28. Consentimiento Informado para la Transfusión de Sangre y/o Componentes del Hospital General Dr. Rubén Leñero sin fecha y sin nombre ni firma del médico tratante, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

Familiar o Responsable legal (nombre) [víctima indirecta 19]
Parentesco Mamá Identificado con INE. [...]

Se me informó que para el tratamiento de mi enfermedad (**Diagnóstico**) Sepsis Abdominal y durante el internamiento actual, es necesaria la **transfusión de Hemoderivados**, se me ha explicado que existen riesgos que pueden ir desde **leves** (fiebre, escalofríos) hasta **graves** (destrucción de glóbulos rojos, anafilaxia, edema de pulmón, transmisión de agentes infecciosos); también se me ha informado de los riesgos asociados inmediatos y tardíos que conlleva el uso de componentes sanguíneos y se me han aclarado las dudas relacionadas con la transfusión por lo que es mi voluntad aceptar la terapéutica propuesta e implementada por el Dr. _____ del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Ciudad de México, para salvaguardar mi integridad en el mismo periodo. [...]

Testigo
Ali Hdez[sic.]

29. Nota de Evolución Nocturna del 1 de enero de 2019 a las 04:30 horas, elaborada por el doctor Daniel Sixtos Melitón, Asistente de Dirección de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la cual precisó lo siguiente:

[...] Paciente masculino de [...] años de edad quien se encuentra cursando su tercer día de estancia en servicio con los diagnósticos de:

1. Trauma cerrado de abdomen
 - Pancreatitis postraumática.
2. Sepsis abdominal intrahospitalaria.
3. Post Operado LAPE (28.12.2018)
 - Resección en cuña yeyuno a 10 cm de asa fija + entero entero [SIC] anastomosis termino terminal en dos planos + lavado y secado de cavidad abdominal + colocación de bolsa de Bogotá
4. Lesión renal aguda AKI II.
5. Desequilibrio ácido base
 - Acidosis metabólica.
6. Desequilibrio hidroelectrolítico.
 - Hipercloremia
 - Hipernatremia hiperosmolar hipovolemica.

- 7. Contusiones múltiples
 - Contusión en cráneo.
 - Contusión de tobillo izquierdo
- 8. Post operado LAPE (31.12.2018)
 - Colección de 500 cc de material purulento en cavidad abdominal + lavado y secado de cavidad
 - Estatus de abdomen abierto con Anastomosis Íntegra y bolsa de bogotá [sic.]

[...]

Gastrointestinal: Abdomen abierto en bolsa de bogota[sic.], con evidencia de líquido purulento fétido, sin resistencia muscular, no se palpan visceromegalias, peristalsis presente y disminuida en 4 cuadrantes, sin signos de irritación peritoneal. Con apoyo calórico nutricio con nutrición parental total, último DxTx 96 mg/dL, (sin datos de falta hepática (BT 0.5, BD 0.2, BI 0.3), FA 45, TGO 30, TGP 57, Alb 1.4, GGT 25.

Renal: Con lesión renal aguda, última Creatinina 1.1, BUN 26, Urea 55.6; Electrolitos por gasometría: Hipokalemia (K 3.1), Hipernatremia (Na 162), Hipocalcemia.

[...]

Infecioso: Febril, última temperatura de 38.8°C que amerita manejo de antipirético, con doble esquema antimicrobiano a base de Cefepime 2 gr IV cada 12 h (3). Leucocitos 9.2, Neutrofilos 5.72, Linfocitos 1.2, Monocitos 2.04, Eosinofilos 0.08, Basofilos 0.16 [...]

[...] paciente séptico [...] es candidato a realización de protocolo de extubación el cual no se realiza durante la guardia por persistencia de fiebre de hasta 39.4° C, la cual ameritó manejo de antipiréticos, medios físicos sin embargo el paciente persistía con la fiebre por lo que se decide adelantar dosis de antibiótico y se realiza hemocultivos, [...] así mismo se solicita biometría [sic.] hemática [sic.] fr control sin embargo no se cuenta con insumo durante la guardia [...]. Se reporta Muy[sic.] grave [...].

30. Solicitud Banco de Sangre del 02 de enero de 2019 a las 15:42 horas, solicitada por el doctor Octavio Arellano Hernández del servicio de Terapia Intensiva sección de Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, la que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, donde se indicó lo siguiente:

[...]

En Proceso

Hemoglobina
Hematocrito
Plaquetas

31. Consentimiento Informado para la Transfusión de Sangre y/o sus Componentes del 02 de enero de 2019, con las firmas de víctima directa 10, y la médica tratante Zaira Gómez Flores, adscrita al servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se mencionó lo siguiente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES HOSPITAL GENERAL Dr. RUBEN LEÑERO

Ciudad de México a 02 de Enero de 2019

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: MASC Edo. CIVIL: Guadalupe

Fecha de nacimiento: 01/19/1976 No. Expediente: _____ Servicio: UCI Cama: 109

Ocupación: Consultor Identificado con: _____

Domicilio: _____

Familiar o Responsable legal (nombre): _____

Parentesco: _____ Identificado con: _____

No. seguro popular: _____ Gratuidad: _____

Se me informó que para el tratamiento de mi enfermedad (Diagnostico) _____ durante el internamiento actual, es necesaria la transfusión de _____ me ha explicado que existen riesgos que pueden ir desde leves (fiebre, escalofríos) hasta graves (destrucción de glóbulos rojos, anafilaxia, edema de pulmón, transmisión de agentes infecciosos), también se me han informado de los riesgos asociados inmediatos y tardíos que conlleva el uso de componentes sanguíneos y se me han aclarado las dudas relacionadas con la transfusión, por lo que es mi voluntad aceptar la terapéutica propuesta e implementada por el Dr. _____ del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Ciudad de México, para salvaguardar mi integridad en el mismo periodo.

También se me informó que todos los componentes sanguíneos han sido previamente estudiados para descartar la posibilidad de transmitir agentes infecciosos como lo son el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de la Hepatitis C (VHC), el Virus de la Hepatitis B (VHB), el *Trypanosoma Pallidum* (Sífilis), la *Brucella* (Brucelosis) y el *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas).

He sido informado por el médico antes mencionado, de los inconvenientes, riesgos y beneficios de la transfusión de hemocomponentes, también he comprendido la información proporcionada y se me ha hecho saber que antes de iniciar el procedimiento puedo revocar mi consentimiento. De la misma manera autorizo al personal médico, técnico y químico del Banco de Sangre para que realicen los estudios y pruebas que permitan seleccionar las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos que sean compatibles con mi sangre; así como la realización de estudios especiales en caso de presentarse una reacción adversa a la transfusión.

Autorizo

Nombre completo y firma (o huella digital) del paciente o responsable legal

Testigo

Nombre completo y firma (o huella digital)

Testigo

Nombre completo y firma (o huella digital)

Nombre Completo, firma y cédula profesional del Médico Tratante

130-06-0

32. Consentimiento bajo información del derechohabiente o usuario para procedimiento y tratamiento del 2 de enero de 2019, de la que se desprende como nombre y firma de la familiar responsable, con nombre del médico Octavio Arellano Hernández del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que asentó lo siguiente:

[...]

Diagnóstico: ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO

Acto Médico a Realizarse: LAVADO DE CAVIDAD Y CIERRE DE PARED ABDOMINAL.

Descripción del Acto Médico: REVISION DE CAVIDAD, LAVADO DE LA MISMA, REVISIÓN DE DEANASTOMOSIS Y CIERRE DE PARED

Beneficios Esperados: MEJORIA [sic.] DE LA MECANICA [sic.] VENTILADORA, Y PROCESO SEPTICO [sic.].

Riesgos y Complicaciones Probables: FUGA DE ANASTOMOSIS, PERFORACION INTESTINAL, OCLUSION INTESTINAL, PERITONITIS, TROMBOEMBOLIAS CHOQUE ANAFILACTICO MUERTE

[...]

Consecuencias De Negativa: DISFUNCIÓN RSPIRATORIA, PERITONITIS SEPSIS, CHOQUE, DEFUNCIÓN

Consecuencias De Revocación: LAS MISMAS [...]

33. Solicitud de cirugía del 3 de enero de 2019 a las 08:00 horas, elaborada por el doctor Manuel Jiménez Arenas adscrito al Servicio de Terapia Intensiva, sección Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, firmada por un familiar responsable, aceptando la cirugía, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se indicó lo siguiente:

[...]

Procedimiento	Principal
Lavado peritoneal	No

[...]

Diagnóstico de sospecha

ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO [...]

34. Consentimiento Bajo Información del Derechohabiente o Usuario para Procedimiento y Tratamiento del 3 de enero de 2019, signada por la víctima directa 10, con el nombre más no firma de la médica Inés Vázquez Hernández adscrita al Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que refirió lo siguiente:

Nombre del Paciente: [víctima directa 10] [sic.] Sexo: HOMBRE Fecha de Nacimiento: 03/09/1976 Edad: 42a NHC: 166650 Número de Expediente: 202243

Diagnóstico: ESTATUS DE ABDMEN [sic.] ABIERTO + PANCREATITIS CRONICA.

Acto Médico a Realizarse: LAVDO [sic.] DE CAVIDAD.

Descripción del Acto Médico: LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL

Beneficios Esperados: MEJORIA[sic.] DE SU ESTADO ACTUAL [...]

35. Registro de Anestesia y Recuperación del 03 de enero de 2019, suscrito por el personal médico anesthesiólogo Castrejón, del área de Cirugía General del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se mencionó lo siguiente:



[...] Propuesta: Aseo Qx

36. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 4 de enero de 2019, elaborado por la enfermera María de los Ángeles Montoya del turno matutino del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que indicó lo siguiente:

[...] **EVALUACIÓN**

Secreciones parecido [sic.] a gasto biliar
Continua con fiebre y taquicardias [...]

37. Solicitud Banco de Sangre del 06 de enero de 2019 a las 09:22 horas, solicitada por la doctora Elizabeth Mendoza Portillo del servicio de Terapia Intensiva sección Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, la que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, donde se indicó lo siguiente:

[...]

Hemoglobina 8.6
Hematocrito 26.3
Plaquetas 200
T. Protombina 11
T. Parcial de Trob. 33

38. Solicitud de cirugía del 6 de enero de 2019 a las 09:17 horas, elaborada por el doctor Morelos Adolfo García Sánchez adscrito al Servicio de Terapia Intensiva, sección Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se indicó lo siguiente:

[...]

Diagnóstico de sospecha

SEPSIS ABDOMINAL
ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO
PANCREATITIS CRONICA [...]

39. Consentimiento bajo información del derechohabiente o usuario para procedimiento y tratamiento del 6 de enero de 2019 que contiene una firma como responsable de la víctima directa 10 y el nombre de la doctora Elizabeth Mendoza Portillo del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el cual se indicó lo siguiente:

[...]

Diagnóstico: SEPSIS ABDOMINAL ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO PANCREATITIS CRONICA[sic.]

Acto Médico a Realizarse: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + LAVADO DE CAVIDAD

Descripción del Acto Médico: REVISION[sic.] Y LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL

Beneficios Esperados: MEJORIA DE ESTADO ABDOMINAL

Riesgos y Complicaciones Probables: SANGRADOS, DESPULIMIENTOS INTESTINALES [...]

40. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 06 de enero de 2019, del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, suscrita por los enfermeros de los turnos matutino, vespertino y nocturno respectivamente, Rosy Ramírez, y Martha Alicia González que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en la cual indicaron lo siguiente:

EJECUCIÓN

[...] Se prepara para quirófano[sic.]

41. Hoja de hospitalización sin fecha firmada por el médico responsable doctor González del servicio de medicina interna del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra con el expediente clínico de la víctima directa 10, en la que se asentó lo siguiente:

DATOS DE ESTANCIA

INGRESO

25 12 18

EGRESO

10 01 19

[...]

AFECTACIONES TRATADAS (DIAGNOSTICOS[sic.] FINALES AL EGRESO)

AFECCION PRINCIPAL: Trauma confuso del abdomen [...]

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS [sic.], TERAPEUTICOS[sic.] Y QUIRURGICOS [sic.]

- 1 Laparotomía exploradora más resección intestinal
2. (ilegible) abierto y bolsa de bogota[sic.]
3. Laparotomía exploradora más lavado de cavidad
4. Laparotomía exploradora más lavado de cavidad
5. Laparotomía exploradora más lavado de cavidad
6. Yeyunostomia derivativa más bolsa de Bogota[sic.]
7. Laboratorios y soluciones antibióticas [...]

42. Consentimiento bajo información del derechohabiente o usuario para procedimiento y tratamiento del 7 de enero de 2019 que contiene el nombre y firma de un familiar responsable de la víctima directa 10 y el nombre de la doctora Elizabeth Mendoza Portillo del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se refirió lo siguiente:

[...]

Diagnóstico: ABDOMEN ABIERTO CON RESECCION EN CUÑA Y COLO-COLO ANASTOMOSIS + PANCREATITIS CRONICA

Acto Médico a Realizarse: LAVADO QUIRURGICO

Descripción del Acto Médico: LAVAR Y RETIRAR TEJIDO NECROTICO

Beneficios Esperados: MEJORIA

Riesgos y Complicaciones Probables: SANGRADO, SEPSIS, CHOQUE SEPTICO, REINTERVENCIÓN, MUERTE [...]

43. Solicitud Banco de Sangre del 08 de enero de 2019 a las 09:13 horas, solicitada por el doctor Manuel Jiménez Arena del servicio de Terapia Intensiva sección Medicina Crítica del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, la que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, donde se indicó lo siguiente:

[...]

Hemoglobina 8.04
Hematocrito 24.61
Plaquetas 268.41

44. Notas de enfermería del servicio de Tococirugía y Quirófano del 8 de enero de 2019 a las 8:45 horas, elaborado por el anesmiólogo Doctor Salvador Martínez Ramón, el cirujano doctor Manuel Jiménez Arenas y la circulante Rosa María Rodríguez Dávila, del servicio de Cirugía General del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se señaló lo siguiente:

[...] **DIAGNOSTICO[sic.]** Abdomen abierto, colo-colo anastomosis.
Pancreatitis crónica

OBSERVACIONES

8:45 ingresa a sala 6 hombre de [...] años procedente de UCI con Dx de abdomen abierto, PO decolo-anastomosis y pancreatitis crónica [...]
9:10 Inicia cirugía [sic.] con retiro de bolsa tipo bogota[sic.], retiro penrose, lavado cavidad, realiza yeyunostomía [...] coloca bolsa tipo bogota[sic.], y previa colocación de 2 penrose.
10:00 termina cirugía [...]

45. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 8 de enero de 2019, elaborado por las enfermeras de los turnos matutino, vespertino y nocturno, respectivamente, Rosy Ramírez, del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que indicaron lo siguiente:

EJECUCIÓN (Intervenciones (NIC) y Acciones

Se prepara para quirófano [sic.] [...]

EVALUACIÓN (Resultado del indicador)

[...] abundantegasto [sic.] con sonde de yeyuno [...]

46. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 9 de enero de 2019, elaborado por las enfermeras de los turnos matutino, vespertino y nocturno Rosy Ramírez, y "L". Vargas del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que indicaron lo siguiente:

Turno Matutino Paciente bajo sedación con apoyo ventilatorio [...]
--

[...] EVALUACIÓN

Paciente gravemente comprometido [...]

47. Nota de egreso y resumen clínico del 9 de enero de 2019 a las 17:48 horas, elaborado por el doctor Yudiel Areas Lima del servicio de Cirugía General del Hospital General Rubén Leñero de la SEDESA, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, del que se asentó lo siguiente:

Resumen de evolución clínica, manejo durante la estancia hospitalaria y estado actual

PACIENTE MASCULINO DE [...] AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EL DIA[sic.] 24 DE DICIEMBRE DE 2019[sic.] TRAIIDO[sic.] POR PARAMEDICO[sic.] QUIENES REFIEREN ENCONTRARLO EN LA VIA[sic.] PUBLICA[sic.] POSTERIOR A SUFRIR UN ACCIDENTE EN MOTOCICLETA, DESCONOCEN CINEMATICA[sic.] DEL TRAUMA ASI[sic.] COMO

AL INTERROGATORIO EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS



ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA CON CONUSMO DEALCOHOL [sic.] Y DROGAS DE TIPO COCAINA [sic.], RESTO SIN IMPORTANCIA PARA EL PADECIMIENTO ACTUAL.

DURNATE [sic.] LA VALORACION[sic.] INICIAL SE ENCUENTRA TRANQUILO, CON ALIENTO ETILICO[sic.] CONSCIENTE COOPERADOR, SIN TAQUICARDIA SIN HIPOTENSION[sic.] MODERADAMENTE HIDRATADO CUELLO SIN ALTERACIONES CAMPOS PULMONARES CON ADECUADA ENTRADA Y SALIDA DE AIRE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS[sic.] CON ADECUADO TONO E INTENSIDAD, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION MEDIA Y PROFUNDA EN MARCO COLICO, PERISTALSIS PRESENTE SIN DATAOS [sic.] DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES INFERIORES CON MULTIPLES HEMATOMAS

SE REALIZA TOMOGRAFIA[sic.] TORACOABDOMINAL SIMPLE EL DIA[sic.] 25 DE DICIEMBRE DE 2018 SIN REPORTE POR ESCRITO, ENCONTRANDOSE[sic.] LIQUIDO[sic.] LIBRE EN CAVIDAD, PANCREAS AUMENTADO DE TAMAÑO EN CABEZA, COLA Y PANCREAS CALCIFICACION[sic.] INTRAPANCREATICA ASI[sic.] COMO DILATACION[sic.] DE CONDUCTO PANCREATICO[sic.] PRINCIPAL DE 8MM

SE ENCUENTRA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN DATOS DE RESPUESTA INFLAMAQTORIA[sic.] SISTEMICA[sic.], EN LABORATORIOS CON ELEVACION DE LIPASA Y AMILASA, SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, CON HEMOGLOBINA Y PLAQUEAS DENTRO DE PARAMETROS[sic.] NORMALES, CURSANDO CONDATOS [sic.] DE PANCREATITIS CRONICA [sic.]. EL DIA[sic.] 28 DE DICIEMBRE DE 2018 INGRESA A TERAPIA INTENSIVA, SIN EMBARGO NO SE DESCARTAN SECUELAS DE TRAUMA ABDOMINAL SE PASA A QUIROFANO[sic.] PARA LAPAROTOMIA [sic.] EXPLORADORA + RESECCION[sic.] EN CUÑA YEYUNO A 10 CM DE ASA FIJA + ENTERO ENTERO ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN DOS PLANOS + LAVADO Y SECADO DE CAVIDAD ABDOMINAL + COLOCACION[sic.] DE BOLSA DE BOGOTÁ POR PERITONITIS GENERALIZADA + LESION [sic.]DE YEYUNO GRADO II A 10CM DE ASA FIJA + PANCREATITIS AGUDA CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

PERITONITIS GENERALIZADA CON APROXIMADAMENTE 40000 CC DE MATERIAL PURULENTO FETIDO [sic.], PERFORACION[sic.] DE APROXIMADAMENTE [sic.] EL 50% DE LA CIRCUNFERENCIA DE YEYUNO A 10 CM DE ASA FIJA, TEJIDO FRIABLE.

PASA A SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA BAJO SEDACION [sic.] E INTUBACION [sic.] CON PROGRAMACION[sic.] PARA CIRUGIAS [sic.] POSTERIORES

31.12.2018 LAPAROTMOIA EXPLORADORA CON LAVADO Y SECADO DE CAVIDAD SEPSIS ABDOMINAL CON HALLAZGOS: SEPSIS ABDOMINAL, 500 CC DE MATERIAL PURULENTO EN TODALA [sic.] CAVIDAD ABDOMINAL. ANASTOMOSIS INTEGRA

03.12.2018 LAPAROTOMIA EXPLORADORA + LAVADO DE CAVIDAD Y COLOCACION[sic.] DE BOLSA DE BORRAEZ + TOMA DE CULTIVOS POR SEPSIS ABDOMINAL HALLAZGOS: ABSCEOS INTERASA, EN HUECO PELVICO Y Y [sic.] CORREDERA PARIETOCOLITICA [sic.] IZQUIERDA

08.12.2018 LAPAROTOMIA EXPLORADORA + LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL + YEYUNOSTOMIA POR SEPSIS ABDOMINAL + YEYUNOSTOMIA POR SEPSIS ABDOMINALO [sic.] Y FUGA INTESTINAL CON HALLAZGOS ABSCESO DE 200 CC DE HUECO PELVICO Y ABSCESO DE 100 CC INTERASA, FUGA DE ANASTOMOSIS A 10 CM DE ASA FIJA.

EGRESA EL DIA [sic.] 09.12.2018 DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: [sic.] SEPSIS ABDOMINAL, NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN[sic.] MECÁNICA FASE TARDÍA, DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO: HIPERNATREMIA HIPOVOLÉMICA, HIPEROSMOLAR, TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN: PANCREATITIS POSTRAUMATICA REMITIDA, ADEMAS[sic.] DE ESTATUS DE YEYOSTOMIA Y ABDOMEN ABIERTO.

ACTUALMENTE SE ENCEUNTRA [sic.]

NEUROLOGICO [sic.] BAJO SEDACION [sic.] CON MIDAZOLAM Y DEXMETOMIDINA CON RASS DE -5, ANALGESIA A BASE DE FENTANYL, PUPILAS ISOCORICAS [sic.], HIPOREFLECTIVAS

CARDIOVASCULAR SINN [sic.] APOYO AMINERGICO MANTENIDO PAMPERFUSORIA DE 96 MMHMHG , TA 133/76 MMHG, FC 109, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS [sic.] DE BUENA INTENSIDAD Y FRECUENCIA.

RESPIRATORIO CON VENTILACION [sic.] MECANICA [sic.] INVASIVA EN MODO PVC, VT 546, PEEP 7, FIO2 40%, FR 15, CAMPOS PULMONARES CON ADECUADA ENTRADA Y SALIDA DE AIRE, SIN ESTERTORES NI SIBILANCIAS. GASA: PH 7.47 PCO2 39 PO2 72 LAC 1.2 HCO3 28.4 BEB 4.4 KIRBY 180

ABDOMINODIGESTIVO QN AYUNO, CON SONDA OROGASTRICA[sic.] CON 100CC DE CARACTERISTICAS GASTRICAS, ABDOMEN ABIERTO CON BOLSA DE BOGOTA CON EXCUDADO TURBIO, FETIDO, DE CARACTERISTICAS INTESTINALES, CON PENROSE CON GASTO DE 300CC TURBIO,

FETIDO INTESTINAL. PERISTALSIS PRESENTE, DATOS DE
IRRITACION PARITONEAL NO VALORABLES [...]

48. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 10 de enero de 2019, elaborado por Gabriela Sánchez Hernández del servicio de cirugía general del Hospital General Rubén Leñero , el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se asentó lo siguiente:

[...] **EVALUACIÓN**

(Resultado del indicador)

Alta voluntaria y de traslado [...]

49. Hoja de Evolución sin fecha, elaborado por el doctor José Antonio Vicario Cruz, adscrito a una clínica particular, el que consta en el expediente de queja de la víctima directa 10, en el que asentó lo siguiente:

CIRUGÍA GENERAL RESUMEN MEDICO [sic.]

Fecha de ingreso 10-01-2019

Fecha de Egreso: 25-01-2019

Dxs de ingreso: Politraumatizado

TEC

Trauma Contuso Tórax

Intubación Prolongada bajo sedación 23 días

Trauma Contuso de Abdomen

Contusión Profunda de Abdomen

Perforación Intestinal de varios días de evolución

Peritonitis generalizada secundaria

Cirugías Múltiples de Abdomen (5)

Perforación de Yeyuno a 15 cm de Treitz

Fístula Enterocutánea de Yeyuno con dehiscencia a 15-45 cm del Treitz

Resumen:

Masculino de [...] años de edad con antecedentes de adicción al alcohol y diversas drogas incluida cocaína, cristal, etc.

El día 23/12/18 sufre accidente vial al ir conduciendo una motocicleta bajo los efectos de alcohol y drogas, se refiere que sufre impacto de frente con un vehículo automotor, condicionándole Politrauma. Fue atendido inicialmente en H. Rubén Leñero Seguro Popular, donde se mantuvo en observación por 5 días, al cabo de los cuales se somete a Primer Evento Quirúrgico encontrando hasta 4 litros de pus en cavidad, con Perforación de 3cm en cara antimesentérica de Yeyuno Próximo referido en la nota a 10 cm de asa fija. Se realizó resección en cuña y afrontamiento, se dejó la pared abdominal abierta con Bolsa de Bogota[sic.];

Se realizaron dos lavados de cavidad en quirófano por sepsis los días 31-12-18 y 03-01-19, encontrando en ambas colecciones purulentas sin fuga intestinal;

El día 08-01-19 se realiza la 4a intervención quirúrgica, encontrando dehiscente la línea de sutura en Yeyuno con fuga de contenido intestinal a la cavidad, peritonitis generalizada y se drena hemiabdomen izquierdo.



El día 09-01-19, se revisa su caso y se egresa de UTI por Máximo Beneficio con muy Mal Pronóstico a Corto plazo.

El día 10-01-19 mediante una Segunda Opinión Médica se conoce el caso y se pide su traslado a Unidad Médica de Nivel Privado (HGT).

Ingresa a esta Unidad el día 11-01-19 y se maneja en UTI con Pleurostomía Izq. Por derrame Pleural y colapso pulmonar de 40%; se realizó TAC mostrando integridad de Hígado, Bazo (Prob. Hematoma supcapsular en polo superior sin datos de inminencia de ruptura); así como con integridad de Páncreas; con Anemia con Hb 7, Leucos con pobre o nula respuesta a la sepsis; tiempos de coagulación dentro de lo normal y plaquetas dentro de lo normal.

Se realiza Exploración Quirúrgica el día 12-01-19, encontrando colecciones purulentas en subfrenico izq, subhepático, corredera parietocolica derecha y abundante en hueco pélvico. Dehiscencia de línea de sutura en Yeyuno y se procede a realizar resección del borde de la pared intestinal dehiscente, se procede a realizar Cierre en dos planos con Parche de Serosa de Peritoneo, se corrobora permeabilidad de su luz; se deja sonda para Yeyunostomía

Calibre 24 French; se realiza lavado y drenaje de cavidad en ambas correderas con drenajes flexibles de 1" hacia subfrenicos y hueco pélvico respectivamente, se extraen por contraberturas derecha e izquierda. Su evolución favorable, se inicia destete del ventilador y se puede egresar de UTI el día 16-01-19, decanulado y sin necesidad de ventilación asistida, el día 21-01-2019 se detecta fugas de contenido intestinal por drenajes y bolsa de Bogota [sic].

Considero no amerita manejo quirúrgico y se solicita instalación de Sistema VAC, para manejo Conservador de una FISTULA ENTEROCUTANEA CONTROLADA,

con gasto de 500cc promedio por día por 4 días y en las últimas 24 hrs con 1300 cc de [sic]

[sic] gasto; piel conservada, drenajes derechos sin datos de material intestinal y los drenajes derechos son los que muestran franco contenido intestinal.

No se logra conseguir apoyo en Tercer Nivel de Atención y se inicia manejo con Sistema VAC. A partir del 27 de enero de 2019, manteniéndole hasta el 08-02-2019, con lo que se consiguió:

- Disminución de Gasto hasta 600 cc
- Granulación en asas intestinales y pared abdominal
- Reinicio de Tránsito Intestinal (Evacuaciones en 3-4 días)
- Tolerancia a la Vía Oral a Líquidos
- Localización del gato de la Fístula a trayecto por
- Cobertura izquierda donde se encontraba Penrose

Con lo anterior podemos retirar la Nutrición Parental Total reiniciar la vía oral y cambiar la alimentación con DIETA ELEMENTAL del tipo ENTEREX TOTAL, que nos brinda un aporte de hasta 9 gr y 218 Cal en 200 mil promedio. Por lo que intentaremos llegar a 8 Fcos. En 24 hrs promedio.

Se indica antimicrobiano vía oral y se dan medidas H-D.

Los familiares han agotado sus recursos y no se logró conseguir la forma de financiar este recurso. [...]

50. Resumen de remisiones de fecha 31 de enero de 2019, de una clínica, que consta en el expediente médico de la víctima directa 10, en el que se señaló lo siguiente:

[...]
PROVISIONAL

TOTAL: \$324, 814.24 ABONOS: \$299,281.04 SALDO: \$25,533.20
--

51. Nota de Ingreso del 27 de febrero de 2019, del área de Cirugía General, firmada por un médico residente del Hospital General de México (HGM) de la Secretaría de Salud Federal, la cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se refirió lo siguiente:

[...]

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino de [...] años de edad, cuenta con el antecedente de politrauma (23.12.19) donde presento [sic.] TCE, trauma contuso de tórax y abdomen generando perforación intestinal y peritonitis generalizada, tuvo múltiples cirugías intestinales en 5 ocasiones, presenta una fistula entero cutánea de estancia prolongada presento [sic.] en terapia intensiva con colocación de sistema de presión negativa, es egresado por no contar con recurso económico, refiere presentar disnea de pequeños esfuerzos y fiebre no cuantificada, por lo que acude a esta unidad, donde es valorado por urgencias y se diagnostica neumonía asociada a cuidados de la salud, se solicita valoración por cirugía quien considera tratamiento quirúrgicos de patología abdominal [...]

DIAGNÓSTICOS:

- FISTULA ENTEROATMOSFERICA PROBABLEMENTE DE ALTO GASTO
- ABDOMEN BJORK IV SECUNDARIO A TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL
NEUMONIA[sic.] ASOCIADA A CUIDADOS DE SALUD

52. Nota de evolución vespertina vigencia de traslado del 27 de febrero de 2019, elaborada por los doctores Lozada, Palma y Martínez adscritos al servicio de Urgencias del HGM, el cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, del que se asentó lo siguiente:

[...] Paciente [sic.] sexo [sic.] masculino de [...] años de edad quien al momento cuenta con los diagnósticos siguientes.

- Desequilibrio hidroelectrolítico.



- Hipokalemia m [sic.] derecha en tratamiento, sin traducción electrocardiográfica.
- Post operado de perforación de yeyuno por peritonitis complicada remitida, con sepsis abdominal remitida.
- Status de colostomía.

Paciente exo [sic.] masculino de la quinta década de la vida quien se encuentra despierto, c nciente [sic.] orientado en las tres esferas, colaborador, con pupilas isocoricas fotoreactivas, connormocefalia, tegumentos palidos, deshidratados, cuello cilíndrico sin adenopatías palpables con corazón ritmico [sic.] regular sin ruidos s [sic.] breagregados, con campos pulmoa res [sic.] bien ventilados con ruidos patológicos , (abdomen c.) con esterotres[sic.] diseminados en campo pulmona [sic.] derecho, abdomen con presencia de herida abierta con secesion [sic.] d material escasa cantidad purulenta, cubierta con coloatomia con gasto abundante, genitales acorde asexo [sic.] y edad con extremidades con tono y trofismo conservaod [sic.]

Paciente consiente orientado en la quinta década de la vida en se encuentra [sic.] con los diagnósticos antes comentados, quiwn [sic.] presenta hipokalemia en tratamiento, pendiente reporte de últimos electrolitos, cuenta con gasometría con equilibrio acido base, leucocitos de 7, no presenta alzas térmicas, pacinte [sic.] quien se encuttra [sic.] en espera de traslado al servicio de Pabellón para continuar con su abordaje terapéutico. Pronostico de acuerdo a evolución familiares informados [...]

53. Nota de evolución nocturna y vigencia de traslado del 28 de febrero de 2019, elaborada por los doctores Lozada, Palma y Martínez adscritos al servicio de Urgencias del HGM, que obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, del que se indicó lo siguiente:

[...] Pacinte [sic.] masculino de [...] años quien al momento cuenta con hodpitalizacion [sic.] con los siguientes diagnósticos.

- Neu monna [sic.] secundaria a cuidados de salud.
- Desequilibrio electrolítico resuelto.
- Post operado perforación yeyunal por peritonitis complicada
- Status de colostomía

Pacinte [sic.] sexo masculino de la quinta década de la vida quien se encuentra c ncienge [sic.] orientado en lastres [sic.] esfras [sic.] colaborador normocefalicol, pupilas isocoricas[sic.] fotoreactivas, cardiopulmona [sic.] con campos pulmonares con estertores dismeiinados bilaterales, abdomen con herida quirúrgica con escasa salida de secreción purulenta, cubierta con compresas limpias, colostomía con gasto, genitales acorde [sic.] a sexo y edad.

Pacinte [sic.] quien se encuentra de traslado al servicio de pabellón cuenta con traslado firmado, por falta de espacio físico en otros servicios aún continúa en nuestro servicio. Cuenta con gasometría de control con equilibrio acido base. Pronostico de acuerdo a evolución [...]

54. Nota de seguimiento de nutrición clínica del 28 de febrero de 2019, elaborada por el servicio de Patología Quirúrgica Aguda del Hospital General de México, el cual obra en el expediente clínico 3646973 de la víctima directa 10, del que se asentó lo siguiente:

Diagnóstico: Paciente masculino de [...] años de edad cursando su día 30 de estancia hospitalaria con diagnóstico de fistula enteroatmosférica probablemente de alto gasto, Abdomen Bjork IV secundario a trauma contuso abdominal, Neumonía[sic.] asociada a cuidados de la salud.

Historia clínico nutricional: Paciente con 26 días[sic.] de apoyo nutricio parenteral, actualmente al 50% de su requerimiento (28/03/19) con un volumen de aminoácidos al 10% de 440ml, lipidos[sic.] de olivo al 20% con volumen de 198ml, dextrosa al 50% con volumen de 283ml, 10ml de multivitaminicos, 20ml de oligoelementos, 5ml de zinc y 2ml de vitamina C. Con un volumen total de 1000ml. Por indicación médica se inicia dieta blanda (28/03/19) sin lácteos y sin residuos a tolerancia complementando con dieta elemental suplemento alimenticio adicionado con glutamina (MED0073) 2 sobres para 24hrs. Se realizó balance de ingesta del día V28/03/19) lo cual refleja un consumo del 28.85% (438.5kcal/día) del requerimiento calórico diario y el 16.8% (14.8g) del requerimiento proteico.

Exploración física: Apariencia sin correspondencia a edad cronológica, cabello con signos de fragilidad, evidencia de depleción muscular en cienes, región torácica, cinturón escapular. Presenta lesiones cutáneas de ulcera por presión en la región del coxis. Con mejora clínica a la movilidad.

Antropométrica: Se realizó estudio de composición corporal de impedancia bioeléctrica (26/03/19) mostrando los siguientes resultados: Peso: 45.95kg, Masa grasa: 2.35kg, índice masa grasa: 0.8 kg/m², metabolismo basal: 1400kca, gasto energético total: 1680kcal, masa magra: 2.35kg, masa magra (%): 5.1%, índice masa magra: 0.8 kg/m², Vectores en función/rehabilitación: magrez creciente, masa musculo esquelético: 15.8kg, brazo izquierdo: 1.22ko, brazo derecho 1.24kg, pierna izquierda: 2.26kg, pierna derecha: 2.09kg, agua corporal total: 31.8L, agua corporal total (%): 68.8%, agua extracelular: 15.6L, agua extracelular: 33.8%, vectore[sic.] de liquidos[sic.]: masa somatocitos decreciente, XC (50 kHz): 28.6, R (50kHz): 667, ángulo de fase 2.5o, SDS: -4.09 y grasa visceral 1.1.

Bioquímica: Hipertrigliceridemia, hipoalbuminemia, parámetros de amilasa elevados, desequilibrio hidroelectrolítico (Hipocalcemia, hipocalcemia, hipofosfatemia severa e hipomagnesemia severa). Anemia perniciosa (macrocitica megaloblastica)

Soluciones: Solución hartmann 500cc para 12hrs.

Fármacos: Omeprazol 40mg IV cada 24hrs, Paracetamol 1gr IV cada 8hrs, Metronidazol 500mg IV cada 8hrs, Ceftazidina 1gr IV cada 8hrs.

Diagnóstico nutricional: Desnutrición proteico-calórico severo crónico, relacionado a enfermedad catabólica prolongada, trauma, disminución en la capacidad de consumir suficiente energía y hospitalización prolongada, evidenciado por antecedentes de historia clínica, balance de ingesta (25.78% del requerimiento calórico diario y 12.5% del requerimiento proteico) y datos antropométricos obtenidos en prueba de impedancia bioeléctrica.

Tratamiento nutricional: Se continua con nutrición parenteral al 50% con un volumen de aminoácidos al 10% de 440ml, lípidos de olivo al 20% con volumen de 198ml, dextrosa al 50% con volumen de 283ml, 10ml de multivitamínicos, 20ml de oligoelementos, 5ml de zinc y 2ml de vitamina C. Con un volumen total de 1000ml. se adicionará a nutrición parenteral 20 mEq/L sulfato de magnesio para el día 29/03/19 y se reducirá la dosis a 10 mEq/L de sulfato de magnesio al día 30/03/19, el día 31/03/19 no se hará adición alguna hasta tener nuevos controles de electrolitos. Se sugiere cambiar dieta blanda sin lácteos y sin residuos a dieta seca sin lácteos y sin residuos, complementando con dieta elemental suplemento alimenticio adicionado con glutamina (MED0073) 2 sobres para 24hrs. Conforme a tolerancia de dieta se realizara balance de ingesta donde se realizaran los cambios correspondientes.

[...]

55. Formato de Clínica de Accesos Intravasculares del HGM, suscrito por los doctores Luis E. Graniel P, Leo Ana Luisa Báez Martínez, que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en el que se asentó lo siguiente:

DIAGNÓSTICO: Fístula Enteroatmosférica
CATÉTER CON EL QUE INGRESA: Periférico
FECHA DE INSTALACIÓN: 6/3/19

[...]

2. INSTALACIÓN DE CATÉTER

56. Acta circunstanciada del 12 de marzo de 2019, suscrita por una visitadora adjunta adscrita a la entonces Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDFHDF), que obra en el expediente de queja, en la que la víctima indirecta 19 manifestó lo siguiente:

[...] Sabe que cuando [la víctima directa 10] salía de su casa a bordo de su motocicleta fue arroyado por el conductor de un vehículo que venía en sentido contrario.

Su hijo fue ingresado al área de Urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero, donde fue hasta el cuarto día que los médicos determinaron que tenía perforación en el intestino. Considera que en ese nosocomio lo estaban dejando morir.

Por lo anterior, determinó sacarlo de ese hospital y fue internado en la Clínica particular “[...]”, donde lo intervinieron quirúrgicamente, pues tenía una fístula en el estómago, por ello le fue colocado un catéter y lo mantuvieron con el estómago abierto.

Sin embargo, derivado a que ya no le alcanzaba el dinero para continuar pagando por los servicios del hospital particular, pues la cuenta era de \$400,000.00 (cuatrocientos mil pesos 00/100 M.N.) decidió su egreso del mismo.

En la actualidad su hijo se encuentra internado en la Torre Quirúrgica del Hospital General de México (piso 4º cama 118).

Aclaró quien se encuentra en el hospital con su hijo es la pareja de éste, pues ella tuvo que regresar a Canadá para seguir trabajando, pues quedó endeudada con los pagos de las tarjetas que ocupó para el pago del hospital particular.

Es su deseo que se investigue la mala atención médica que su hijo recibió por parte de los médicos del Hospital General Rubén Leñero y que se le apoye con dinero para pagar las deudas que en la actualidad presenta con los Bancos.

Señaló que ella no podrá atender de forma personal la presente queja, pero su familia [sic.] [...], quien es abogado de la Suprema Corte de Justicia de la Nación se encargará de atenderla. [...]

57. Notas de Evolución Social de fecha 17 de abril de 2019 elaboradas por personal de trabajo social del HGM, que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en la que se mencionó lo siguiente:

[...]

TS RUIZ ESCALERA LETICIA Fecha: 17/04/2019 11:31:14

15:45 PM DEL DIA[sic.] DE AYER SE PRESENTO[sic.] LA [víctima indirecta 19], REFIERE QUE YA ESTA DADO DE ALTA SU PACIENTE Y NO CUENTA CON RECURSO ECONOMICO[sic.] PARA CUBRIR LA TOTALIDAD, ANTERIORMENTE SE LE HABIAN SOLICITADO DOCUMENTOS Y NO LOS HA PRESENTADO, SE RENTERA [sic.] NUEVAMENTE QUE PUEDE EGRESAR SU PACIENTE SI REALIZA SUS PAGOS DE LO CONTRARIO EL DIA[sic.] DE HOY TENDRA QUE REALIZAR TRAMITE DE EGRESO Y A [sic.] ACREDITAR LA INFORMACION QUE SE LE PROPORCIONA DICE: QUE PAGO MUCHO EN UN HOSPITAL PARTICULAR, QUE ESTUVO EN EL HOSPITAL RUVEN [sic.] LENIERO [sic.] Y HA PAGADO MUCHO POR LO QUE CITO PARA EL DIA[sic.] DE HOY CON LA LIC. BEATRIZ CARRILLO.

TS: CARRILLO GARCIA[sic.] BEATRIZ Fecha: 17/04/2019 12:05:26

SIENDO LAS 8:40 HRS SE PRESENTA LA [víctima indirecta 19] PARA SOLICITAR TRAMITE DE EGRESO DEL PACIENTE SE LE SOLICITA LA DOCUMENTACION QUE YA SE HABIA SOLICITADO PARA DARLE CONTINUIDAD AL CASO Y REVALORIZAR LA SITUACION SIN



EMBARGO LA PACIENTE REFIERE NO TENER LA CARTA DE SOLICITUD DE APOYO NI COMPROBANTE DE DOMICILIO.

TS: CARRILLO GARCIA[sic.] BEATRIZ Fecha: 17/04/2019 12:11:26

APROXIMADAMENTE A LAS 11:00 A.M. SE PRESENTA NUEVAMENTE LA [víctima indirecta 19] PARA CONTINUAR CON EL TRAMITE Y AL SOLICITARLE LOS DOCUMENTOS UNO A UNO, REFIERE NO PODER COMPROBAR LOS GASTOS DE LA CIRUGIA[sic.] QUE ELLA REFIERE HABER REALIZADO EN EL HOSPITAL PARTICULAR, SE LE INDICA QUE FIRMA [sic.] LA CARTA RESPONSIVA YA QUE NO LA TIENE FIRMADA Y TAMPOCO TRAE COPIA DE LOS GASTOS REFERIDOS EN LA INSTITUCION[sic.] PRIVADA, Y TAMPOCO TRAE LA DOCUMENTACION[sic.] COMPLETA QUE SE LE HABIA[sic.] SOLICITADO PARA ASI[sic.] SUSTENTAR LO DICHO POR ELLA MISMA Y HACER TRAMITE A LA RECLASIFICACION[sic.] DE APOYO. MOLESTA DETERMINA SALIR DE LA OFICINA Y REFIERE QUE HARA LOS PAGOS QUE PUEDA.

QUEDANDO EN ESPERA DE LO DICHO PARA HACER LA SISTEMATIZACIÓN DEL CASO SE TRATA ASUNTO CON LA SUPERVISORA.

TS: BARRON PUENTES GUADALUPE (MARIA) [sic.] Fecha: 17/04/2019 16:32:08

EGRESA PACIENTE DADO DE ALTA MEDICA[sic.], SALE ACOMPAÑADO [sic.] DE SU *MAMA[sic.] [víctima indirecta 19], QUIEN HACE ENTREGA DE SUS PAGOS CUBIERTOS, SE ANEXAN AL EXPEDIENTE, NO HAY REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS[sic.] EN HOJA DE HOSPITALIZACION[sic.], NO ENVIAN[sic.] HOJA DE PROCEDIMIENTOS. DS PENDIENTE DE ENTREGAR COMPROBANTE. [...]

58. Hoja de sistematización en la atención de casos de larga estancia hospitalaria del 17 de abril de 2019, elaborado por la licenciada Beatriz Carillo García Trabajadora Social adscrita al HGM, la cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se asentó lo siguiente:

[...]

Paciente: [víctima directa 10]

Edad: [...] AÑOS

ECU: [...]

Cama: 118

INGRESO: **26 DE FEBRERO POR URGENCIAS MEDICAS[sic.]**

DX MEDICO[sic.] DE INGRESO: NEUMONIA [sic.], PO. OPERADO DE YEYUNO

DX MEDICO[sic.] DE EGRESO: FISTULA [sic.] DE INTESTINO

Servicio: **TORRE QUIRURGICA (SEPSIS)**
Trabajador Social: **LIC. EN T.S. BEATRIZ CARRILLO GARCIA**
Originario y residente: **DELEGACION[sic.] GUSTAVO A. MADERO**
Días de internamiento: **51 DÍAS**
Motivo de egreso: **MEJORIA**

[...] al hospital ingresa por el área de urgencias médicas en donde es tratado por los primeros tres días y posteriormente es trasladado a la torre quirúrgica, en donde la clínica de sepsis comienza con tratamiento de nutrición parenteral, al día de hoy el paciente es dado de alta por mejoría.

En el análisis del caso social: se trata de paciente adulto masculino, quien está en unión libre,, [sic.] padre de un hijo, actualmente la madre del paciente es quien está como cuidadora primaria, refiere el abandono de la compañera de la esposa [sic.] ya que a decir de la madre del paciente las pertenencias del mismo se las entregó y a su vez refiere que ellos no tienen un domicilio actual pue [sic.] que la madre viene de Canadá en donde ha estado trabajando por 5 años y no cuentan con una vivienda, refiere que no cuenta con los recursos para cubrir los gastos en el hospital pue [sic.] en el hospital particular ella fue quien se hizo cargo de los gastos y cubrió un monto de más de \$300'000.00 pesos, sin embargo a pesar de tener los documentos de los gastos no muestra documentación de haber realizado los gastos ella pues dice que hizo los gastos con tarjetas de crédito, se le ha solicitado la documentación que acredite todo lo antes mencionado pues no se ve reflejado gastos excesivos dentro de la institución pero no ha podido acreditar lo dicho, con la finalidad de coadyuvar con el egreso y evitar complicaciones en el paciente se procede a revalorar el caso [...]

59. Plan de alta de enfermería del 17 de abril de 2019, elaborado por Ángeles Anahí Santillán Flores adscrita al servicio de Torre Quirúrgica del HGM, la cual obra en el expediente clínico de la víctima directa 10, en el que se asentó lo siguiente:

[...]
Fecha y hora de egreso: 17/04/2019 19:20
Diagnóstico (s) médicos de egreso (CIE-10): Fístula de intestino

60. Escrito de la víctima indirecta 19 dirigido al HGM de la SEDESA, de fecha 17 de abril de 2019, que obra en el expediente médico de la víctima directa 10, en la que se refirió lo siguiente:

[...] [la víctima directa 10] fue expulsado de la Clínica [...] por falta de fondos, trasladado a casa sufriendo desnutrición, deshidratación, derrame de líquido en su herida del estómago es entonces que lo llevamos a Urgencias al Hospital General el día 04 de febrero, y fue ahí donde lo pudieron estabilizar y darle los mejores cuidados.

Le ruego y le suplico de la manera mas [sic.] humana lleguemos a un acuerdo no me niego a pagar, no contamos con mas [sic.] recursos

financieros, ni casa para vender, ni auto, ni familia que nos pueda ayudar con los gastos. Nuestro estado actual no es el mejor por el momento, pero con la confianza y la determinación con la que mi hijo lucho[sic.] para salir adelante, la ayuda de los medicos [sic.], residentes y enfermeras les prometo que vendremos a pagar.

61. Acta circunstanciada del 15 de agosto de 2019, suscrita por una visitadora adjunta adscrita a la ahora Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM), que obra en el expediente de queja, en la que refirió lo siguiente:

[...] la víctima directa 10 se presentó en las oficinas de esta Comisión, quien proporcionó datos personales, en particular los siguientes:

[...] tiene [...] años de edad

El 23 de diciembre de 2018 día en qué [sic.] ocurrieron los hechos, se encontraba bajo el influjo de alcohol y estupefacientes, y cuando salía de su domicilio [...] a bordo de su motocicleta y en compañía de su compañero “[...]” se encontró de frente con un vehículo, impactándose con éste (pues esta avenida es de ambos sentidos de circulación). Él cayó sobre el arroyo vehicular y a su acompañante no le pasó nada. Se desmayó por segundos y cuando despertó se hallaba dentro de un vehículo de unos amigos que habitaban cerca de la zona. Aclaró que el día del accidente iba en estado de ebriedad y bajo el influjo de sustancias psicoactivas.

Fue trasladado al Hospital Juárez, pero no lo recibieron, por lo que lo llevaron al Hospital General “Dr.” Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Ahí permaneció en el área de Urgencias, lugar en el cual le quitaron la ropa y lo mantuvieron en una silla de ruedas, después de más de 24 horas lo colocaron en una camilla y sobre el pasillo, ahí perdió el conocimiento y durante su permanencia en ese nosocomio “se le mantuvo sedado y se le indujo al coma”.

Cuando despertó, ya había pasado como un mes de su accidente y se hallaba en el Hospital Guadalupe Tepeyac.

Su entonces pareja sentimental [...] le contó qué desde su llegada a ese lugar, médicos solicitaron toma de radiografía o tomografía, estudios que no le fueron realizados hasta que su estado de salud se agravó se pudo verificar de la lesión severa que tenía en el estómago.

[La víctima indirecta 19] le informó que ella llegó al Hospital General “Dr. Rubén Leñero” el 28 de diciembre de 2018, nosocomio donde se le practicaron cuatro cirugías (colostomía y limpieza de estómago, entre otros procedimientos). A ella le indicaron que ya no había nada que hacer por la salud de él, pues moriría. Le cuentan que como necesitaban camas para otras emergencias, él fue puestos en el piso “como si fuera basura” pues según ellos moriría y no valía la pena tenerlo ocupando una cama”. Al lugar llegó el médico gastroenterólogo particular [...] (conocido de la esposa de su hermano), quien revisó su expediente médico e indicó que “él lo podía sacar de la gravedad médica en la cual se encontraba”. Por ello, su ex pareja [...] pagó una ambulancia y ella y su mamá decidieron sacarlo de ese nosocomio y trasladarlo a una Clínica [...], lugar en el que

fue atendido por dicho gastroenterólogo. Aclarando que sus familiares no firmaron el Alta Voluntaria.

Cuando llegó a ese hospital particular llevaba tres bolsas de colostomía y un catéter en el cuello.

Dicho médico especialista le cuenta que “le practicó un cierre de intestino y lo pegó a su estómago”, además de que le transfundieron sangre. Ahí permaneció de mediados del mes de enero a mediados del mes de febrero de 2019, lo anterior pues su mamá ya no contaba con la solvencia económica para pagar los gastos de ese hospital (\$30,000.00 por día).

Salió de la Clínica [...] con una bolsa de colostomía, con el estómago aún abierto y con el catéter en cuello. Estuvo habitando en casa de su entonces suegra, pero su estado de salud se agravó porque se encontraba desnutrido.

Por lo anterior, el 28 de febrero de 2019 su entonces pareja [...] pagó por los servicios de una ambulancia y fue canalizado al Hospital General de México, donde a su ingreso se le dio un 70% de probabilidad de muerte. Ahí se le mantuvo aislado. Se le practicaban diario estudios médicos (orina, sangre, placas toraxicas[sic.], urocultivos, fluidos etc).

Fue alimentado mediante nutrición parenteral (catéter e intravenosa), porque no podía comer de forma natural, pues la comida se le salía del estómago, por lo que se le hizo un plan alimentario estricto. Fue nutrido de forma adecuada, los médicos siempre le decían “que lo sacarían adelante”.

Le daban fiebres hasta de 40 grados de temperatura, pero los medicamentos lograban la disminución de las mismas.

No le practicaron procedimientos quirúrgicos, sólo nutricional, por lo que comenzó a subir de peso, aclarando que cuando fue hospitalizado en el Hospital General Dr. Rubén Leñero pesaba más de 75 kilogramos, pero cuando llegó a éste último pesaba 35 kilogramos.

Ahí estuvo hospitalizado dos meses, lugar en el que permaneció sin los cuidados de algún familiar o de su esposa, pues ésta dejó de visitarlo le dijo que ya no quería estar más con él, además de ella ya tenía otra pareja sentimental. Se sintió abandonado y deprimido, porqué sus familiares sabían que alguien debía permanecer las 24 horas con él, por los cuidados especiales que su estado de salud requería; sin embargo, los médicos del Hospital General de México le decían “que aún y cuando no estuvieran presentes sus familiares ellos lo sacarían adelante” por lo que siempre se mantuvo positivo en sus pensamientos y hacía caso de las instrucciones médicas que se le daban en ese hospital.

A partir del 15 de mayo de 2019 [la víctima indirecta 19] se presentó en ese nosocomio y se hizo cargo de sus cuidados. Fue hasta finales de ese mes que lo dieron de alta, aclarando que aún tenía colocada una bolsa de colostomía.

Su recuperación se efectuó en la vivienda de su ex cuñada, lugar en el cual lo cuidó su mamá hasta finales del mes de julio de 2019 que regresó a radicar a Canadá[sic.].

En el Hospital General de México se le continuaron dando consultas externas para revisar el líquido que drenaba en la bolsa de colostomía, aclarando que tenía cita abierta en caso de urgencia. En dicho hospital



se le indicó que en un año se le tendría que efectuar una cirugía, a fin “de juntar el músculo abdominal con la grasa”

Sabe que “lo ocurrió fue un milagro y obra de Dios, quien le permitió seguir viviendo”.

Aclaró que durante su estancia en todos esos hospitales no tuvo crisis de abstinencia al alcohol ni a las drogas.

Por otra parte, ignora las acciones legales que el abogado [...] promovió ante las diversas instancias del Gobierno de la Ciudad de México para que se investigara la comisión o no de delito y/o de faltas administrativas en contra del Hospital General Rubén Leñero, pero en breve se comunicará con éste para ser informado.

En la actualidad no tiene trabajo, pues por prescripción médica no puede hacer ningún trabajo físico porque sería riesgoso para su salud. Derivado de lo anterior su mamá es quien le apoya económicamente.

El deseo de la queja interpuesta en esta Comisión es que se determine si los médicos a cargo de su atención médica en el Hospital General Rubén Leñero cometieron responsabilidad medica en su contra, en particular, si la emergencia de salud con la que ingresó a ese nosocomio fue tratada de forma mediata y debidamente, por lo que de acreditarse ésta, los gastos que emanó su mamá en el hospital privado y en el federal le sean devueltos por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. [...]

[...] la victima directa proporcionó copia de [...] imágenes fotográficas [...]





62. Opinión médica emitida el 3 de julio de 2020, por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, que obra en el expediente de queja, en el que asentó lo siguiente:

[...] V. ANÁLISIS CON BASE A REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

[...]

El trauma contuso o cerrado de abdomen se produce como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte. La magnitud de estas fuerzas está en relación directa con la masa de los objetos involucrados, su aceleración y desaceleración y su dirección relativa durante el impacto. El daño ocurre cuando la suma de estas fuerzas excede las fuerzas cohesivas de los tejidos y órganos involucrados. Se produce entonces una constelación de contusiones, abrasiones, fracturas y rupturas de tejidos y órganos. El impacto directo y las fuerzas compresivas son probablemente las causas más comunes de trauma significativo. La severidad se puede estimar si uno conoce la fuerza y dirección del impacto, al igual que el tamaño del área de contacto en el paciente. En el trauma contuso en general, los órganos más lesionados son hígado, bazo, mesenterio y riñón. Si el paciente queda atrapado en el vehículo y tiene "huella del cinturón de seguridad", debe sospecharse lesión de víscera hueca.

A nivel intestinal, las lesiones por traumatismo cerrado pueden deberse a diversos factores etiológicos, siendo los accidentes automovilísticos, los más frecuentes. En el caso de lesión pancreática, lo más observado es que se presenta dicha lesión en traumatismos abiertos de abdomen y, cuando se presenta en traumatismos cerrados, es debido a colisiones vehiculares o agresiones interpersonales. La mecánica de lesión es que, ante un traumatismo abdominal cerrado se produce una fuerza de compresión directa del páncreas contra las vértebras lumbares, que, asociada a la falta de desplazamiento del órgano por su localización retroperitoneal, causa transección de la glándula a nivel de los vasos mesentéricos superiores e incluso rotura del ducto.

En el caso de la pancreatitis, la anamnesis proporciona muchos antecedentes valiosos para el diagnóstico: empleo de cinturón de seguridad, choque frontal de vehículos, aplastamiento, caídas, etcétera. En todos los casos de accidentes automovilístico es necesario sospechar trauma pancreático. El examen físico debe ser completo para evaluar acertadamente todas las lesiones. En algunas oportunidades la signología indica necesidad de exploración quirúrgica inmediata, como es cuando está presente la rigidez de la pared abdominal y el signo de Blumberg. Los estudios de laboratorio son inespecíficos, en el caso de la amilasa (enzima pancreática), ésta se incrementa en aproximadamente dos tercios de sus valores normales.

Dentro de los estudios diagnósticos para realizar en el caso de sospecha de pancreatitis son:

Lavado peritoneal diagnóstico: estudio poco específico.

- Ultrasonografía: dependiente del operador del equipo.
- Tomografía axial computarizada: Se considera el estudio radiológico de elección ya que cuenta con una alta sensibilidad para detectar permite distinguir todas las lesiones pancreáticas desde un páncreas contundido hasta una profunda laceración con compromiso del conducto pancreático.
- La pancreatografía retrograda endoscópica, útil cuando la tomografía no es concluyente.

- Endosonografía, se utiliza cuando se sospecha de trauma pancreático, pero, la tomografía no es concluyente.
- Pancreatografía por resonancia magnética, es un procedimiento que se utiliza para demostrar lesiones en el conducto de Wirsung y, lesiones en conductos pancreáticos antiguos.

La laparotomía exploradora es el procedimiento quirúrgico, el cual consiste en la apertura quirúrgica del abdomen y la revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Dicho procedimiento se realiza habitualmente ante la presencia de un abdomen agudo. El abdomen agudo es el Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente.

La peritonitis se define como la inflamación de la membrana serosa que delimita la cavidad abdominal y los órganos contenidos en ella. El peritoneo cuenta con un ambiente estéril y reacciona a varios estímulos patológicos con una reacción inflamatoria uniforme. Según sea la enfermedad de base, la peritonitis resultante puede ser infecciosa o estéril.

La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por un microorganismo patógeno, así como de sus productos. El proceso inflamatorio puede ser localizado o difuso de acuerdo con su naturaleza. En la pancreatitis aguda, para definir falla de órganos en pancreatitis aguda debe haber compromiso cardiovascular, respiratorio o renal y, se evalúan de acuerdo con la clasificación de Marshall. Un score mayor o igual a 2, establecería falla orgánica múltiple. El índice BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) fue creado con el objetivo de ser un predictor de gravedad y, se encuentra orientado a la clínica, mide cinco variables clínicas: nitrógeno ureico (BUN) (=B) > 25 mg/dl, compromiso de conciencia (Impaired mental status = I), síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS = S), edad (Age =A) > 60 años y derrame pleural (Pleural efusión = P) evidenciado en imágenes. Un puntaje mayor a 3, se relaciona con el incremento de la posibilidad de presentar falla orgánica.

En el presente caso se observa que, [la víctima directa 10], ingresa al Hospital General Dr. Rubén Leñero (en adelante HGRL), el día 23 de diciembre de 2018, por presentar un accidente con una motocicleta (caída). A la exploración física se encuentra paciente con datos clínicos sugestivos de pancreatitis, no obstante, se observa que se le solicita una tomografía axial computarizada, pero esta no se puede llevar a cabo debido a que no se cuenta con personal de radiología en el HGRL el día 24 de diciembre de 2018 (Ver **nota IV.1.2**). El estudio tomográfico es de importancia realizarlo dentro de las primeras 24 horas posterior a la sospecha de pancreatitis, ya que permite hacer la diferenciación entre casos leves y casos graves. Lo anterior, no cumple con lo esperado en una atención médica oportuna esperada en el sistema de salud.

El día 25 de diciembre de 2018, aún no se reportaba el estudio tomográfico, de acuerdo con las notas del expediente clínico (Ver **nota IV.1.4**). Aunque notas previas referían que ya se había hecho, no se

reportan los resultados del estudio. La **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**, menciona en su numeral **6.2.3** que, las notas de evolución deben contener los resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; lo anterior, en el presente caso, no se llevó a cabo.

Ahora, el día 25 de diciembre se observa que se menciona se solicitaría valoración por el servicio de cirugía, además de reportar que [la víctima directa 10] presentaba mucho dolor abdominal (Ver nota **IV.1.4**). El 28 de diciembre de 2018, se observa en dicha nota que, se intervino quirúrgicamente con diagnóstico de abdomen agudo. Se desconoce el momento en que fue evaluado por parte del servicio de cirugía general. Se ingresa a quirófano el día antes mencionado y se realiza el procedimiento quirúrgico, en donde se observa lesión de víscera hueca a nivel intestinal, motivo por lo cual se decide realizar resección en cuña de 10 cm en asa fija. Ante la sospecha de perforación en víscera hueca, los procedimientos diagnósticos consisten en ultrasonido, lavado peritoneal diagnóstico, así como tomografía con doble o triple contraste.

Ahora, se le colocó a [la víctima directa 10], una bolsa de Bogotá. La técnica de abdomen abierto tiene las siguientes indicaciones:

En cuadros infecciosos:

- Peritonitis secundaria severa
- Peritonitis terciaria
- Pancreatitis necrotizante sobre infectada
- Fístulas intestinales no organizadas
- Herida necrótica dehiscente
- Fascitis necrotizante
- Íleo prolongado severo

En pacientes politraumatizados:

- Prevención o tratamiento del Síndrome Compartimental Abdominal.
- Estallido hepático o fractura de pelvis con empaquetamiento.
- Cirugía de Control de Daños

Otros:

- Cirugía de segunda mirada; en trombosis mesentérica, cuando existe viabilidad intestinal dudosa, y en cirugía vascular abdominal crítica.

Por lo anterior, se deduce que el uso de la Bolsa de Bogotá fue adecuado para el manejo de la patología que presentaba [la víctima directa 10] al momento de su ingreso a terapia intensiva. Al respecto es de importancia señalar que, en el expediente clínico certificado del HGDRL, no se observó alguna nota de las intervenciones quirúrgicas. Esto es, no se observaron notas en las valoraciones previas de ingreso de [la víctima directa 10], tampoco se observan notas del procedimiento quirúrgico realizado, por lo tanto, se desconoce los hallazgos encontrados por parte de dicho servicio, así como las complicaciones documentadas y/o los incidentes, así como el plan quirúrgico establecido.

Lo anterior, como ya se mencionó, impide conocer: Fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, pronóstico, diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada,

diagnóstico postoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía, lo anterior no cumple con los numerales: **8.5, 8.6 y 8.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**

De las notas del expediente clínico certificado del HGDRL, se observa que, el 25 y el 26 de diciembre de 2018, se solicitaría valoración por los servicios de Cirugía general y medicina interna, desconociendo si dichas valoraciones se llevaron a cabo ya que, como ya se mencionó, no se encontraron las notas de valoración del servicio de cirugía general. Ahora, se observa que el 25 de diciembre de 2018, se solicitaría una tomografía abdominal ya que no se encontraba en el expediente clínico a pesar de reportar que ya se había tomado. Al respecto, se observa que, el día 27 de diciembre de 2018 (Ver nota **IV.1.8**) se marca como pendiente la realización de la tomografía abdominal.

Cabe mencionar que la tomografía no se halló en el expediente clínico por lo cual no es posible determinar el momento en el cual se realizó dicho estudio de gabinete, el cual, como ya se ha señalado, es de importancia fundamental para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis y, muy probablemente, hubiese detectado de manera oportuna la perforación intestinal que, [la víctima directa 10], presentó

Se observa que el día 28 de diciembre, se cuenta con el resultado del estudio del líquido peritoneal, arrojando datos sugestivos de infección peritoneal, esto es, lavado peritoneal positivo. Se observa que, en la madrugada del 28 de diciembre, [la víctima directa 10] se le indican un par de analgésicos a su tratamiento: metamizol y tramadol. El Tramadol tiene una biodisponibilidad absoluta del 41-84 % lo que es favorable con relación a otros analgésicos de acción central y un tiempo de vida biológica media de 6h., el comienzo de acción es de 5 a 10 minutos en la aplicación intravenosa y después de su administración oral, es ampliamente metabolizado en el hígado (85 % de una dosis oral es metabolizada por esta vía) y aproximadamente el 90 % es excretada por los riñones y un 10 % aparece en las heces fecales.

El metamizol, introducido en la práctica clínica en 1922, es un derivado de la aminopirina y potente analgésico; es también bastante usado en clínica por su actividad antitérmica. El mecanismo de acción analgésica no está claramente definido, pero parece existir un componente de acción central a nivel de la sustancia gris y periacueductal o la médula y sus acciones sobre el sistema periférico: arginina/óxido nítrico/GMPc. El metamizol parece presentar un perfil favorable en el control del dolor agudo postoperatorio

Como se observa, se puede establecer que, [la víctima directa 10], presentaba en esos momentos, un dolor importante a nivel abdominal ya que, horas después de indicar metamizol y tramadol, le administraron bruprenorfina. Por lo cual, el manejo analgésico para la pancreatitis fue el adecuado.

Ahora, se observa que no se le puede brindar solución Hartmman debido a que el HGDRL no cuenta con dicho insumo. La solución Hartmman, es el tratamiento basado en la expansión inicial con soluciones endovenosas isosmolales.

El 30 de diciembre de 2018, ingresa al servicio de terapia intensiva del HGDRL en donde, se realizan los diagnósticos de: Sepsis intraabdominal, pancreatitis postraumática, post operado LAPE (28.12.18). Resección en cuña yeyuno a 10 cm de asa fija + entero entero anastomosis termino terminal en dos planos + lavado y secado de cavidad abdominal + colocación de bolsa de Bogotá, lesión renal aguda AKI II, desequilibrio ácido base, acidosis metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico: Hipercloremia + hipernatremia, contusión en cráneo, probable fractura de tobillo izquierdo.

Al respecto, se establece que la lesión renal aguda (LRA) es un problema clínico común que se presenta en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y predice de manera independiente un pronóstico adverso. De acuerdo con la literatura médica mundial, la incidencia de LRA es de aproximadamente 36%, destacándose el hecho de que este porcentaje continuará incrementándose en los últimos años. La escala AKI, derivó de la escala RIFLE y, la escala AKI, tiene mayor especificidad y sensibilidad para la evaluación del riesgo renal y el pronóstico. Una clasificación AKIN II, establece una disfunción renal, un estadio previo a la sospecha de una insuficiencia renal en sí.

La peritonitis es definida como un proceso inflamatorio del peritoneo causado por cualquier agente o irritante. La infección intraabdominal es definida como la manifestación local que ocurre como consecuencia de la peritonitis y la sepsis intraabdominal trae consigo una manifestación sistémica de una inflamación peritoneal severa.

El tratamiento estándar incluye el control del foco de origen y el lavado peritoneal, sin embargo, en pacientes que tienen peritonitis moderada o severa, el foco de infección puede no ser completamente eliminado con una única intervención quirúrgica. De allí surgen divergencias, especialmente con respecto a este problema, tales como el tiempo y frecuencia de repetir la laparotomía y el manejo del abdomen abierto. Hasta la fecha está claro que la reducción de la mortalidad por debajo del 20 % ha de ser el resultado de un mejor conocimiento del control del daño, prevención del síndrome compartimental abdominal y mejores alternativas antimicrobianas.

El manejo temprano de la sepsis requiere la estabilización respiratoria. Todos los pacientes deben recibir oxígeno suplementario. Cuando la oxigenoterapia no mejora la oxigenación o no es posible proteger la vía aérea, y la insuficiencia respiratoria es inminente se recomienda la ventilación mecánica. La perfusión se evaluará luego de estabilizar la respiración. La hipotensión es la manifestación de la perfusión tisular

inadecuada. Los signos clínicos de hipoperfusión son la piel fría o pegajosa, la alteración del estado mental, la oliguria o la anuria (falta de orina) y la acidosis láctica.

Después de la estabilización respiratoria inicial, el tratamiento consiste en la reposición de líquidos, la administración de vasopresores, la identificación y el control de la infección, la administración inmediata de antibióticos y la eliminación o el drenaje de la fuente de infección. Ante la sospecha de un abdomen agudo y de infecciones necrotizantes se impone la consulta temprana con el cirujano general. La terapia temprana dirigida por objetivos es una estrategia que se implementa dentro de las 6 horas de sospechada la sepsis o el shock séptico.

Las pruebas recomendadas son el hemograma completo, las pruebas metabólicas básicas, la medición del lactato y de los niveles de enzimas hepáticas, estudios de coagulación y análisis de orina.

Respecto al desequilibrio ácido base, se establece que: Los trastornos ácido-base acompañan con frecuencia al paciente críticamente enfermo y en ocasiones pueden ser la única razón para ingresarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Pueden tener un carácter primario, pero por lo general, ocurren como complicación de una enfermedad preexistente. Se debe hacer hincapié en que el tratamiento de un trastorno ácido-base estrictamente debería llevarse a cabo tomando como referencia la condición clínica subyacente. La acidosis metabólica aparecerá como consecuencia de la pérdida de bicarbonato (HCO_3^-) o por la ganancia de hidrogeniones (H^+) y estará presente hasta en 64% de los pacientes ingresados a la UCI.

Está bien demostrado que la severidad se relaciona con la gravedad y el desenlace de la enfermedad. Existen muchas causas de acidosis metabólica y su etiología también está vinculada con la mortalidad. En los pacientes con choque séptico, la acidosis metabólica es el trastorno ácido-base más común y puede ser condicionada por lactato, iones no medidos o cloro; el principal ion causante determinará el pronóstico en este grupo de pacientes.

Este tipo de pacientes y, por las patologías mencionadas, se justificaba el ingreso de [la víctima directa 10] a la Unidad de Cuidados Intensivos, de acuerdo con lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos**, en su numeral **5.5.1.1.1** y **5.5.1.1.2**.

El tratamiento de la sepsis abdominal es prioritariamente quirúrgico, controlando la fuente de infección, remoción y drenaje de productos tóxicos; aliado a la antibioticoterapia, soporte ventilatorio y hemodinamia adecuada. Los beneficios que se presentan con la técnica de abdomen abierto se evidencian por la mejor evolución del cuadro séptico y disminución del rango de mortalidad, en comparación con el tratamiento cerrado. Hay menor incidencia de abscesos intra-abdominales; sin embargo, algunos expertos indican que los beneficios son controversiales y que este procedimiento facilita la diseminación de infección micótica. Las indicaciones actuales son las siguientes:

1. Cirugía de control de daños.
2. Sepsis intraabdominal severa.
3. Síndrome compartimental abdominal.

4. Cierre de la pared abdominal a tensión.
5. Pérdida masiva de la pared abdominal.

La cubierta temporal del abdomen debe ser biológicamente inerte, sencilla, rápida, que presente protección a las vísceras, aponeurosis y piel, y que permita la reexploración de la cavidad abdominal rápidamente, como en el caso de la bolsa de Bogotá, como bolsa de Bogotá se puede ocupar la bolsa estéril de líquidos endovenosos de polivinilcloruro o la bolsa estéril recolectora de orina. Es fácil, rápida de colocar y económica; se la fija a los bordes de la herida o a la aponeurosis. Sin embargo, la recolocación repetida origina pérdida de tejido considerable. Algunos autores prefieren esta técnica porque los recambios se realizan al pie de la cama del paciente, además, de las ventajas antes citadas. Una variante a esta técnica consiste en colocar una bolsa de polietileno por debajo del peritoneo cubriendo el contenido intraabdominal; luego, ésta se extrae por contrabertura a 5 cm por debajo del ángulo inferior de la herida, cerrando la piel por encima del plástico.

Las complicaciones reportadas incluyen la evisceración, fístulas intestinales y drenaje masivo de líquidos. Los cuadros clínicos de sepsis que se benefician con esta técnica corresponden a trauma abdominal grave, pancreatitis aguda grave, peritonitis secundaria y terciaria, y luego de descomprimir la cavidad abdominal en el síndrome compartimental abdominal.

El 01 de enero de 2019, se observa por la nota de la unidad de cuidados intensivos del HGDRL, que se ha sometido a [la víctima directa 10] a un lavado y secado abdominal. No se cuenta con nota medica[sic.] de dicho procedimiento. Ahora, en dicha nota (Ver **nota IV.1.15**) se observa que no se cuenta con la valoración del servicio de traumatología y ortopedia debido a que no se encuentran dichos médicos en el servicio (en diversas ocasiones que han acudido a buscarlos) y no ha podido ser valorado por presentar deformación en tobillo izquierdo y mano derecha. Lo anterior, no se encuentra acorde a lo señalado en los numerales **6.3 y 7.2.1** de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**. De hecho, se desconoce sí, [la víctima directa 10] tuvo valoración por parte del servicio de traumatología y ortopedia durante su estancia en el HGDRL.

El 07 de enero de 2019, se observa en la nota de valoración preanestésica (ver **nota IV.1.20**), que se tiene como cirugía programada una colecistectomía y un lavado quirúrgico, desconociendo el por qué se programó una colecistectomía en dicho paciente. La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico para extirpar la vesícula biliar enferma.

El 09 de enero de 2019 (Ver **nota IV.1.21**) se observa la nota de la alta médica en la cual se establece que se realizaron 4 laparotomías exploradoras, posteriores a la cirugía inicial. Laparotomías de las cuales no existe nota medica[sic.] alguna. En el resumen médico no se establece que se haya realizado la colecistectomía señalada en la valoración preanestésica. Lo anterior es de importancia ya que, en un momento determinado, se estableció un diagnóstico de colecistectomía el cual, no se encuentra justificado en el expediente clínico y se podía prestar a

realizar una intervención quirúrgica sin sustento, lo anterior corresponde a un error clínico.

Ahora bien, en la nota de la alta médica no se establece cuáles fueron las razones por la cual se realizaba el egreso de [la víctima directa 10] del HGDRL. Lo anterior no cumple con lo señalado en los numerales **8.9.2, 8.9.4, 8.9.8, 8.9.10** de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**.

De acuerdo a lo observado en las notas anexas al expediente de queja se observa que, el 09 de enero de 2019, [la víctima directa 10] fue egresado del HGDRL y posteriormente ingresado en una clínica particular, la Clínica [...], en el resumen clínico de dicho hospital, se menciona que, el egreso del HGDRL fue realizado por máximo beneficio (Ver nota IV.2.1). Esto significa que ya no se puede hacer más por el paciente y que éste ha caído posiblemente en un estado terminal, sin definirlo claramente. En este sentido, tampoco se instrumentan mecanismos de contención del paciente dado que se adolece formalmente de técnicas y procedimientos específicos para la asistencia a los moribundos.

Lo anterior establecería que, el HGDRL ya habría establecido que ya no existía tratamiento médico alguno para brindar a [la víctima directa 10]. De acuerdo con el resumen clínico de la [...] se menciona que se realiza un lavado quirúrgico y una pleurostomía. Se requiere de un drenaje pleural en los casos de neumotórax sintomático, neumotórax asintomático con una distancia >2cm entre la pleura visceral y la pared torácica, neumotórax a tensión, hemotórax, derrame paraneumónico complicado, empiema pleural no tabicado, quilotórax, derrame pleural neoplásico (en aquellas ocasiones en que no es suficiente la toracocentesis) y en el postoperatorio de la cirugía torácica y cardíaca. Se encontraron colecciones purulentas, se lavó y seco la cavidad y, se comenzó con el destete del ventilador.

La mayoría de los pacientes que padecen una enfermedad crítica están débiles y en ellos la debilidad muscular representa un problema relativamente frecuente, en particular en aquéllos que han requerido soporte ventilatorio durante periodos prolongados, de hecho en este grupo de pacientes la fuerza muscular respiratoria es 30% del valor normal; sumado a ello, debe considerarse que algunos pacientes presentan alteraciones neuromusculares previas al ingreso a la unidad de cuidados intensivos y que pueden ser clínicamente evidentes o bien encontrarse en etapa subclínica. En la mayoría de los casos, la debilidad suele ser una consecuencia de la enfermedad que los condujo a someterse a ventilación mecánica y del tiempo de esta, entonces la debilidad predispone a fatiga e insuficiencia ventilatoria, situaciones que deben ser contempladas durante el protocolo de retiro de la ventilación mecánica.

En el presente caso, el destete de la ventilación mecánica fue tolerado de manera adecuada el día 16 de enero de 2019. De acuerdo a la valoración de la clínica [...], no ameritó tratamiento quirúrgico durante su estancia intrahospitalaria. Se utilizó un sistema VAC. La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización de las heridas mediante la aplicación de presión

negativa controlada en el lugar de la herida. Proporciona un entorno húmedo y cerrado a la vez que elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. Con lo cual se acelera la cicatrización de la herida a la vez que se disminuye su volumen. Es posible tratar cualquier tamaño de herida.

Existen 2 tipos de terapia: el sistema «de apósito abdominal» que permite el tratamiento del abdomen abierto, reemplazando a la clásica Bolsa de Bogotá, y la terapia «suprafascial» para el cierre de heridas complicadas. La evolución es adecuada durante su estancia intrahospitalaria, no obstante, se busca su traslado y valoración a tercer nivel hospitalario. Se egresa el 27 de febrero de 2019 al Hospital General de México.

En el Hospital General de México (en adelante (HGM), diagnostican una fístula enteroatmosférica. Las fístulas enterocutáneas (FEC) son definidas como la comunicación anormal entre la mucosa gastrointestinal y la piel. Son una de las complicaciones más temidas, posterior a la realización de procedimientos intraabdominales. Además del aumento en la estancia intrahospitalaria y el costo del tratamiento, su desarrollo tiene gran impacto en la morbimortalidad del paciente.

Alrededor del 80% de los casos son consecuencia de alguna cirugía abdominal, siendo las principales causas dehiscencia de anastomosis, lesiones intestinales inadvertidas, pérdida de la serosa del intestino o alguna otra alteración que origine erosión de la pared intestinal, con subsecuente fuga de material intestinal hacia el abdomen y la piel. Otras causas de FEC son enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa crónica inespecífica), infecciones intraabdominales (ej. tuberculosis), cáncer, enfermedad diverticular complicada y trauma.

El manejo médico está basado en etapas o fases, que fueron delineadas por Chapman y Sheldon; estas fases son:

- a) Estabilización: realizada dentro de las primeras 24 horas. Incluye búsqueda de sepsis, equilibrio hidroelectrolítico e inicio de los cuidados de la piel.
- b) Valoración del estado nutricional: realizado en las primeras 48 horas, en la que se debe establecer el tipo y vía de apoyo nutricional.
- c) Estudio anatómico de la fístula enterocutánea (FEC): realizado durante la primera a segunda semana, mediante imagenología para “mapear” e identificar factores asociados a la FEC.
- d) Tratamiento definitivo: puede ser muy variable en el tipo y en los tiempos. Desde continuar con tratamiento conservador hasta llegar a la intervención quirúrgica, en caso necesario.

Las fístulas que drenan directamente hacia la piel o hacia una herida granulada, son consideradas como enteroatmosféricas. Su manejo específico amerita consideraciones aparte. El uso, y en algunos casos abuso del abdomen abierto en pacientes con trauma o sepsis abdominal, trae como consecuencia el aumento en el desarrollo de las fístulas enteroatmosféricas. Éstas son aquellas que tienen exposición de mucosa a través de una herida granulada, y se presentan en el 10 al 15% de todos los casos de pacientes manejados con el abdomen abierto (hasta 50% en pacientes, en quienes nunca se realiza el cierre quirúrgico de la pared).

Frecuentemente estos pacientes tienen múltiples bocas fistulosas, debido a que en este tipo de fistulas el proceso inflamatorio es continuo. Es recomendable un periodo de espera de cuando menos 6 a 12 meses para ser tratados quirúrgicamente (en comparación con los 3-6 meses sugeridos para aquéllos con fistulas ocultas, sin exposición de mucosa intestinal). A pesar de que han sido reportadas técnicas locales para tratar de favorecer el cierre, los resultados exitosos sólo oscilan entre el 40 y 60%; más aún, en los casos en los que la técnica falla.

El defecto de la "nueva" fistula es mayor que el original. La mortalidad global en pacientes con fistulas enteroatmosféricas es de ~50%. La recidiva reportada posterior al tratamiento quirúrgico varía del 17 al 33%; los factores relacionados con ésta, incluyen: presencia de sepsis abdominal activa al momento de la cirugía, localización (> en intestinales versus colónicas), tipo de cirugía realizada para la reparación (> para cierre primario versus resección), tipo de anastomosis realizado (> en mecánica versus manual), tiempo entre la última cirugía y la reparación (menor recidiva con espera > 4 meses) y tipo de cierre realizado para la pared abdominal (> en quienes se colocó malla de polipropileno). El pronóstico de los pacientes con recurrencia es malo, ya que únicamente del 25 al 50% logran el cierre ulterior de la FEC (ya sea con tratamiento médico o quirúrgico)

También, en el HGM se documenta que, [la víctima directa 10], presenta abdomen clasificación Björk. En el año 2009, Bjork estableció una clasificación de abdomen abierto según su complejidad, la que posteriormente modificada por el mismo autor y con el respaldo de la Sociedad Mundial del Compartimento Abdominal (WSACS).

1. Sin adherencias.
 - 1A. Limpio.
 - 1B. Contaminado.
 - 1C. Con derrame de material entérico.
2. Con adherencias.
 - 2A. Limpio.
 - 2B. Contaminado.
 - 2C. Con derrame de material entérico.
3. Abdomen congelado.
 - 3A. Limpio.
 - 3B. Contaminado.
4. Fístula enteroatmosférica.

Durante la estancia medica en el HGM con la información que se cuenta, se observa que, durante su estancia intrahospitalaria, [la víctima directa 10] presentó dificultades en su estado de salud diversos, los cuales fueron tratados de manera adecuada (ver **notas IV.2.2 y IV.2.14**). Las patologías que presentó fueron: Neumonía asociada a cuidados hospitalarios, lodo biliar, litiasis renal bilateral no obstructiva, cuerdas vocales con parálisis y hemocultivos positivos a staphylococcus epidermidis.

Las neumonías adquiridas en los hospitales son las más severas y potencialmente fatales. En el año 2004, la Sociedad Americana de Tórax (American Thoracic Society: ATS) y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (Infectious Diseases Society of America:

IDSA) aprobaron las Guías para el manejo de adultos con neumonía adquirida en el hospital (neumonía nosocomial: NN), neumonía asociada al ventilador (NAV) y neumonía asociada a los cuidados de salud (NACS) La colonización por flora normal (*Streptococcus*, *Staphylococcus* y *Haemophilus spp.*) o patógenos hospitalarios (bacilos gramnegativos o *S. aureus* resistente a la meticilina SAMR--) precede al desarrollo de la neumonía. Los gérmenes presentes en la orofaringe y estructuras contiguas colonizan las secreciones bronquiales después de la intubación endotraqueal. La aspiración de secreciones contaminadas es el principal mecanismo por el que los gérmenes alcanzan el parénquima pulmonar. Otros mecanismos son la inhalación de material aerosolizado, la siembra hematogena y la diseminación desde estructuras contiguas.

La etiología de las neumonías intrahospitalarias coincide temporalmente con el patrón de colonización descrito y los gérmenes producen desde colonización de la orofaringe o estructuras contiguas como senos paranasales y placa dental hasta neumonía asociada a ventilación mecánica.

El tratamiento suele iniciarse de forma empírica basándose en datos clínicos, gravedad, uso previo de antibióticos, tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y el diagnóstico y duración previa de la VM, los FR para patógenos específicos y la prevalencia de patógenos y patrones de resistencia natural y propios de la UCI o del hospital.

Una vez que se ha decidido iniciar el tratamiento, deben considerarse 2 principios fundamentales: a) el tratamiento inicial debe buscar ser adecuado y temprano, y b) los antibióticos deben usarse prudentemente para tratar de impedir el desarrollo de resistencia bacteriana. El tratamiento adecuado es el que incluye un esquema antibiótico con actividad *in vitro* demostrada contra los patógenos de la infección. Un retraso en iniciar este tratamiento incrementa el riesgo de mortalidad.

En el caso del barro biliar, lo cual, hace inferir que, efectivamente, no se realizó la colecistectomía, como se señaló en el expediente del HGDRL (Ver notas IV.1.20 y IV.2.9), la literatura médica señala que, el tratamiento de los pacientes con cálculos asintomáticos se basa sobre el riesgo de que sufran síntomas o complicaciones. Grandes estudios de cohortes hallaron que los pacientes sin síntomas tienen alrededor del 7% - 26% de riesgo de sufrirlos durante su curso de vida.

El tratamiento habitual para estos pacientes es la conducta expectante. La colecistectomía no se recomienda para los pacientes con litiasis asintomática. No obstante, algunos se pueden beneficiar con la colecistectomía profiláctica. Los autores de este trabajo y otros especialistas sugieren considerar la colecistectomía en los siguientes pacientes: Pacientes con anemia hemolítica crónica, poblaciones originarias de los EEUU. En el presente caso, no se observa un criterio de gravedad, en el HGM, para la intervención quirúrgica.

[la víctima directa 10] presentó parálisis de cuerdas vocales. La parálisis cordal unilateral secundaria a intubación endotraqueal es una complicación inhabitual de la anestesia general, que se manifiesta clínicamente por disfonía. Ésta puede deberse a distintas causas, como lesiones de la mucosa de la cuerda vocal, granulomas vocales o luxación de la articulación cricoaritenoides. De manera muy infrecuente se han

documentado casos en la literatura en los que la disfonía es causada por una parálisis cordal unilateral. El mecanismo más frecuente de daño sobre el nervio laríngeo recurrente durante la intubación endotraqueal es la neuropraxia.

Se ha sugerido que la neuropraxia por presión sobre la rama anterior del nervio laríngeo recurrente se produce si el manguito es inflado a nivel o justo por debajo de las cuerdas vocales, así como si es insuficientemente desinflado previo a la extubación. Se ha descrito como posible causa de parálisis de cuerda vocal la luxación traumática e inflamación cricoaritenoides al momento de posicionar la cabeza del paciente previo a la intubación. La cuerda vocal paralizada tiende a adoptar una posición lateral, lo cual se traduce en insuficiencia glótica.

Tradicionalmente, el manejo inicial de estos pacientes ha consistido en la observación en espera de la recuperación espontánea de la movilidad cordal o de la compensación, o la terapia fonoaudiológica para favorecer la recuperación de la función.

De acuerdo con el acta circunstanciada, presente en el expediente de queja de fecha 05 de agosto de 2019, firmada por la visitadora [...] (Ver **nota IV.3.1**), se observa que [la víctima directa 10], estuvo hospitalizado hasta finales de mayo del año 2019. No se contó con notas médicas posteriores al 13 de abril de 2019.

Ahora bien, partiendo de lo anterior, se realiza el siguiente análisis en particular de los planteamientos del problema en el Hospital general Dr. Rubén Leñero:

De la revisión de las documentales del Hospital general Dr. Rubén Leñero, se observa que, debido a la falta de notas médicas en el expediente clínico certificado del HGDRL, no se cuenta con todos los elementos de análisis. Respecto a lo anterior, la literatura médica consultada se observa que durante todas las actividades complejas que involucran la atención de una paciente queda relegada y, a veces, en el olvido una de las más importantes: el registro de la atención que se le brinda. Es a través de las notas clínicas, las indicaciones médicas y diversos reportes, que quedan plasmadas la relación médico-paciente y la complejidad del ejercicio profesional del médico. Dicho registro, además, sirve como una evidencia de la capacidad del médico, su habilidad y experiencia, son una fuente de conocimiento no sólo para él mismo, sino también para colegas y médicos en formación.

La adecuada integración de un expediente clínico va mucho más allá del cumplimiento de la Norma y tiene relevancia en distintos ámbitos. Si bien el expediente clínico es un documento que tiene tres finalidades principales –a saber, la clínica, la jurídica y la estadística–, también es una herramienta de gran relevancia para otras actividades relacionadas con la materia de salud. Los registros clínicos contienen información que permite a las organizaciones crecer y fortalecerse, al generar datos que se convierten en decisiones de inversión en recursos humanos, materiales, de crecimiento y de posibles nuevos proyectos en salud. También contribuyen a la formación y desarrollo de las capacidades del médico y del personal de salud. A través de la historia clínica, se les brinda la oportunidad de conocer mejor a quien atiende y, de esta forma,

abrir el camino hacia “una relación de confianza y apoyo con el paciente, al compartir sus inquietudes, temores y esperanzas”.

[...]

Se observa que no se realizó de manera oportuna uno de los procedimientos médicos que requería de inicio para su correcto diagnóstico y tratamiento de manera inicial. Se documenta en el expediente clínico que, hizo falta realizar el estudio de tomografía axial computarizada. También se observa que no se contó con la descripción de los resultados de dichos estudios de gabinete, como lo señala el numeral 6.1.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Se infiere medicamente que, existió un retraso en la realización del estudio de tomografía axial computarizada en las primeras 24 horas, lo anterior debido a que no existe constancia en el expediente clínico que se haya realizado dicho estudio y, la TAC se considera como un estudio pendiente (Ver nota IV.1.8).

El Acto Médico, se reconoce como: Conjunto de acciones que van desde un simple diagnóstico hasta la más compleja intervención quirúrgica, y que lleva una sobre carga de riesgos, en la medida que no se puede contar con elementos concretos y objetivos que permitan dar un resultado exacto. El acto médico se ejerce legítimamente cuando el médico aplica el conocimiento científicamente actualizado, observando los principios éticos y morales que rige el ejercicio médico y acatando la normatividad vigente, lo cual se sustenta la denominada Lex Artis.

En dicho acto interactúan diversos actores, el individuo, la organización y múltiples factores técnicos, los cuales tienen efecto en forma de cascada, en donde eventos triviales se suman para producir el efecto adverso que causa la insatisfacción en el paciente. Para que el acto médico sea considerado como tal, este debe haberse realizado bajo ciertas premisas, tales como el responder a una indicación médica, con una técnica correcta, por un profesional capacitado, en un lugar apropiado, en forma lícita y mediante una conducta ética. No obstante, el cumplimiento de lo antes señalado, la práctica médica.

[...]

VI. CONCLUSIONES

a) Si [la víctima directa 10] se le practicaron en tiempo, todos y cada uno de los estudios clínicos y terapéuticos indicados al haber sufrido un traumatismo de alta energía (accidente vehicular).

1. Debido a la falta de notas médicas por parte del servicio de cirugía general del Hospital General Dr. Rubén Leñero, no es posible determinar con certeza si se solicitaron dichos estudios, ya que en el expediente clínico certificado y simple, no se observan notas médicas ni indicaciones por parte del servicio de cirugía general. Ahora bien, como ya se documentó en el apartado de discusión, se mencionan en diversas notas que se solicitaría y/o que estaba pendiente el estudio de tomografía axial computarizada. Como ya se ha descrito, la tomografía axial computarizada es un estudio recomendado para la detección de lesiones intestinales y mesentéricas en el trauma abdominal cerrado.

Los exámenes diagnósticos solicitados frecuentemente en el trauma abdominal son: Estudios radiológicos simples y/o especiales, ultrasonido,

lavado peritoneal diagnóstico, tomografía axial computarizada (TAC) y laparoscopia diagnóstica. En el presente caso, se observó el resultado del estudio del líquido peritoneal el día 28 de diciembre de 2018, esto es 4 días después del ingreso.

Respecto a la TAC, no hay evidencia en el expediente clínico simple y/o certificado del HGDRL que se haya realizado hasta el día 27 de diciembre de 2018, esto es, 3 días posteriores al ingreso de [la víctima directa 10] al HGDRL. Cabe resaltar que, desde el día 23 de diciembre de 2018, esto es, desde el ingreso de [la víctima directa 10] al HGDRL, se conocía que este presentó contusión abdominal, secundario a accidente automovilístico.

Derivado de lo anterior, se puede establecer que, se documenta un retraso en la aplicación de estudios complementarios los cuales, por el mecanismo de trauma, la sintomatología, la literatura médica consultada y, lo descrito en el expediente clínico se encontraban indicados realizar no más allá de las primeras 24 horas posteriores al evento. Debido a la falta de notas médicas en el expediente clínico, se desconoce el motivo y/o justificación médica de dicho retraso.

b) Si de forma oportuna se realizaron todos los estudios médicos conducentes, en especial, los estudios de Tomografía y rayos X para descartar que el paciente presentara emergencia médica interna (por la contusión que presentaba en el abdomen y cráneo señaladas), en específico, perforación de algún órgano interno.

Cómo ya se ha descrito en el apartado anterior, la atención médica oportuna condiciona que se reduzcan las esperas y las demoras dañinas para el paciente y el personal médico. En el presente caso, de acuerdo a las documentales medicas proporcionadas, existió un retraso en la atención médica proporcionada. Dicho retraso, trajo como resultado, de acuerdo con lo observado en el expediente clínico que, la perforación del intestino delgado, no se diagnosticará a tiempo y con ello, la evolución de la peritonitis abdominal, la cual inicia con salida de microorganismos hacia la cavidad abdominal a partir de un órgano enfermo o traumatizado, en este caso, una sección del intestino delgado lo cual. Lo anterior, retraso el control de la fuente de contaminación y el retiro del tejido necrótico, lo cual se realiza con cirugía.

c) Si fue adecuado indicar la realización de tomografía simple de abdomen al paciente después de seis días de su ingreso en ese hospital. De acuerdo con la literatura médica consultada, la realización de la tomografía axial computarizada debe realizarse a más tardar en las primeras 24 horas. En el presente caso, se documenta que no se realizó en por lo menos, 4 días posteriores al ingreso de [la víctima directa 10] al HGDRL.

d) Si existió un retraso en la realización de los estudios médicos (tomografía y/o rayos x) y si esto incrementó la posibilidad de complicaciones médicas (perforación del yeyuno/peritonitis) en la salud del paciente.

Existió un retraso en el diagnóstico de la perforación de víscera hueca. La perforación de la víscera hueca, en el presente caso a nivel de intestino delgado, condicionó una peritonitis y que esta, evolucionara por aproximadamente 4 días sin el control específico de la fuente de infección



y, también ocasionó el retraso en el tratamiento el cual era quirúrgico. La complicación médica se establece en la historia natural de la peritonitis, la cual puede avanzar de localizada a diseminada en cavidad abdominal, condicionando que el proceso inflamatorio (formación de leucocitos y fibrina) se difumine en la totalidad de la cavidad abdominal, lo cual, incrementa el riesgo de complicaciones y mortalidad.

e) Si los médicos tratantes de manera inicial con todos y cada uno de los medios diagnósticos y terapéuticos ¿Sí, no y por qué?

Se observa que, en las notas iniciales (ver **nota IV.1.2**) se documenta que, en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, no contaban con estudio de tomografía axial computarizada debido a la falta de personal de radiología, lo cual generó un retraso en la atención médica brindada. En ese orden de ideas, el **artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**, menciona que debe contarse con personal suficiente e idóneo, lo cual, no ocurrió en el presente caso.

Otro punto para considerar es la falta de valoración oportuna por parte del servicio de ortopedia esto, debido a que no se encontraba al personal de ortopedia en su área de hospitalización. Lo anterior también generó un retraso en la valoración médica por dicha especialidad. Se desconoce el como [sic.] se resolvió dicha situación.

Se observa en el expediente clínico del HGDRL que, se solicitan valoraciones y revaloraciones al servicio de cirugía general, no documentándose en el mismo, el momento de las valoraciones, revaloraciones y, las intervenciones quirúrgicas, así como algunos estudios realizados (TAC). Por lo anterior, no se llevaron a cabo, por el personal médico que brindó atención a [la víctima directa 10], los numerales: **4.4, 5.1, 5.8-5.14**, de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**.

Ahora bien, la obligación del personal médico es una obligación de medios y no de resultados, esto es que, el médico se compromete a poner en práctica la conducta que ordinariamente conduce a un determinado resultado, pero que bien puede no producirlo. Es decir, se compromete a realizar una conducta diligente y prudente orientada a la obtención de un resultado, pero sin asegurarlo. Lo antes dicho, se establece en los deberes siguientes:

- a) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar donde se produce el tratamiento.
- b) Informar al paciente o familiares del mismo, del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como de los riesgos y beneficios esperados, como también si los medios que se dispongan en ese lugar son insuficientes y dejarlo plasmado por escrito.
- c) Continuar el tratamiento del enfermo hasta el momento de ser dado de alta, advirtiéndole de los riesgos del abandono del mismo, y
- d) En los supuestos de enfermedades crónicas o evolutivas informar al paciente de la necesidad de someterse a los análisis y cuidados preventivos.

De lo anterior expuesto se analiza que: El HGDRL no contaba con personal suficiente e idóneo para la realización del estudio tomográfico cuando éste fue indicado de manera oportuna. Se desconoce

cuando[sic.] se realizó la valoración por ortopedia debido a que, se contaba con medico[sic.] especialista este, no se encontraba en el área asignada; esto es que, se contaba con personal, pero no fue suficiente. Las situaciones anteriores, no pueden ser atribuibles al personal médico y son más bien de índole institucional.

Respecto a la ausencia de las notas médicas de valoración, revaloración por parte del servicio de cirugía general y trauma y ortopedia, la **NOM-004-SSA3-2012**, menciona que es obligación del o los médicos tratantes, la integración y conservación de su actuación médica en función del paciente, considerando como solidario responsable a la institución de salud. Por lo anterior, se establece que no se documenta un apego adecuado a la *lex artis*, además de no contar con personal suficiente e idóneo (falta de personal en el área de radiología) para realizar de manera integral, el diagnóstico inicial de [la víctima directa 10].

Mención aparte, en la nota de alta médica proporcionada por el HGDRL la que, al no cumplir con lo establecido en los numerales **8.9.2, 8.9.4, 8.9.8, 8.9.10** de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**, no permite establecer las condiciones al egreso de [la víctima directa 10].

f) Si existía evidencia clínica para evitar la perforación del yeyuno/peritonitis, y con ello los 4 litros de pus que se localizaron en cavidad o en su caso, atender en tiempo a esa emergencia.

No se puede establecer si existía evidencia clínica de perforación de yeyuno o peritonitis, ya que no se contó con las notas medicas del servicio de cirugía general del HGDRL, por lo tanto, se desconoce el resultado de sus valoraciones, por lo que es una historia clínica incompleta lo cual, puso en riesgo la vida de [la víctima directa 10]. Lo que si [sic.] se puede establecer es que no se evaluó de manera integral al paciente debido a la falta de personal en el área de radiología.

g) Si el dehisciente en la línea de sutura en yeyuno con fuga de contenido intestinal a la cavidad, peritonitis generalizada fue debidamente atendida; No se puede establecer la presencia de la dehiscencia en la sutura, ni su probable etiología, debido a que no se contó con las notas medicas del servicio de cirugía general del HGDRL, por lo tanto, se desconoce los hallazgos quirúrgicos documentados, por lo que es una historia clínica incompleta.

h) Si existió mala práctica médica.

Cuando no se emplean los recursos adecuados y oportunamente para cada caso en particular y el actuar del médico se desapega de los principios científicos y éticos de la medicina; se violenta el marco legal vigente que rige el actuar de los prestadores de servicios de salud, lo que se califica como mala práctica médica.

En el presente caso, se documenta mala práctica médica debido a:

1) La falta de atención integral y oportuna en la realización de los estudios tomográficos y, valoración por parte del servicio de ortopedia, en la valoración inicial de [la víctima directa 10].

2) No se cumple lo estipulado en los numerales: **4.4, 5.1, 5.8-5.14, 6.1.3, 6.2.3, 6.3, 7.2.1, 8.9.2, 8.9.4, 8.9.8, 8.9.10**, de la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**, el artículo 21 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación**

de Servicios de Atención Médica y el artículo 51 de la Ley General de Salud.

3) En algún momento determinado de la atención médica en el HGDRL, se estableció como probable evento quirúrgico a realizar una colecistectomía (ver **nota IV.1.20**). Se desconoce si se realizó o no dicho procedimiento debido, a la mala integración del expediente clínico, lo cual podría haber inducido brindar o realizar un tratamiento quirúrgico no justificado.

4) La mala integración del expediente clínico, impactó a su vez, en un déficit de información que, en su momento pudo poner en riesgo la vida de [la víctima directa 10].

5) Se debe entender que, derivado del análisis del presente caso, se documentó un retraso en el diagnóstico inicial derivado de un trauma abdominal cerrado. Lo que condicionó un retraso en el diagnóstico de una peritonitis la cual siguió su curso natural a nivel abdominal y, contribuyó a las complicaciones surgidas posteriormente. Lo anterior, aunado a la mala integración del expediente, lo cual impide conocer la descripción patográfica que presentaba e[la víctima directa 10] en cada una de las intervenciones médico- quirúrgicas. La atención médica brindada entre cada evento quirúrgico fue adecuada.

i) Si los padecimientos con los que llegó el paciente a la Clínica [...] derivaron de una falta de supervisión médica por parte de los médicos del Hospital general Dr. Rubén Leñero;

No es posible establecer las condiciones de egreso del hospital general Dr. Rubén Leñero, debido a que la nota de egreso no cumple con los numerales **8.9.2, 8.9.4, 8.9.8, 8.9.10** de la **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico. De acuerdo con el resumen clínico de la Clínica [...], el día 10 de enero de 2019, se valora a [la víctima directa 10] y se solicita el traslado a dicho hospital. Lo anterior no se hace constar en el alta del HGDRL pero, en la clínica [...] sí se menciona.

Ahora bien, el traslado bajo esas condiciones debe hacerse bajo responsiva médica, por lo tanto, la atención médica fue continua y no fue un egreso hospitalario a su domicilio. Los padecimientos presentados al ingreso de [la víctima directa 10], a la Clínica [...] forman parte de la historia natural de las patologías de base que presentó el paciente.

Es de importancia señalar que, en el expediente del HGDRL, no se menciona que el alta sea por máximo beneficio. Dicha situación se menciona en el resumen clínico de la Clínica [...].

j) Si en el presente caso existieron fallas estructurales de los servicios de salud pública de la CDMX.

En el expediente clínico se observa que existió una falta de personal en el servicio de radiología y de ortopedia que retraso la aplicación de la TAC, esto es, retraso el protocolo diagnóstico de [la víctima directa 10], lo cual no se encuentra acorde a lo señalado en el **artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**

[...]

63. Acta circunstanciada del 09 de octubre de 2020, suscrita por una visitadora adjunta adscrita a esta CDHCM, la que obra en el expediente de queja, en la que se señaló lo siguiente:

[...] se presentó en esta Comisión la víctima directa 10, [...]
[...] presentó denuncia en la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos, donde se inició la carpeta de investigación [...] por el delito de Responsabilidad Profesional y Técnica –los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares que cometan un delito en el ejercicio de su profesión-.
[...]

64. Acta circunstanciada del 14 de enero de 2021, suscrita por una visitadora adjunta adscrita a esta CDHCM, que obra en el expediente de queja, en el que se hizo constar que la víctima directa 10 envió un correo electrónico remitiendo el oficio SCG/OICSS/JUDI" B"/041/2021 de fecha 7 de enero de 2021, mismo que se encuentra suscrito por la Jefa de Unidad Departamental de Investigación "B" del Órgano Interno de Control de la SEDESA, por el que se informó que:

[...] Me refiero a su escrito de fecha tres de diciembre del dos mil veinte, a través del cual denuncia diversos hechos que presuntamente podrían constituir faltas administrativas a cargo de Servidores Públicos adscritos al Hospital General Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
Por lo anterior, con fundamento en los artículos 14, 16, 108 y 109 fracción III penúltimo y último párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 61 numerales 1 fracciones 1 y IV, 3 y 64 de la Constitución Política de la Ciudad de México, al respecto, le informo que con motivo de los hechos denunciados se apertura el expediente [...] iniciándose la correspondiente etapa de investigación [...]

66. Oficio SCG/OICSS/JUDI "B"/725/2021 de fecha de 25 de junio de 2021, suscrito por la licenciada Marisol Cesar Moreno, Jefa de Unidad Departamental de Investigación "B" del Órgano Interno de Control de la SEDESA, que obra en el expediente de queja, en el cual se comunicó lo siguiente:

[...]
1.- Con fecha 8 de diciembre del dos mil veinte, se dictó acuerdo de Inicio de Investigación, asignándole el número de expediente [...], a fin de practicar las diligencias que resulten necesarias para determinar la existencia o inexistencia de actos u omisiones que constituyan alguna falta administrativa.
2.- Por Oficio SCG/OICSS/JUDI "B"/041/2021 de fecha siete de enero de dos mil veintiuno, se notificó por correo a [la víctima directa 10] la apertura del expediente [...] iniciando la correspondiente etapa de investigación.
3.- Por oficio D/L/251/2020 de fecha veinte ocho de enero del dos mil veintiuno signado por la Directora del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Dra. María de Jesús

Herver Cabrera, remitió informe pormenorizado correspondiente a la atención médica otorgada a [la víctima directa 10].

4.- Por oficio D/L7432/2021 de fecha trece de abril del dos mil veintiuno signado por la Directora del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Dra. María de Jesús Herver Cabrera, remitió copia simple del expediente médico correspondiente a la atención médica otorgada a [la víctima directa 10].

5.- En constancia telefónica de fecha cinco de mayo del dos mil veintiuno, consta llamada telefónica realizada al número [...] precisado en escrito de fecha tres de diciembre del dos mil veinte firmado por [la víctima directa 10] en busca del mismo, llamada que no pudo conectarse.

Ahora bien, dentro de las acciones que restan por emprender se encuentran la solicitud del expediente médico en copia certificada y la revisión exhaustiva del expediente médico de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, no obstante, el presente asunto se encuentra actualmente en investigación.

67. Oficio FGJCDMX/CGJDH/DGDH/DEA/3571/2021-07 del 07 de julio de 2021, signado por el licenciado Fernando Soto Fernández Subdirector de Enlace con las Comisiones de Derechos Humanos "A" de la Coordinación General Jurídica y de Derechos Humanos adscrita a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (FGJ), y que obra en el expediente de queja, mediante el cual, turnó el documento suscrito por el licenciado Irán Aquino Solís, Agente del Ministerio Público, Titular de la Agencia Investigadora A-1 Sin Detenido de la FGJ, mediante el cual se informó lo siguiente:

[...] Revisados que fueron los Libros de Gobierno y las Bases de Datos con que cuenta esta Agencia de Investigación "A-1" de la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos de esta Fiscalía, se localizó que con motivo de los hechos puestos del conocimiento a esta Representación Social, dicha carpeta de investigación se encuentran en su etapa de investigación, en las cuales se realizan múltiples actos de investigación, que resultan pertinentes y útiles para el esclarecimiento de los hechos, orientados a explorar todas las líneas de investigación posibles que permitan allegarse de datos de prueba para el esclarecimiento del hecho que la ley señala como delito, así como la identificación de quien lo cometió o participó en su comisión; asimismo hasta este momento no se ha solicitado intervención por parte de perito de esta Fiscalía, toda vez que se encuentra integrando la presente carpeta de investigación, con más datos de prueba para acreditar el hecho que la ley señala como delito;

Por otra parte, y con respecto de las gestiones realizadas por esta Representación Social, se han llevado diversos actos de investigación siendo los siguientes:

Se solicitó al Director del Hospital General Doctor Rubén Leñero, remitiera copias certificadas, legibles y completas del expediente clínico de [la víctima directa 10];

Se solicitó al Director del Hospital General Doctor Rubén Leñero, remitiera los nombres completos de todos los médicos que le brindaron

la atención médica a [la víctima directa 10], durante su estancia en ese hospital.

Se solicitó a la presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, remitiera copias certificadas del expediente de queja número CDHDF/111/121/MHG0/19/D1493, iniciado con motivo de la queja interpuesta ante ese organismo de derechos humanos a favor de [la víctima directa 10], por [la víctima indirecta 19], en fecha 25 de febrero de 2019.

Asimismo y por lo que respecta a que se han garantizado los derechos de la víctima, se hace de su conocimiento que mediante entrevista de fecha 10 julio de 2020, se le hicieron de conocimiento de manera personal los derechos de la Víctima u ofendido siendo este el artículos 109 del Código Nacional de Procedimientos Penales; por otra parte en la referida fecha manifestó que "...y una vez que estoy enterado que tengo derecho a un asesor jurídico manifiesto que por el momento no deseo hacer uso de dicho derecho, pero en caso de requerirlo lo haré saber al Agente del Ministerio Público..."[sic.], por lo que una vez consultada la carpeta de investigación, hasta este momento no hay manifestación alguna por parte de [la víctima directa 10].



