

ANEXO 1

Caso 1. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/14/P3544

Víctima directa: [Víctima directa 1]

Víctimas indirectas: [Víctima indirecta 1] y [Víctima indirecta 2]

1. Nota Médica de 20 de noviembre de 2013, signada por el doctor Rosendo Almiralla Cortés, adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (en adelante UMRPVO), dependiente de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (en adelante DSMLR) de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Refiere diabético (sic) desde hace 15 años controlado con hipoglucemiente oral e insulina, niega alérgicos, refiere pie diabético que requirió plastia de pie izquierdo por aparente necrosis. Actualmente refiere lumbalgia de 5 días de evolución, niega sintomatología urinaria. A la exploración física: tranquilo, consciente, sin fascias características, con buena coloración e hidratación, orientado, pupilas isocóricas normorrefléxicas, posición libremente adoptada, orofaringe sin compromiso, área cardiaca con latidos claros rítmicos de buena intensidad, no soplos ni 3er ruido, campos pulmonares limpios bien ventilados, no estertores ni sibilancias, abdomen normal, Giordano bilateral ++. Genitales normales para edad y sexo, extremidades integras normorrefléxicas, sin aparente compromiso. DD NO se ha aplicado medicamento desde su ingreso.

ID Pb Diabetes descompensada.
Descartar IVU, vs nefropatía diabética.

Plan MHD

Laboratorio de control

Insulina NPH 10/0/5 ui

Metformina 850 mg 1x1 vo cada 3er día

Glibenclamida tabl 5mgs 1x1 cada 3er día

En base a resultados de lab, ajustar medicamentos

Cita abierta a urgencias y consulta externa

Dieta para diabéticos, baja en Na y lípidos

Ceftriaxona amp 1 gr 1x1x7 im

2. Órdenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados, de 14 de febrero de 2014, suscrita por el Dr. Luis Manuel Malpica Ramírez, adscrito al Hospital General Torre Médica Tepepan (HGTMT en adelante) de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (DGSMU en adelante) de la Secretaría

de Salud del entonces Distrito Federal (SEDESA en adelante), del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Ortopedia

1. Dieta para diabético de 1400 Kcal
2. Solución Salina al 0.9% 1000 cc para 24 hrs
3. Medicamentos:
 - Ceftriaxona 1gr IV c/12 hrs (0)
 - Amikacina 500 mg IV c/12 hrs (0)
 - Metronidazol 500 mg IV c/ 8 hrs (0)
 - Diclofenaco 75 mg IV c/ 12 hrs
 - Pentoxifilina 1 tab VO c/24 hrs
 - EIAR SG 140-200: 4VI 200-250: 6VI
 - 251-300: 8 VI más 300: Avisar Médico
4. Cuidados Herida Quirúrgica
 - Reportar eventualidades
 - Tomar mañana/ Tele tórax y EKC (dejo solicitud)
 - Al tenerlos valoración Medicina Interna
 - Valoración Psicológica

3. Órdenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados, de 23 de febrero de 2014, suscrita por doctor Joaquín Ramírez, adscrito al HGTMT de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

1. Valoración Oftalmología en piso
2. Curación cambio vendaje [...]
3. Se solicita valoración a Medicina Interna
4. Reitere mismas indicaciones

4. Nota Médica de las 13:10 horas del 11 de septiembre de 2014, suscrita por la doctora Nelly Armendáriz, adscrita al servicio de Urgencias del HGTL de la DGSMU, dependiente de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

Paciente masculino [...], quien se encuentra en el servicio de Urgencias por referir 8 días de evolución con presencia de celulitis en brazo y mano izquierda, así como fiebre, de igual manera cuenta con ulcera en pie izquierdo de 1 año de evolución, con tratamiento conservador, sin datos de infección. Paciente que es procedente de reclusorio oriente y le corresponde clínica de Tepepan.

Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico en tratamiento con insulina 10 Unidades Internacionales, hipertensión arterial sistémica en tratamiento con nifedipino y losartán. Alérgicos negativos.

A la exploración física [...] extremidades superiores se encuentran con presencia de hiperemia e hipertermia en región dorsal de mano y brazo izquierdo, así como presencia de ulcera en pie izquierdo que se encuentra sin salida de material en este momento, no fétido, se encuentra una lesión con cubierta necrótica de aproximadamente 3cm en región plantar no aparentes datos de infección, paciente que se encuentra sin datos de urgencia por necrobiosis diabética, cuenta con datos de celulitis de miembro torácico izquierdo, se envía a clínica de heridas en esta unidad para curación y debridamiento de tejido necrótico, asimismo se envía a su torre médica para continuar con tratamiento de celulitis

Impresión Diagnóstica: Celulitis de miembro torácico izquierdo, necrobiosis diabética en miembro pélvico izquierdo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica.

[...]

5. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las 15:55 horas del 11 de septiembre de 2014, signada por la doctora Karla V. Ruíz Lozano, adscrita a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Unidad que refiere: RPVO

Unidad a la que se refiere: Torre Médica Tepepan

Servicio a que se envía: Urgencias

[...]

Padecimiento actual: Se trata de masculino [...], con antecedentes de HAS y DM2 en Tx con insulina nifedipina y losartán quien fue referido el día de hoy a Hospital Tláhuac por presentar datos de celulitis y necrobiosis

4

en pie izquierdo, lugar donde fue valorado. Diagnosticando Celulitis de MTI y necrobiosis de MPN, se realiza debridación y curación, indicando manejo en área de hospitalización, sugiriendo envío a TMT, motivo por el cual se envía previo enlace.

Impresión diagnóstica: DM2/ HAS – Celulitis miembro torácico izquierdo/ Necrobiosis miembro pélvico izquierdo.

[...]

6. Hoja de Contrarreferencia de las 21:00 del 11 de septiembre de 2014 suscrita por el Dr. Diego Sánchez, adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Diagnóstico de egreso: diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente con complicaciones microvasculares (nefropatía - insuficiencia KDOQUI IV), pie diabético izquierdo + celulitis mano izquierda en tratamiento.

[...]

Paciente con diabetes mellitus crónico con insuficiencia renal avanzada, por el momento sin necesidad de diálisis en agudo, aunque próximamente lo va a requerir, metabólicamente bien (ilegible) con proceso infeccioso en extremidades torácico y pélvico, sin inestabilidad hemodinámica, sin fiebre ya con tratamiento antimicrobiano. Por el momento sin necesidad de hospitalizarse desde el punto de vista metabólico, debe cumplir esquema antimicrobiano (ilegible) y revalorar por Ortopedia de (ilegible) próximamente. Se comenta caso con Asistente de Dirección quién indica que debe regresar mañana para valoración con Dra. Calva (Ortopedia).

7. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 18 de diciembre de 2014, signada por personal médico adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Pac masc reenviado c/ antecedentes de Dx Hipertenso + Diabético Insulina dependiente. Enviado a ortopedia pie en recuperación, se realiza recuperación se envía de nuevo a su unidad.
Dx Pie diabético controlado + HAS



Plan: Dicloxacilina 500mg c/8hrs x 21 días en su unidad
Ciprofloxacina 500 mg c/8hrs x 21 días en su unidad
Metronidazol 500 mg c/8hrs x 21 días en su unidad
Cefotaxima 1g diario por 5 días en su unidad
Paciente en vulnerabilidad
Curación diaria en su unidad
Alta y cita ortopedia en enero/15 a lo programado.

[...]

8. Nota Médica de 23 de febrero de 2015, signada por personal médico adscrito al servicio de Ortopedia del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Paciente conocido con Dx de DM TZ – Pie diabético izquierdo, larga evolución con mejoría, aunque algo afectado por haber sido machucado por otro compañero con edema en pie ya de por sí deformado con secuelas de daño que ha permitido mantener extremidad completa hay fs tuladoso y cara lateral externa una con exudado seropurulento escaso, no hay hiperemia, ni hipertemia, zona plantar con hiperqueratosis sin exudados.

IDX: DMTZ

Pie diabético izq. Secuelas

Plan:

Ciprofloxacina 500 mg vo c/8 hrs 10 días

Paracetamol c/8 hrs

Curación y mantener cubierto

Apoyo relativo andadera

Cuidados especiales

Cita control 3 masajes ante cualquier eventualidad.

9. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 30 de septiembre de 2015, signada por los doctores Guillermo Huerta Rosales y Rodrigo Guerrero Espinosa, personal médico adscrito a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

4

Paciente masculino de 48 años, niega alergias, cuenta con el antecedente de Diabetes Mellitus 2; Hipertensión Arterial Sistémica con tratamiento a base Losartán Tab. 50mg cada 12 horas, Metoprolol Tab. 100mg cada 12 horas, Amlodipino Tab. 50mg, cada 12 horas y Furosemide Tab. 40mg cada 12 horas Actualmente refiere edema facial y de extremidades inferiores desde hace 2 meses. EF. consciente orientado, tranquilo, hidratado, palidez de tegumentos ++++ pupilas isocóricas normorrefléxicas, edema facial ++/+++ , faringe normal, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, campos pulmonares ventilados sin agregados aparentes. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación con peristalsis presente. Extremidades inferiores con aumento de volumen hasta tercio proximal ++/+++ . Extremidad inferior izquierda a nivel de pie en flexión de dorso, ausencia del segundo orjejo y cicatriz de dorso hasta tobillo con secreción amarillosa y olor fétido. SE ENVÍA A VALORACIÓN Y TRATAMIENTO.

10. Sistema de referencia y contrarreferencia de 30 de septiembre de 2015, suscrita por el Dr. José Juan García Damián, adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT de la DGSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Diabético, hipertenso, complicaciones crónicas.
Enviado por edema de extremidades, facial y síndrome anémico.

[...]

Sin paraclínicos de envío. No se cuenta con laboratorio.

Dx. DM-2/HAS/controlado

Plan:

[...]

6. Cita abierta en caso necesario con exámenes correspondientes

11. Nota de Egreso y Resumen Clínico de 12 de noviembre de 2015, suscrita por Dr. Javier Cruz Alcázar, adscrito al HGTL, de la DGSMU dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Masculino de 48 años de edad, proveniente del Reclusorio Oriente. antecedentes crónico degenerativos. Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico, en autocontrol. Hipertensión arterial de 2 años de diagnóstico, en tratamiento con ARA-II. Enfermedad renal crónica de 1 mes de diagnóstico, en tratamiento con diurético asa. Antecedentes de



pie diabético que ameritó amputación de 2, 3 y 4o dedos del pie izquierdo. Acude por presentar aumento de edema periférico, ascendente, alcanza pared abdominal, blando, motivo por el cual acude a valoración a esta unidad. A su ingreso se realizan estudios de laboratorio donde se documenta que no tiene urgencia para diálisis en agudo. Se ajusta tratamiento con diurético de asa, con aumento de volúmenes urinarios. Se solicita valoración por Nefrología, quienes refieren que se debe continuar con diurético de asa para depleción de volumen, es candidato a colocación de catéter para diálisis ambulatoria. Se decide colocación de catéter Tenckhoff en Torre Médica Tepepan, posterior a su egreso de esta unidad. Actualmente se encuentra neurológicamente íntegro, cuello sin alteración, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, precordio rítmico, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, edema de pared, peristalsis presente, sin irritación peritoneal, extremidades con edema ++. Se decide su egreso debido a adecuada respuesta al tratamiento médico con aumento de volúmenes urinarios. En este momento, hemodinámicamente estable, sin respuesta inflamatoria, sin criterios de diálisis en agudo, sin dificultad respiratoria. Durante su hospitalización se transfundieron 2 concentrados eritrocitarios, sin presentar reacciones adversas. Se explica ampliamente al paciente estado actual de su enfermedad, pronóstico, tratamiento actual y la necesidad de diálisis a corto plazo, así como, la colocación de catéter en Tepepan.

[...]

12. Nota Médica de 12 de noviembre de 2015, signada por el doctor David Fuentes Hernández, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

P: Masculino [...]

S: El cual proviene de Hospital General Tláhuac en donde fue atendido por retención hídrica, hipercloremia anemia normocítica normocrómica estadio III Enfermedad renal Crónica V KDOQUI 120/70, FC 67, FR: 18, T: 36 c

O: Consciente y orientado sin movimientos Anormales.

Cabeza normocéfalo sin endostosis ni exostosis, pliegues frontales simétricos, ojos con pupilas isocóricas y normorrefléxicas, boca central con mucosa oral mal hidratada, Cuello cilíndrico corto, sin alteraciones en la superficie de la piel, no se palpa tiroides, ni adenomegalias, no IY. Tórax con RSCS rítmicos de buen tono frecuencia e intensidad sin fenómenos soplantes agregados, CPS limpios y con adecuada ventilación sin exudativas, Abdomen con presencia de dos heridas ya suturadas en región de mesogastrio, blando, plano depresible, sin dolor a la palpación

profunda, ni hepato-esplenomegalias, peristalsis presente y normal. Miembros torácicos simétricos, rots presentes y normales y Miembros pélvicos con edema ++

A: Masculino el cual proviene del Hospital en la nota de alta menciona es necesaria valoración por cirugía para colocación de catéter de Tenckhoff en Tepepan lo dan de alta con el siguiente tratamiento

1. Dieta normal sin irritantes.
2. Nifedipino cápsulas 30 mg tomar 60 por la mañana y 30 por la noche vía oral hasta nueva orden.
3. Prazocin tabletas 2 mg una cada 6 horas vía oral hasta nueva orden.
4. Furosemida tabletas 40 mg una cada 8 horas vía oral hasta nueva orden.

13. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 11 de abril de 2016, signada por el doctor José Luis Ortiz Gaona y el doctor Marco Antonio Esperanza Alpizar, personal médico adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

Unidad que refiere: UMRPVO
Unidad a la que refiere: HGTMT

[...]

Paciente masculino de 49 año con diagnósticos de ERC clase V KDOQUI en Diálisis Peritoneal + Diabetes en control + insipienca arterial crónica bilateral de predominio en miembro pélvico + Pie de Charcot + HAS el cual estuvo hospitalizado en HG Iztapalapa y quien recomienda sea enviado a Torren Médica Tepepan para continuación de su diales peritoneal, a la EF lo encuentra consciente orientado cooperador con facies de dolor y nefrópata, con palidez a de tegumentos, cavidad oral con buen estado hídrico, cardiopulmonar sin alteraciones aparentes, abdomen blando depresible, extremidad izquierda con datos de insuficiencia arterial en fase necrótico, resto sin más alteraciones se envía para realizar diálisis peritoneal.

[...]

14. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 15 de junio de 2016, signada por el doctor José Luis Gaona Ortiz y el doctor Carlos Daniel Durán Álvarez, adscritos a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Se trata de masculino [...] con IRC en DPCI actualmente con síndrome urémico se envía para recambio por requerimiento ya con cita programada para el día 16/06/2016.

15. Nota Médica de 16 de junio de 2016, signada por la doctora Eva Julieta Ramos Téllez, adscrita al servicio de Medicina Interna del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Paciente masculino [...] enviado del RPO DX. ERC KADOQUI V, IAC Bilateral, Pie de Charcot.

[...]

Quirúrgicos: lavado quirúrgico amputación de 2° orjejo de pie izquierdo hace 2 años.

Colocación de catéter de Tenckhoff en abril-2016

Dm2 diagnosticada hace 20 años en tratamiento con metformina e insulina NPH intermedia. Suspendidos hace un año

HAS diagnosticada hace 8-12 meses en tratamiento con nifedipino 30mg 2-1-1

ERC diagnosticada hace 6-7 meses en tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal que inicio en el mes de abril, en tratamiento médico con furosemida y calcitriol. Ultimo evento de diálisis 28-04-2016.

Anemia sec. en tratamiento co-hematínicos: AC. Fólico, complejo b, fumarato ferroso.

PA: refiere edema de MSIS, un día evacuaciones diarreicas, contusiones hace 2 días y la silla de ruedas. Presenta parestesias sensación de hormigueo de MSTS

EF: TA: 140/70 fg: 64x' fr: 18x', peso. Kg talla: 165 cm paciente consciente, en silla de ruedas, con palidez de tegumentos, 2+sin dificultad respiratoria, cuello: sin alteraciones, tórax: rscs rítmicos sin soplos, csps bien ventilados. Sin estertores, abdomen: globoso a expensas de ascitis, sin dolor a la palpación, no se palpan crecimientos viscerales, peristalsis disminuida, catéter de tenckhoff cerrado, msis con Edema 3+ hasta tercio superior de mpd duro. Mpi con edema 2+, pie izquierdo de charcot.

Resultados de lab. Del 6-06-2016: glucosa: 84, bun: 101, urea: 216, creatinina: triglicéridos, ac. Úrico: 8.8, albumina: 1.5, fosforo:6.6, hb:8.29, hto: 25.4, leucocitos:7970, 9.23, colesterol:133, Plaquetas: 456,000, na: 134, k: 6.6, cl:105 calcio:7.5

Paciente con enfermedad renal crónica etapa terminal en tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal, con datos clínicos de sx. Urémico, leve retención hídrica, ingresa para evento agudo de diálisis 24 baños, pendiente resultados de Lab. de control.

Dx DM2 autocontrol, has control, ERC etapa 5 KDIGO, retención hídrica leve, anemia normocítica normocrómica

Plan: se hospitaliza para evento de diálisis

Reporto delicado PX. Malo para la función renal, se espera bueno en este internamiento.

16. Nota de Contrarreferencia de 29 de septiembre de 2016, signada por la doctora Liliana Rodríguez Alquicira, adscrita al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Paciente masculino [...] [Víctima directa 1] enviado del RPO DX. ERC KDOQ! 5, insuficiencia arterial crónica bilateral, pie de Charcot, para evento de diálisis peritoneal 6 días posteriores a su cita.

[...] niega alergias- transfusionales +hace 2 años y en diversas ocasiones durante este año por anemia nefrogénica. -quirúrgicos: lavado quirúrgico y amputación de 2° orjejo de pie izquierdo hace 2 años, colocación de catéter rígido la primera ocasión y posteriormente de Tenckhoff en 1 ocasión por disfunción de 2006/16 con hallazgos de tabicamiento de cavidad abdominal con m catéter en abril 2016, retiro y recolocación de catéter de diálisis el Tenckhoff el día 5 julio 2016 por cavidad no útil como hallazgos coágulos a nivel de trayecto de catéter. Dm2 diagnosticada hace 20 años en ples adherencias de asa a pared abdominal retiro de catéter de múltiples tratamientos con metformina e insulina NPH intermedia suspendidos hace un año actualmente en autocontrol has diagnosticada hace 1 ang en tratamiento con prazosina. Amlodipino y cardiopatía mixta ateromatosa e diagnosticada desde marzo-abril 2016 en tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal y actualmente con hemodiálisis el cual se colocó el catéter de angioacceso el día 27/06/16 y se hemodializa en Hospital General de Iztapalapa los días lunes, miércoles y viernes en turno matutino, en tratamiento médico con furosemide, calcio efervescente 1x1, alopurinol, furosemide, complejo b, ácido fólico, sulfato ferroso, uresis residual de 600-700ml en 24 hrs. Anemia sec. En tratamiento con hematínicos y terapia transfusional.

Hospitalización en Hospital General Iztapalapa por 2 meses por hipohematínicos sintomática, refiere caída de la altura de cama

hospitalaria en dicha hospitalización golpeándose en región lumbar y MPD que le impide la deambulacion, radiográficamente sin evidencia de fracturas.

PA: Paciente valorado por nefrología del hospital general Iztapalapa el 8-08-2016 solicitando ser hospitalizado en esta unidad para protocolo estudio por pb. Endocarditis bacteriana, descartada por hemocultivo, y ecocardiograma transesofágico.

Es enviado del RPVO por indicación de nefrología del hospital Iztapalapa refiriendo que el paciente está a cargo médico del hospital general Torre Médica Tepepan y el Hospital General Iztapalapa única y exclusivamente se le otorga el servicio de Hemodiálisis, por lo tanto deberán enviar cada mas en forma estricta controles de laboratorio del paciente para valoración metabólica y ajustes de tratamiento de hemodiálisis en caso contrario no será posible continuar con su tratamiento de hemodiálisis en dicho hospital.

Actualmente se refiere asintomático, niega fiebre, evacuaciones normales, leve edema de MSIS, con edo. Nauseoso desde hace 2 das refiere ultimo evento de hemodiálisis hace una semana.

EF: TA 134/80 fc: 80x' fr: 18x', temp36.7, sat O2 90%

Paciente consciente, con palidez de tegumentos++, facies renal, cuello con catéter yugular derecho cubierto,, sin dificultad respiratoria cuello: sin alteraciones, tórax,: rscs rítmicos, adecuada intensidad y frecuencia sin soplos, csps con ligera hipoventilación bibasal derecha de aprox. 25% e izquierda del 15%, integra sx de derrame pleural derecho, escasos estertores subcrepitantes vívaseles, semigloboso, con herida quirúrgica infraumbilical cicatrizad, no visceromegalias, sin dolor a la palpación, timpanismo generalizado, peristalsis abdomen presente, sin irritación peritoneal, extremidades superiores sin edemas, sin asterixis, ni rueda dentada, extremidades inferiores con edema de ambos pies+, pie izq. De Charcot izquierdo.

Tele de tórax 26/09/16; cardiomegalia grado 2-3, con catéter de hemodiálisis en cavidades izquierdas, con hipertensión venocapilar, borramiento de ángulo costo diafragmático derecho sec a derrame pleural de 35%, cisuritis derecha y borramiento de ángulo costodiafragmático izquierdo por derrame pleural de aprox. 20%

LABS 26/09/16: leucocitos 9830, neutrófilos de 6900, plaquetas de 377 mil, HB 5,84, hto 17.77, VCM 91 y HCM 30. Tp 15.2 seg, ttp 23.4 seg, INR 1.33 fibrinógeno 608 mg, glucosa 83, BUN 100, creat 6.7, urea 214, ct 129, tg 114, dhl 200, ac úrico 7, bt 0:4, ast 13, alt 11, fa 161, ggt 60, hipoalbuminemia de ft7.1, glob 4.8, na 132, cl 97, k 5.9, calcio medido 8.6.

LABS 29/09/16: bhc con leucocitos 9750, neutrófilos no descritos, linfocitos 1760, plaquetas 299 mil, hb 8.08, hto 23.79 movet hom 28 glucosa 71, urea 263, creat 7.81, ct 136, tg 125, dhl 214, ácido úrico 8, bt

0.6, bd 0.2, bi 0.4, ast 24, alt 16, fa 169, ggt 55, hipoalbuminemia de 21 pt
3 globulina fósforo 7.1, mg 2.88, na 134, cl 101, k 6.5, calcio medido 7.9.

El paciente desde su ingreso cursa con TA estable, afebril, sin datos de
sx urémico, con hipercalemia sin calocitosis, se transfunde 3
concentrados eritrocitarios sin eventualidades, se ajusta diurético de asa
cada 6 hrs, cursa con derrame pleural bilateral de porcentaje ya descrito
que no condiciona dificultad respiratoria, sin requerimientos de O2
suplementario, se platica con trabajo social de HOP. de Iztapalapa y se
programa cita para el 30/09/16 para su hemodiálisis, se decide su egreso
hospitalario ante estabilidad clínica.

IDX: Anemia severa normo normo corregida en tx y terapia transfusional
DM2 autocontrol, Has en control, DHE por hiperkalemia sin calocitosis,
ERC en hemodiálisis, derrame pleural derecho de 35% sin hipoxemia,
desnutrición proteico calórica, pie de charcot izquierdo.

Plan: dieta de 1600 kcal para diabético y nefrópata con restricción de
líquidos a 500 ml en 24 hrs, prohibido lácteos. + 1 lata de dieta polimérica
cada 24 hrs.

-No suspender los fármacos indicados ya que de lo contrario presentará
descompensación de sus patologías omeprazol 20mg vo cada 24 hrs y en
caso de inexistencia ranitidina 150 mg vo cada 12 hrs.

Amlodipino 5mg tab, una c/12 hrs vo

Prazosina 1mg una tab. C/ 8 hrs vo

Calcitriol perlas una c/24 hrs vo

Complejo B una tab g21 hrs vo

AC fólico una tab c/24 hrs vo

Fumarato ferroso 2 tab c/24 hrs vo en ayuno

Isosorbide tabletas 10 mg 1 cada 8 hrs

Alopurinol tabletas 300mg 1 cada 24 hrs

Furosemide tab. 40mg vo c/6 horas

Gabapentina 300mg una c/12 hrs vo

Carbonato de calcio cápsulas 1 gr 1 cada 8 hrs con los alimentos (otorgar
receta a familiar).

[...]

17. Nota Médica de 20 de noviembre de 2016, signada por personal médico adscrito
a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende
lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Paciente masculino, consciente, que es transportado a esta unidad
médica por elementos de Protección Civil, ya que refiere sangrado en el
sitio de la punción del catéter de la Hemodiálisis, ya que al parecer el

paciente trató de desprenderlo, manifiesta dificultad para la respiración, se inician sus trámites para traslado al Hospital de Iztapalapa. Tiene el antecedente de ser Diabético de 20 años de evolución, la cual se encuentra en control. A la - EP presenta Campos pulmonares bien ventilados son discretos estertores basales de ambos lados. Ruidos cardiacos rítmicos sincrónicos, de buena intensidad y sin fenómenos anormales agregados.

ID. DM.

PB. INSUF. RENAL

TX. Oxigenoterapia puntas nasales 3 litros x para 15 min.

Se inician trámites para traslado al Hospital de Iztapalapa.

[...]

18. Nota Médica de 23 de noviembre de 2016, signada por el doctor Hugo Pineda Cruz, personal médico adscrito a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Se trata de paciente masculino [...] el cual se encuentra en el servicio cursando su tercer día de estancia con los siguientes diagnósticos:

1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL, HEMODIÁLISIS
 - a. HEMODIÁLISIS 3 VECES POR SEMANA HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA
2. DESEQUILIBRIO ÁCIDO BASE
 - a. ACIDOCIS METABÓLICA DESCOMPENSADA REFRACTARIA A TRATAMIENTO
3. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO
 - a. HIPERKALEMIA CON PRESENCIA DE KALOCITOSIS
4. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Paciente masculino el cual ingresa al área de reanimación traído por personal del reclusorio el cual ingresa presentando disnea de pequeños esfuerzos con saturación de 73% por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea, sin ninguna complicación con presencia de estertores audibles a distancia por lo que se inicia manejo con diurético mejorando parcialmente el desequilibrio ácido base con requerimiento en agudo dilico (sic). Se decide pasar por mejoría al área de observación para continuar manejo evidenciado datos por monitor de kalocitosis revirtiendo con Gluconato de Calcio aproximadamente 20 ámpulas con mejoría parcial persistiendo acidosis metabólica con laboratorio de ingreso Leucos 4.9 HB 8.7 HTC 26.5 PLTT10 a 133 k 6,3 Vlo 104 Crea 9.3 BUN 187 urea 400 Glucosa 160 Fosfo TI G SA RATERIAL (sic) Ph 7.0 BIC 7 PC02 de 24 P02 380 c FiO2 al 92% con un déficit de base do -23. y con saturación

al 100% por lo que se decide reponer bicarbonato agudo con mejoría parcial sin poder revertir la acidosis metabólica con presencia de desequilibrio o hiperkalemia con requerimiento aún de diálisis, se realiza nueva toma de laboratorio del 22.II.16 los cuales reportan Leucos 6.5 HB 9.1 HTC 27.8 PLT 131, Na 136 K 6.3 Glucosa 250mgCL Urea 10.7 con urea 417 BUN 195 Albumina de 2.6 con Gasa Arterial reportando Ph 7.03 PO2 217 PCU2 29 BICA 7.7 LAC 2.1 DB de -23SAY 91% sin mejoría clínica por lo que se realiza nueva corrección de bicarbonato se solicita valoración por el servicio con medicina interna Nefrología para requerimiento de diálisis en agudos para control hidroelectrolítico. Sin mejoría clínica ni metabólica persistiendo con datos de acidez metabólica e hipertensión arterial a pesar de continuar con dosis altas de norcopenirefrina sin tener respuesta, por presencia de Hiperkalemia con kalocitosis el cual se encuentra en paro cardiorrespiratorio por lo que se inician maniobras de reanimación avanzadas con una duración aproximada de 20 min sin poder recuperar la circulación motivo por el cual se decide hora de defunción el día 23 de noviembre del 2016 a las 08:40 am informando al personal de custodia que vigilaba.

[...]

19. Resumen Médico de 6 de julio de 2017, signado por el doctor Adrián Escalante Ramírez, personal médico adscrito al Hospital General Regional Iztapalapa (en adelante HGRI), dependiente de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Se trata de paciente masculino [...] quien fue egresado el día 06/04/17 del área de Medicina Interna con los diagnósticos de Enfermedad Renal Crónica clase KDOQUI en DPI, DM tipo 2 en control, insuficiencia Arterial crónica Bilateral, predominio en miembro pélvico izquierdo, pie Charcot, Hipertensión Arterial Sistémica Crónica.

Quien acude nuevamente a valoración el día 20 de noviembre del 2016 el cual se encontraba inconsciente secundario a hipoglucemia por lo que se administra solución glucosa al 50% con adecuada respuesta a su tratamiento, con los Diagnósticos Edema Agudo pulmonar, Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Hemodiálisis, [...].

[...]

20. Dictamen de presuntas violaciones al derecho a la salud sobre el caso de [Víctima directa 1] de 12 de diciembre de 2018, signado por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual consta lo siguiente:

[...]

V. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Caso de [Víctima directa 1], [...], al momento de su ingreso al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, el 16 de noviembre de 2013. Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus de larga evolución, con pie diabético izquierdo y el cual desarrolló durante su estancia en reclusión otras complicaciones asociadas a la evolución natural de la enfermedad. Se le brindó atención médica en primer y segundo nivel, en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y en Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, arrojando lo siguiente:

El primer registro de atención médica fue el 20 de noviembre de 2013, cuando consultó por lumbalgia de 5 días de evolución, se registraron antecedentes de diabetes de larga evolución y pie diabético izquierdo, a pesar de que negó sintomatología urinaria, se inició manejo antimicrobiano por ser frecuentes las infecciones de vías urinarias en pacientes diabéticos. Se inició también tratamiento con hipoglucemiantes orales y se solicitaron laboratorios de control, sin embargo, al ser el primer contacto dentro de la unidad médica de primer nivel no se realizaron las intervenciones necesarias para identificar la presencia las complicaciones típicas que acompañan a este padecimiento, no se describió la exploración del pie afectado (izquierdo) y mucho menos se documentó exploración del pie sin alteraciones aparentes. (derecho). No se realizó historia clínica completa ni se registraron los factores de riesgo cardiovascular que se pueden identificar por clínica. Dichas intervenciones tampoco se realizaron posteriormente, en ninguna de las consultas de seguimiento que se dieron a [Víctima directa 1] hasta su fallecimiento, en noviembre de 2016. Durante su estancia en reclusión, desarrollo neuropatía y nefropatía, además de manifestar insuficiencia arterial periférica.

En febrero de 2014 inició atención en Hospital Torre Médica Tepepan para tratamiento de pie diabético, el cual se encontraba en la clasificación III de la escala Wagner 2 [...]; se determinó que la diabetes se encontraba en fase de autocontrol y se identificaron alteraciones en pruebas de función hepática, las cuales configuraron el diagnóstico de insuficiencia hepática CHILD B, a dicha patología no se le proporcionó entonces ni después algún tipo de tratamiento ni seguimiento. En la misma unidad hospitalaria fue valorado por Oftalmología en una ocasión, concluyendo diagnóstico de retinopatía diabética no proliferativa sin proporcionarle tratamiento, indicaciones, pronóstico ni nuevas valoraciones posteriores. El 28 de marzo de 2014 se realizó lavado mecánico y debridación de herida de pie izquierdo, sin complicaciones, se planteó a [Víctima directa 1] tratamiento radical con amputación de pie, la cual no aceptó, por lo que el pie diabético evolucionó hacia artropatía de Charcot (Pie de Charcot).

A pesar de que en ese entonces no se documentó en las notas médicas algún dato de falla renal a nivel clínico o bioquímico, se encuentran

alteraciones en los niveles de azoados desde marzo de 2014, incluso, al manejarlo con gentamicina se indicó realizar ajuste de acuerdo a función renal. Fue egresado después de 102 días de estancia con la indicación de que se mantuviera en el área de hospitalización del Reclusorio ya que ameritaba curaciones y vigilancia continua, por lo que permaneció hospitalizado por 89 días, hasta el 26 de agosto de 2014, tiempo durante el cual se refirió en aproximadamente 6 ocasiones a valoraciones por especialistas en Ortopedia y Medicina Interna, al Hospital Torre Médica Tepepan. A pesar de que se mantuvo un largo periodo de tiempo hospitalizado y realizándole exámenes de laboratorio continuos, en estas mencionadas referencias se solicitaba la realización de nuevas pruebas "de control", sin embargo, los resultados nunca fueron comentados en valoraciones posteriores en el segundo nivel ni tampoco en el seguimiento que le proporcionó la unidad médica del Reclusorio por consulta externa.

Para el 11 de septiembre de 2014, posterior a ser valorado de urgencias por presentar proceso en tejidos blandos de mano izquierda, se discutió por primera vez en una nota médica el diagnóstico de enfermedad renal crónica en etapa avanzada, que requería a corto plazo de tratamiento de sustitución renal, para lo cual se le indicó tramitar cita después de dos meses (noviembre 2014) para valoración de función renal e inicio de tratamiento, sin embargo, para el 5 de diciembre nuevamente se regresó al paciente al primer nivel por no acudir a cita con bitácora de tensión arterial, sin evaluar para entonces el estado de la función renal.

Posteriormente y de acuerdo a las indicaciones del servicio de Ortopedia, nuevamente se mantuvo en el área de hospitalización de la UMRPVO ya que por apoyo y manipulación constante del pie izquierdo presentaba sangrado y tejido desvitalizado, por lo que se recomendó mantener en reposo o movilizar en silla de ruedas, la estancia dentro de la unidad médica fue de 124 días, hasta el 6 de febrero de 2015. También durante esa estancia acudió aproximadamente en 7 u 8 ocasiones a ser valorado por especialistas en Ortopedia y Medicina Interna al parecer, únicamente para vigilancia de la herida en pie izquierdo.

Al 26 de enero de 2015 se registra en nota de Contrarreferencia los resultados de química sanguínea con elevación de azoados y claro daño renal sin que se realizara análisis, comentario o se solicitara alguna valoración complementaria. En adelante y hasta septiembre del 2015 se mantuvo en seguimiento por consulta externa de la unidad médica de su centro de reclusión, aproximadamente una o dos veces al mes acudía por presentar descontrol hipertensivo y cefalea, incluso, se llegó a diagnosticar con cefalea migrañosa sin establecer un adecuado manejo de los fármacos antihipertensivos, los cuales también hay registro de que se proporcionaban de manera deficiente y en múltiples ocasiones se realizaron cambios a diferentes grupos farmacológicos lo que no permite un adecuado apego y una correcta evaluación de los resultados. A pesar de que en julio de 2015 se consignó en las notas médicas la presencia de edema, fue hasta el mes de septiembre que se realiza referencia a Torre Médica Tepepan para valoración descartar insuficiencia renal crónica", cuando dicho diagnóstico justamente se había realizado desde 12 meses

previos. Una vez que fue valorado en dicho hospital, se contrarrefirió ya que no contaba con paraclínicos de envío.

El envío se realizó hasta el mes de noviembre, cuando se mantuvo 7 días hospitalizado y se propuso como candidato a realización de diálisis peritoneal ambulatoria, sin embargo con respuesta al manejo con diurético de asa se mantiene a la expectativa de iniciar sustitución renal. Siendo hasta abril de 2016 cuando inició diálisis peritoneal ambulatoria en Hospital General de Iztapalapa. En la integración del expediente clínico del Hospital General de Iztapalapa existen severas deficiencias como que no se especifica la fecha de colocación del catéter o si se realizó en otra unidad, ya que no se localizaron las hojas de procedimiento quirúrgico; las notas de enfermería durante la hospitalización no realizan el balance hídrico de manera adecuada y continua, las notas se encuentran incompletas o ilegibles: la falta de información, como el análisis o la discusión de los resultados de estudios complementarios afectan la atención multidisciplinaria del paciente incidiendo de manera directa sobre su evolución de forma perjudicial; por último en este egreso hospitalario del 06 de abril de 2016 se consigna como motivo: alta por máximo beneficio sin argumentarlo. Durante los meses de abril, mayo y junio existe registro de que [Víctima directa 1] acudió a 10 sesiones de diálisis peritoneal ambulatoria en Hospital General de Iztapalapa.

Del 16 de junio al 11 de julio de 2016 se mantuvo hospitalizado en Torre Médica Tepepan, ya que el catéter para realización de diálisis peritoneal disfuncionó debido a múltiples adherencias abdominales, por lo que fue necesario retirarlo y colocar acceso vascular para la realización de hemodiálisis desde el 27 de junio. Las sesiones de hemodiálisis también se proporcionaron en Hospital General de Iztapalapa y se documentaron por lo menos 32 sesiones, 3 veces a la semana, durante las cuales hay registro de que en múltiples ocasiones y prácticamente desde el inicio de las sesiones presentó malas condiciones de higiene; en casi la totalidad de las notas de procedimiento se insiste en que el manejo médico corre a cargo de una institución diferente, pero la atención se proporcionaba tanto en Torre Médica Tepepan como en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y en ambas unidades se manejó de manera deficiente.

El 1 de agosto de 2016, el HGI solicitó que se realizara protocolo de estudio ante probable endocarditis bacteriana por persistir con secreción por catéter vascular, fue valorado en TMT, quienes sugirieron que el estudio integral fuera en el hospital que le proporcionaba la hemodiálisis (HGI) ya que ellos no contaban con los recursos que la atención del paciente demandaba, que hacerlo en la misma unidad disminuía la manipulación del catéter y aseguraba la continuidad de los filtrados, incluso para la realización de ecocardiograma se solicitó que fuera enviado a Hospital de especialidades o bien al Instituto de Cardiología. Del 9 al 19 de agosto se mantuvo hospitalizado en TMT, se gestionó la cita para ecocardiograma, el cual se mostró sin alteraciones y se recibieron resultados de cultivos sin desarrollo de gérmenes. Por lo que para el 19 de septiembre de 2016 se reiniciaron las sesiones de

hemodiálisis, en cuyas notas se insiste con datos de infección y elevación de la temperatura, sin proporcionar otro tipo de manejo más que la sesión de filtrado argumentando no ser su unidad tratante, además de que señalaron malas condiciones en general, como la presencia de desnutrición y anemia, lo que se traduce como un pobre seguimiento de la atención del paciente, por esa razón, de nuevo solicitan que se proporcione un esquema de tratamiento integral para mejorar las condiciones del paciente en todas las esferas posibles, de lo contrario no se le seguiría proporcionando el servicio de hemodiálisis.

Derivado de lo anterior, fue ingresado nuevamente al Hospital Torre Médica Tepepan, donde se integraron los diagnósticos de derrame pleural bilateral, insuficiencia cardíaca y anemia para la cual se transfundieron concentrados eritrocitarios. En la nota de dicha atención se señala literalmente lo siguiente: "el paciente está a cargo del servicio médico de su reclusorio por lo que es prioridad realizar los estudios correspondientes e indicaciones del Nefrólogo, el paciente continuará en vigilancia por la consulta externa de esta unidad en caso de ameritarlo."

[...] Del 9 al 10 de noviembre se mantuvo en hospitalización de TMT para nueva transfusión de concentrados eritrocitarios con la finalidad de corregir estado anémico, sin embargo, para entonces ya habían pasado dos semanas sin proporcionarle tratamiento de hemodiálisis (última sesión 31 de octubre de 2016).

Finalmente, el 20 de noviembre fue llevado al servicio de urgencias de la UMRPVO por dificultad respiratoria y por haberse intentado retirar el catéter de hemodiálisis, por lo que se gestionó su envío al Hospital General de Iztapalapa con una nota de referencia deficiente, que no consignaba el estado crítico real del paciente, con diagnósticos inespecíficos como "problema renal, edema de miembros inferiores, problema broncopulmonar". En el mismo sentido, la nota inicial de recepción en Urgencias consigna que el paciente solicita alta voluntaria a pesar de que su estado es crítico, se establece diagnóstico de edema agudo pulmonar e insuficiencia renal crónica en tratamiento de sustitución renal con hemodiálisis; no hay notas posteriores de algún hospital ni de la unidad médica del reclusorio, hasta el día 23 de noviembre de 2013 cuando se realizó nota de defunción, del Hospital General de Iztapalapa en la que se consigna que el paciente ingresó al área de reanimación ameritando manejo avanzado de la vía aérea, con retención de líquidos importante, desequilibrio ácido-base por lo que ameritaba realización de diálisis en agudo y valoración por Medicina Interna o Nefrología, sin embargo, presentó mala evolución y paro cardio respiratorio. Se consignaron como causas de defunción: acidosis metabólica secundaria a insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus tipo 2.

El expediente clínico analizado de las diversas unidades médicas que le proporcionaron atención médica a [Víctima directa 1], presenta severas deficiencias en su integración desde las notas médicas de consulta externa en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y los diferentes hospitales de segundo nivel; las notas médicas se

encuentran incompletas y mal elaboradas, algunas ilegibles, sin apego a la Normativa y a las Guías establecidas, lo cual se traduce no sólo en una deficiencia administrativa, sino que repercute directamente en el acceso oportuno a los servicios de salud, vulnera el derecho de protección a la salud ya que no se identifican de manera oportuna las complicaciones esperadas en un paciente con diabetes de larga evolución.

En relación a los planteamientos establecidos, se tiene en primer lugar:

VI.1 Determinar conforme a las constancias que obran en el expediente de queja, si existen y cuáles son los elementos de mala práctica identificados en la atención médica que recibió [Víctima directa 1] en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, derivados de la atención y seguimiento a su padecimiento de Diabetes Mellitus y Pie diabético izquierdo.

Atendiendo a lo establecido por la normativa médica y lo establecido en la literatura se observan severas deficiencias en la atención médica proporcionada por los profesionales adscritos a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, en primer lugar, debido a que no se satisfacen los objetivos de atención en una unidad de Primer Nivel, como lo es la prevención primaria o detección oportuna de complicaciones (de la diabetes mellitus). Si bien, el paciente desde su ingreso ya contaba con una enfermedad crónica y de larga evolución, con complicaciones establecidas tales como el pie diabético, que afectaba la extremidad izquierda, no se tomaron las medidas pertinentes para identificar de manera oportuna la presencia de otras complicaciones, no se realizó de inicio valoración integral del estado clínico del paciente y el grado de afectación orgánica, de manera que se pudiera diseñar un plan de tratamiento adecuado, con la finalidad de limitar esa complicación y retrasar la aparición de clínica completa, identificación de factores de riesgo cardiovascular (los cuales pudieron obtenerse con un adecuado interrogatorio), ni exploración clínica completa, ya que en ninguna de las consultas que se le proporcionaron a [Víctima directa 1] se documentó el estado o condiciones que guardaba por ejemplo, el pie derecho; tampoco se documentó la existencia de alteraciones del campo o de la agudeza visual como medida de tamizaje para la presencia de retinopatía (frecuente en pacientes diabéticos).

Durante su seguimiento se solicitaron estudios complementarios en múltiples ocasiones, sin que exista evidencia de que se haya realizado un análisis de los resultados en las notas de consulta externa que se le otorgaron. Posterior a la primera hospitalización prolongada que tuvo en el Hospital TMT se establecieron diferentes diagnósticos, por ejemplo, insuficiencia hepática Child Pugh B, a la cual no se le proporcionó ningún tipo de seguimiento o tratamiento farmacológico. Se atendieron las indicaciones de que permaneciera en el área de hospitalización por un periodo de 89 días, durante los cuales se refirió aproximadamente en 6 ocasiones a la Torre Médica, es decir, una salida cada dos semanas a los servicios de Medicina Interna y Ortopedia; aunado a que dichas valoraciones eran deficientes y en ocasiones no se realizaban debido a

que el paciente no contaba con estudios de control, no es posible identificar un plan de manejo integral y multidisciplinario que ameritan este tipo de pacientes como [Víctima directa 1], con enfermedades crónicas y la presencia de sus complicaciones.

Para septiembre del 2014 lo refirieron a segundo nivel, debido a un proceso infeccioso en tejidos blandos, ahí por primera vez se registró en el expediente clínico la presencia de enfermedad renal crónica y la necesidad de terapia de sustitución renal, se proporcionó tratamiento al padecimiento agudo y se indicó cita en dos meses para valoración de función renal e inicio de tratamiento, pero dicha valoración no fue gestionada por la unidad médica del reclusorio (obstaculización al acceso a los servicios de salud). El siguiente registro de atención médica en segundo nivel se encuentra para el 5 de diciembre, en dicha valoración el paciente fue contrarreferido sin tratamiento por no haber acudido con estudios completos.

Nuevamente tuvo la necesidad de permanecer hospitalizado en la unidad médica, ya que debido a las condiciones de higiene deficiente dentro del reclusorio y las dificultades para su movilización presentaba datos de deterioro en el pie diabético izquierdo; su estancia hospitalaria esta vez fue de 124 días, durante los cuales hay al menos 8 referencias a segundo nivel, lo que se traduce en una salida cada dos semanas a la TMT, dicha situación refleja una falta de coordinación y mal manejo de recursos por parte de ambas instituciones al no coordinar las valoraciones y al enviarlo a la unidad tratante (UMRPVO) con estudios completos o bitácoras de tensión arterial, lo que generaba que en algunas ocasiones las valoraciones por especialistas no pudieran ser realizadas.

Desde principios de 2015 existen en el expediente clínico resultados complementarios con datos de daño renal, los cuales no fueron comentados en alguna de las notas médicas de consulta externa, las que se le proporcionaban una o dos veces al mes y los de estudios motivos principales por los que acudía eran descontrol hipertensivo y cefalea, cabe mencionar que las pautas de tratamiento de dichas patologías tampoco se encuentran sustentadas discutidas dentro de las notas utilizando fármacos diferentes, sin ajuste o revisión de las dosis, además de que también se documentó que el abastecimiento de los medicamentos se retardaba debido a que la unidad médica no contaba con ellos, por lo que se sustituían o mezclaban de manera indiscriminada. A partir de julio del mismo año (2015) se consignó en las notas la presencia de edema y para el mes de septiembre fue referido a TMT estableciendo por primera vez "descartar insuficiencia renal crónica, padecimiento que ya se encontraba diagnosticado desde un año antes, dicha referencia no se completó de manera satisfactoria ya que [Víctima directa 1] nuevamente se envió sin estudios de control.

Finalmente, para abril de 2016 comenzó con tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal para posteriormente migrar a hemodiálisis, dos meses después, en junio por adherencias en cavidad abdominal. Mientras le proporcionaron las sesiones de hemodiálisis se documentó en

múltiples ocasiones malas condiciones de higiene del acceso venoso sin que fuera corregido por la unidad tratante, ya que como se mencionó anteriormente las condiciones de higiene dentro del reclusorio son deficientes, por lo que quedaba a cargo de la unidad asegurarse de las buenas condiciones del paciente para recibir la sesión. El 20 de noviembre acudió en malas condiciones generales, con datos de dificultad respiratoria, ya que la última sesión que se le proporcionó de hemodiálisis fue el 31 de octubre, enviado al Hospital General de Iztapalapa donde falleció el 23 de noviembre,

Al realizar la mayoría de referencias para valoración por segundo nivel para pie diabético, hipertensión e insuficiencia renal, se envió sin protocolo de estudio, o bien, sin explicar en el cuerpo de las referencias la necesidad de practicarle los estudios complementarios en la misma unidad de referencia ya que debido a las propias condiciones de la unidad médica no se cuenta con los medios para realizarlas ahí. En el mismo sentido, una vez que se llevaba a cabo la valoración solicitada no se integraban las indicaciones y plan de tratamiento en las notas médicas de consulta externa, no se discutían los resultados de los exámenes complementarios ni se correlacionaban clínicamente con el estado del paciente.

Durante los primeros meses de estancia se mantuvo en el área de hospitalización ya que es conocido que la situación higiénica del reclusorio es deficiente, lo cual repercutía de manera negativa en el proceso infeccioso de pie, de manera que se limitó dicho proceso infeccioso. Al no aceptar tratamiento radical el pie no pudo recuperar funcionalidad por lo que evolucionó de manera natural a artropatía de Charcot, de manera que [Víctima directa 1] pudo conservar su extremidad, aunque no así la movilidad. Sin embargo, durante los últimos meses de estancia, a pesar de que se documentaron malas condiciones de higiene en el acceso vascular utilizado para hemodiálisis no se le proporcionaron los medios adecuados de cuidado, por ejemplo, realizar aseo y/o curación previa a cada sesión de hemodiálisis y fue enviado para cultivo y descartar complicaciones hasta después de varios señalamientos por parte de la unidad receptora (HGI).

De lo anterior se establece que sí existen múltiples deficiencias y omisiones en la atención médica brindada a [Víctima directa 1] por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, que como unidad de primer nivel debió de proporcionar atención integral y coordinar las diferentes intervenciones de segundo nivel, además de iniciar medidas de prevención en los diferentes niveles que el paciente requería durante la evolución de su patología de base y las diversas complicaciones que fueron debutando durante su estancia en reclusión y hasta su fallecimiento en noviembre de 2016. Si bien las complicaciones y secuelas son esperadas debido a la naturaleza y evolución natural de la Diabetes Mellitus, esa es la razón para pronunciarse acerca de una mala práctica continua y reiterada por parte de los médicos que proporcionaron atención dentro de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, ya que no tomaron las medidas adecuadas de diagnóstico oportuno y

prevención, contribuyendo de manera directa en el deterioro del paciente, de manera que se obstaculizó el acceso a los servicios de salud que [Víctima directa 1] ameritaba, asimismo se identifican obstaculización y negativa de medidas de prevención de dichas complicaciones y un tratamiento adecuado.

Si bien en algunas notas se consignó que [Víctima directa 1] no mostraba apego al tratamiento y no seguía las indicaciones, en otras notas, sobre todo contrarreferencias, el paciente mencionó a los médicos de los diferentes Hospitales de segundo nivel que no contaba con la totalidad de los medicamentos que integraban su tratamiento, ya sea por desabasto en la unidad médica del reclusorio, o porque sus familiares no lo habían conseguido, en lo que respecta a las condiciones de higiene del catéter y los cuidados que deben tenerse con él, es conocido que particularmente en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente el agua disponible al interior (y en gran parte de la zona oriente de la Ciudad) no es potable y por tanto, no es adecuada para realizar el aseo de un acceso venoso para realización de diálisis, por lo que la conducta apropiada era indicar curaciones diarias o bien, curaciones previas a las sesiones de hemodiálisis.

[...]

VI.2 De lo anterior, determinar si las referencias para valoración a segundo nivel de atención se encontraban justificadas y fueron realizadas de manera adecuada y oportuna.

Como se ha desglosado en el punto anterior, las referencias realizadas a las diferentes valoraciones de segundo nivel no se gestionaron de manera adecuada, más allá de su justificación, la finalidad no es solamente solicitar la valoración sino, enviar un protocolo de estudio adecuado para establecer un diagnóstico, lo cual se compone de una adecuada nota de envío, sospecha diagnóstica o duda terapéutica, además de los últimos resultados de estudios complementarios que faciliten u orienten al médico especialista sobre las condiciones clínicas del paciente, aunque dichos estudios NO son requisito para otorgar la atención médica.

Adicionalmente, una vez que se realizaban las referencias y su contrarreferencia correspondiente, no se proporcionó seguimiento por parte del personal adscrito a la UMRPVO ni se encuentran en el expediente las notas correspondientes al servicio de Trabajo Social. De manera que las referencias realizadas NO se realizaron de manera adecuada y oportuna por parte de la UMRPVO.

VI.3 Determinar del Hospital Torre Médica Tepepan (TMT) si en la atención médica que se le proporcionó para el padecimiento de Diabetes Mellitus y sus complicaciones se identifican elementos de mala práctica, cuáles son y en qué consisten, en el mismo sentido si contribuyeron al deterioro y posterior fallecimiento de [Víctima directa 1].

A efecto de dar respuesta a este planteamiento, y como se ha desglosado anteriormente, con respecto a la atención médica recibida por [Víctima directa 1], existen deficiencias evidentes dentro de la atención proporcionada por la TMT, en primer lugar debido a que no se proporcionó manejo realmente multidisciplinario entre Oftalmología, Ortopedia y Medicina Interna; se identificaron datos de falla renal desde marzo de 2014 puesto que en alguna nota se comentó que el tratamiento con Gentamicina requería de ajuste de acuerdo a dicha función, sin embargo no se realiza otro análisis en ese sentido; posterior a su egreso se citó al paciente de manera constante sin una justificación específica, ya que se limitaban a realizarle curaciones en pie izquierdo, además de que esas valoraciones se realizaban de manera independiente por parte de ambos servicios, lo que causaba que el paciente saliera de traslado aproximadamente cada dos semanas durante tres meses, además de que en algunas ocasiones el paciente fue contrarreferido sin realizar valoración argumentando que no acudía con paraclínicos de envío, cuando la misma TMT es la unidad en la que se procesan las muestras de laboratorio de los pacientes privados de la libertad, de tal manera que retrasaban la atención médica de manera injustificada.

Para septiembre de 2014 se documentó el diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada, sin embargo fue un diagnóstico que se estableció durante un ingreso a urgencias para tratar proceso infeccioso de tejidos blandos por lo que se indicó gestionar cita posterior a dos meses para estadificar dicha enfermedad renal y comenzar tratamiento de sustitución renal: la cita se otorgó en los primeros días de diciembre y de manera posterior otros seguimientos sin hacer referencia a la insuficiencia renal, nuevamente se rechazó al paciente por no contar con estudios de control sin describir el estado clínico en el que acudía a las valoraciones.

A inicios de 2015 se transcriben los resultados de laboratorio en una de las notas de contrarreferencia, en los cuales se mostraba claro daño renal en etapa avanzada sin que se realizara análisis o discusión de dichos resultados y sin que se proporcionara un tratamiento para esa condición. Para la hipertensión la pauta farmacológica fue modificada en múltiples ocasiones sin argumentar los motivos, si bien el paciente no mostró respuesta adecuada, en ocasiones se relacionaba al abasto deficiente de los fármacos no a una mala respuesta a ellos.

Posteriormente y hasta abril de 2016 existen notas deficientes en las que se asienta que el paciente ha iniciado tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal, esa parte del expediente clínico es deficiente o se integró de manera incorrecta ya que no se encuentran todas las notas del internamiento en el que se colocó catéter Tenckhoff. Y una vez que inició sesiones tanto de diálisis como de hemodiálisis fueron requeridas (por el Hospital de Iztapalapa) valoraciones integrales y actualizaciones del estado clínico del paciente, las cuales no se proporcionaron de manera satisfactoria, en parte por la falta de seguimiento de la unidad tratante (UMRPVO) y falta de colaboración del propio hospital TMT.

Dichas deficiencias reiteradas durante el periodo de atención de [Víctima directa 1], contribuyeron a su deterioro y posterior fallecimiento, no se cumplen los objetivos del segundo nivel de atención y no se puso en marcha ninguna medida preventiva en alguno de sus niveles, no se limitó el daño ni se previeron las complicaciones esperadas del padecimiento de base, de hecho, en febrero de 2014 fue diagnosticado con retinopatía diabética no proliferativa sin otorgar plan de tratamiento o seguimiento por el servicio de Oftalmología quien solo proporcionó esa única valoración. La mala práctica es extensiva entonces, a todos los servicios que le proporcionaron atención a [Víctima directa 1].

VI.3.1 Establecer si las referencias realizadas a otras unidades de segundo nivel o bien, las contrarreferencias a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente se encontraban clínicamente justificadas.

Como se ha mencionado en el planteamiento anterior, no se observó un trabajo multidisciplinario en la atención médica otorgada a [Víctima directa 1], es decir, no existió coordinación entre los servicios tratantes a fin de que se programaran las valoraciones requeridas con las menos referencias posibles. Adicionalmente, al ser el Hospital Torre Médica Tepepan la unidad de referencia establecida para los pacientes privados de la libertad, tiene las atribuciones e instalaciones necesarias para realizar estudios de laboratorio y gabinete en el momento en el que los pacientes lo requieran y a pesar de ello en al menos tres ocasiones contrarrefirieron a [Víctima directa 1] por haber acudido a las valoraciones sin "estudios de control", dicha situación oscila entre la falta de comunicación entre unidades hospitalarias (unidad médica del reclusorio Hospital Torre Médica) o bien, entre la apatía y una falta de coordinación para agilizar trámites y procesos de dichos pacientes, lo cual merma el progreso adecuado de cualquier tratamiento y por ende, la calidad de vida de los pacientes.

Lo que da como resultado que tanto las referencias y las referencias realizadas por el Hospital Torre Médica Tepepan no se encontraron clínicamente justificadas dentro del expediente de queja analizado.

[...]

VI.5 De acuerdo a los planteamientos anteriores y tomando en consideración que la diabetes mellitus tipo 2 que padecía [Víctima directa 1] es una enfermedad crónico-degenerativa, que a su vez puede desencadenar otras, indicar si el esquema de atención médica en las diferentes instituciones fue efectivo en relación a la prevención y tratamiento de esa enfermedad para personas privadas de la libertad o si dicho esquema versa sobre un modelo curativo más que preventivo.

La actividad médica conlleva un deber ético en la atención del paciente, apegado a disposiciones legales, es decir, se cuenta con los ordenamientos específicos derivados del artículos constitucionales y

regulados por la Ley General de Salud, además de que sobre el médico (independientemente de la especialidad que ejerza) recae el deber de cuidado en el ejercicio de su profesión. El médico se encuentra sujeto a un conjunto de deberes y obligaciones sin importar las características del paciente, así sea una persona privada de la libertad o cualquier otra situación ajena al acto médico, no se deben establecer diferencias y la práctica debe realizarse conforme a los principios científicos y éticos que la orientan. De tal suerte que las deficiencias observadas no consideran el estado jurídico de la persona, ni se evalúan de manera diferente.

Efectivamente, dicho esquema, en todas las instituciones hospitalarias involucradas fue tendiente a la "curación" o más bien a la resolución de las agudizaciones que presentó [Víctima directa 1] en el transcurso de su estancia en reclusión, sin embargo, ninguno de los tratamientos resultó claramente efectivo en virtud de la carencia de medicamentos y aparentemente el poco apego del paciente y las malas condiciones sanitarias del reclusorio. No se implementó alguna medida preventiva, existió falta de coordinación y pobre seguimiento al estado clínico de [Víctima directa 1]. Lo anterior contribuyó a su rápido deterioro, resultando en su fallecimiento, por acidosis metabólica, derivado de insuficiencia renal crónica mal controlada y resultado de diabetes mellitus de larga evolución.

Con base en lo antes expuesto, se llegó a las siguientes:

VI. CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Se identificaron elementos de mala práctica en la atención médica brindada por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, principalmente por no satisfacer los objetivos propios de las unidades de primer nivel de atención, es decir por omitir realizar una valoración integral del estado clínico del paciente, no implementar medidas de prevención oportunas para las complicaciones propias y esperadas de la diabetes mellitus de larga evolución; por no realizar un seguimiento adecuado y a pesar de solicitar valoraciones y estudios paraclínicos no se integraron o se discutieron en las notas de los diferentes médicos de dicha unidad tratante.

[...]

TERCERA.- Las referencias realizadas por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente no se realizaron con sustento clínico o paraclínico que justificara las valoraciones por especialistas, si bien el estado clínico del paciente en muchas de las ocasiones era delicado, la falta de metodología para el trámite resultó en valoraciones deficientes y por ende, un mal manejo clínico.

CUARTA.- En lo que respecta a la atención médica del Hospital Torre Médica Tepepan, éste no proporcionó atención multidisciplinaria, existen severas omisiones en la integración del expediente clínico, no identificó de manera oportuna los datos de deterioro del estado clínico del paciente,

por lo que no cumple con los objetivos establecidos para unidades de segundo nivel de atención, que son el control de daños y limitar o retrasar la aparición de complicaciones.

QUINTA.- Las contrarreferencias (altas hospitalarias) realizadas por el Hospital Torre Médica Tepepan son deficientes en sustento clínico, algunas de ellas plasman que se omitió realizar la valoración debido a que el paciente se presentó sin estudios de laboratorio, siendo esta unidad (TMT) la encargada precisamente de procesar dichas muestras que en su caso, serían enviadas por la unidad médica tratante (UMRPVO).

[...]

SÉPTIMA.- Las deficiencias en la atención médica brindada a [Víctima directa 1] en la UMRPVO y HGTMT repercutieron de manera directa en el deterioro y posterior fallecimiento del agraviado, faltando al deber de cuidado que éticamente deben ejercer los médicos sin importar la situación jurídica o de cualquier otra índole que guarden los pacientes.

21. Acta circunstanciada de 8 de noviembre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a las víctimas indirectas 1 y 2, de la cual se desprende lo siguiente:

De manera específica, ambas mujeres manifestaron que fueron apoyo constante para la víctima directa 1, tanto en lo afectivo como en lo material, ya que lo visitaban de manera constante, en la medida que su trabajo lo permitía y coadyuvaron para comprar insumos que no le eran proporcionados en el RPVO, como medicamento, pañales, una silla de ruedas y una andadera. Particularmente, la víctima indirecta 2 enfrentó los gastos económicos derivados de la enfermedad de su familiar, teniendo que alternar su trabajo como empleada del hogar con el cuidado de la víctima directa 1, bajo las condiciones impuestas por la situación de reclusión.

9